



Trabajo de Grado Final

Proyecto de Intervención I, II y III

Magíster en Intervención Infanto Juvenil: Abordaje Multinivel

Valentina Andrea Jara Díaz

Supervisor: Pablo Vergara

Santiago, 17 de octubre de 2025

Contenido	
PROBLEMA DE INTERVENCIÓN	4
1.1 Demanda inicial	4
1.2 Caracterización del Objeto de Intervención y Problematicación Inicial	6
1.3 Antecedentes contextuales y teórico-conceptuales.....	10
1.3.1 La ansiedad	10
1.3.2 Prevalencia de la ansiedad	15
1.3.3 Políticas, normativas y programas de intervención en salud mental	17
1.4 Antecedentes empíricos	20
1.4.1 Diagnóstico y evaluación de la ansiedad.....	20
1.4.2 Evidencia empírica sobre intervenciones para la ansiedad.....	20
DIAGNÓSTICO	25
2.1 Objetivos de diagnóstico	25
Objetivo General.....	25
Objetivos Específicos	25
2.2 Diseño de la estrategia de levantamiento de información	26
Entrevistas clínicas.....	26
Técnicas proyectivas	27
Instrumentos estandarizados.....	28
Grabaciones de las sesiones.....	28
2.3 Análisis de los resultados del diagnóstico	30
Resultados y Evaluación del Cumplimiento de los Objetivos Diagnósticos	30
Integración Multinivel de los Resultados y Discusión.....	32
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	36
3.1 Relevancia de la intervención.....	36
Relevancia teórica de la intervención.....	36
Relevancia Metodológica	37
Relevancia Social	37
Relevancia Práctica	38
3.2 Objetivos de la Intervención	39
Objetivo General de la Intervención.....	39
Objetivos Específicos de la Intervención.....	39
3.3 Plan de evaluación de los resultados de la intervención	40
Resumen de Indicadores por objetivo	40
Evaluación del cambio sintomatológico	41
3.4 Diseño de la Estrategia de Intervención	42
Estructura General de la Intervención	42
Detalle de las sesiones	44

3.5 Consideraciones Éticas.....	51
IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	53
4.1 Informe de la evaluación de resultados de la intervención.....	53
Matriz de Evaluación organizada por sesión.....	53
Análisis clínico del cumplimiento de objetivos.....	60
Evaluación del cambio sintomatológico post-intervención.....	62
4.2 Conclusiones del proceso psicoterapéutico.....	63
4.2.1 Análisis crítico de la etapa diagnóstica desde la perspectiva multinivel.....	63
4.2.2 Análisis crítico de la etapa de planificación desde la perspectiva multinivel.....	64
4.2.3 Análisis crítico de la etapa de intervención desde la perspectiva multinivel.....	66
4.3 Reflexiones sobre el proceso psicoterapéutico.....	68
Reflexiones sobre el proceso desde una mirada multinivel.....	68
Reflexiones personales sobre el rol como terapeuta.....	70
Reflexiones personales más amplias.....	71
Plan de mejora.....	72
4.4 Recomendaciones al proceso psicoterapéutico.....	73
Nivel individuo: profundización del trabajo reflexivo y regulatorio.....	73
Nivel familia: continuidad del trabajo infanto-parental.....	73
Nivel escuela/red: articulación temprana y sostenida.....	73
REFERENCIAS.....	74
ANEXOS.....	84
Anexo A. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Instrumento).....	84
Anexo B. Inventario de Ansiedad de Beck (Resultados Pre-Intervención).....	85
Anexo C. Test de Apercepción Temática Infantil (CAT-A) (Relatos).....	86
Anexo D. Test Desiderativo - (Respuestas).....	89
Anexo E. Extractos de Entrevistas Clínicas.....	90
Anexo F. Inventario de Ansiedad de Beck (Resultados Pre-Intervención).....	96

PROBLEMA DE INTERVENCIÓN

1.1 Demanda inicial

El presente proyecto de intervención se centra en el caso de un paciente de 12 años, traído a consulta por su madre. El paciente vive con su madre (35 años), su padre (38 años) y su hermana menor (7 años). La familia se trasladó desde Argentina a Chile hace seis años y actualmente reside en la comuna de El Salvador.

La madre consulta debido a preocupaciones sobre cambios de comportamiento recientes de su hijo dentro del contexto familiar. El paciente es descrito como un niño muy inteligente y bien adaptado socialmente, la madre menciona que se ha destacado por su excelente rendimiento académico y, además, ha sido premiado con el "espíritu escolar" por su buen comportamiento y relación con sus compañeros y profesores. Sin embargo, observa que dentro del hogar su actitud ha cambiado, mostrando una disposición más bien "seca" y "rebelde". Por tanto, menciona que percibe un contraste importante entre este entorno y la dinámica familiar, lo cual le genera inquietud.

La madre también menciona que el cambio de actitud del paciente en casa se manifiesta principalmente como irritabilidad y una actitud "*más a la defensiva*", respondiendo de manera inadecuada o evitando responder. Mientras en el colegio es querido y colaborador, en el hogar parece perder la paciencia con facilidad y muestra menor disposición a participar en las actividades cotidianas. En este sentido, la madre espera que la psicoterapia brinde herramientas para mejorar los hábitos y la convivencia familiar, así como favorecer el vínculo del paciente con ella y con su hermana menor.

Por otro lado, la madre expresa el deseo de que su hijo pueda "*sacar lo que tiene dentro*" debido a que presentaría una tendencia a tener un comportamiento más "*introvertido*". Refiere antecedentes de psicoterapia previa entre los 4 y 5 años, motivada en ese entonces por celos hacia su hermana menor. En aquel entonces, la psicoterapia fue efectiva para aliviar sus celos y mejorar su comportamiento de acuerdo a la madre. Según la madre, dicho proceso resultó positivo y permitió mejorar su conducta. Sin embargo, comenta que los resultados tienden a ser temporales, ya que ciertos patrones de comportamiento "*reaparecen con el tiempo*", resultando en que "*mejora*" cuando asiste a psicoterapia. Destaca además la buena disposición del niño hacia los procesos psicoterapéuticos.

Otra preocupación de la madre es que su hijo "*pueda defenderse*", ya que lo percibe como "*inocente*" y "*sensible*", lo que considera podría hacerlo vulnerable frente a situaciones de acoso escolar. Señala que ha sido objeto de burlas por parte de compañeros, quienes lo molestan por sus cortes de cabello y por la profesión de su padre, quien es futbolista. Indica que los comentarios se intensifican cuando su padre pierde un partido, lo que provoca en el paciente sentimientos de rabia, tristeza y frustración, e incluso, el deseo de no asistir a clases. Menciona también que algunas profesoras han realizado comentarios sobre el desempeño de su padre, lo que refuerza su preocupación. En consecuencia, la madre espera que la terapia contribuya tanto al fortalecimiento de la dinámica familiar como al desarrollo de recursos personales que le permitan expresarse y protegerse en contextos sociales que lo requieran.

En cuanto al motivo de consulta expresado por el paciente, manifiesta interés en mejorar aspectos de sí mismo que "*no ha podido cambiar*", refiriéndose especialmente a sus emociones, "*alteraciones*" y su manera de "*controlarse*" en ciertas situaciones. Comenta que ha tenido experiencias previas con psicólogos, refiriéndose a ellas como "*entretenidas*" y señalando que solía

hablar de “*emociones y esas cosas*”, lo cual le resultaba interesante. Además, señala sentirse “*contento y ansioso*” ante la nueva oportunidad de asistir a psicoterapia, manifestando una actitud de curiosidad hacia el proceso y sus posibles resultados.

Aunque el paciente señala que “*todo va bien*”, comenta sentirse muy cansado debido a la carga escolar y deportiva, explicando que tiene clases tanto en la mañana como en la tarde y, además, entrena fútbol varios días a la semana, lo que lo lleva a sentirse fatigado “*toda la semana*”. Menciona también que a veces se enoja por cosas “*no tan obvias*” o “*sin mucho sentido*”, aunque le cuesta dar ejemplos concretos. Además, refiere sentir ansiedad con frecuencia, aunque considera que “*no le molesta tanto*”, salvo en momentos específicos en los que algunas preocupaciones lo afectan más.

Finalmente, el paciente relata que la adaptación a Chile fue difícil, especialmente porque le costó hacer nuevos amigos. Comenta que la pandemia representó un período particularmente complejo, ya que tuvo solo una semana de clases presenciales antes del confinamiento, pasando la mayor parte del año en casa viendo televisión o durmiendo. Describe ese tiempo como “*un pésimo año*”, ya que extrañaba a su familia extendida y sentía necesidad de compañía. Sin embargo, señala que con el paso del tiempo logró adaptarse y establecer amistades, aproximadamente dos años después del cambio de país.

Cabe mencionar que, posteriormente al inicio del proceso, la familia se trasladó nuevamente, debido al trabajo del padre, a la ciudad de Iquique, donde el paciente se ha adaptado de manera satisfactoria a su nuevo entorno escolar. No obstante, persisten ciertos temores y pensamientos negativos vinculados a las experiencias previas de acoso.

1.2 Caracterización del Objeto de Intervención y Problematización Inicial

Para el presente trabajo, el objeto de intervención se centra en la sintomatología ansiosa del paciente, entendida desde su expresión internalizante y su impacto en el funcionamiento cotidiano.

La ansiedad es un fenómeno psicológico altamente prevalente, con un impacto significativo en la vida de las personas a nivel individual, relacional y social. En los últimos años, especialmente tras la pandemia por COVID-19, se ha evidenciado un incremento considerable en los trastornos de ansiedad a nivel mundial, lo que ha generado una creciente preocupación en el campo de la salud pública (Expósito-Duque et al., 2024). Este fenómeno ha mostrado un aumento particular en la población infanto-juvenil, un grupo especialmente vulnerable que enfrenta importantes desafíos en su desarrollo psicológico, social y académico. Comprender su manifestación en etapas del desarrollo, especialmente en la preadolescencia, resulta clave para diseñar intervenciones oportunas y efectivas, ya que la presencia sostenida de sintomatología ansiosa interfiere significativamente en la funcionalidad cotidiana, afectando áreas como el rendimiento escolar, las relaciones interpersonales y la autonomía emocional.

Desde una perspectiva etiológica, los trastornos de ansiedad se comprenden como condiciones de origen multifactorial, en las que interactúan de manera compleja factores genéticos, psicológicos y ambientales. Si bien, con las nuevas investigaciones y tecnologías se ha logrado esclarecer un poco más la etiología de la ansiedad, existen aún muchos vacíos que no permiten asociar directamente un factor de predisposición específico y concluyente a los trastornos de ansiedad y, por tanto, hoy en día la etiología de estos es considerada principalmente ambiental (Dueñas, 2019). De este modo, podemos comprender la ansiedad, como fenómeno psicológico o síntoma, que puede ser explicado desde una combinación de diversos factores. En este caso, la combinación entre altos niveles de preocupación y una baja percepción de disponibilidad emocional por parte de los cuidadores da lugar a un patrón de malestar internalizante difícil de comprender desde una sola dimensión. Por lo mismo, a continuación, se procede a la caracterización del objeto de intervención en base al modelo multinivel.

En primer lugar, a nivel psicológico e individual, la ansiedad puede explicarse a partir de diversos aspectos, siendo fundamental considerar la etapa del desarrollo en la que se encuentra el paciente. Si bien es necesario distinguir entre los síntomas ansiosos y los miedos o comportamientos esperables según el periodo evolutivo, los preadolescentes enfrentan desafíos significativos que pueden contribuir al inicio o mantenimiento de la ansiedad, al ser una etapa caracterizada por importantes transiciones cognitivas, emocionales y sociales (Gilmore & Meersand, 2014; Kowalchuk et al., 2022). En este sentido, los desafíos propios de la etapa pueden tener un impacto relevante en el bienestar emocional y psicológico, ya que los jóvenes comienzan a enfrentarse a una serie de presiones que pueden intensificar los conflictos internos y aumentar la vulnerabilidad frente a trastornos emocionales como la ansiedad (Gilmore & Meersand, 2014).

Asimismo, factores contextuales como la presión por ser aceptado en nuevos entornos (por ejemplo, el ingreso a un nuevo ciclo escolar o la exposición a un grupo de pares diferente), junto con experiencias adversas como el acoso escolar, pueden potenciar la sensación de inseguridad y temor. Este tipo de vivencias generan un ambiente emocionalmente desafiante que incrementa la susceptibilidad a experimentar síntomas ansiosos, dada la persistencia e impacto psicológico de estas experiencias (Langveldt, 2023). A su vez, la transición hacia la adolescencia suele estar acompañada de preocupaciones vinculadas a la identidad personal, la imagen corporal y la aceptación social, aspectos que, tal como señalan Gilmore y Meersand (2014), inciden directamente en la vivencia de ansiedad.

En relación con el funcionamiento afectivo a nivel individual, destaca el carácter internalizante de la ansiedad. Los trastornos del espectro internalizante se caracterizan por una gestión ineficaz de la activación emocional, en la cual altos niveles de afectividad negativa tienden a ser autorreferenciales (Hostinar & Cicchetti, 2020). En consecuencia, los síntomas se manifiestan principalmente hacia el interior del individuo, expresándose mediante conductas como el aislamiento social, pensamientos negativos, tristeza, ansiedad y, en casos más graves, depresión. Una característica central de este espectro es la desregulación emocional, que frecuentemente precede y contribuye causalmente al desarrollo de la sintomatología internalizante. La incapacidad para procesar y autorregular adecuadamente las emociones tiende a intensificar el malestar psicológico (Eisenberg et al., 2001; Hostinar & Cicchetti, 2020).

Por otro lado, las experiencias tempranas adversas ejercen un papel relevante en la formación de patrones cognitivos y de pensamiento disfuncionales. Estas experiencias moldean las creencias centrales del individuo y pueden predisponer a interpretar el mundo de una manera que perpetúe su malestar emocional. En personas con sintomatología ansiosa, es común observar suposiciones desadaptativas, caracterizadas por la tendencia a percibir los eventos como inherentemente peligrosos (Gallagher et al., 2013). En esta línea, Cuttler et al. (2022) señalan que quienes han vivido un mayor número de experiencias adversas muestran una predisposición a evaluar de manera rápida y automática diversas situaciones como amenazas potenciales.

En síntesis, la ansiedad de tipo internalizante se configura como una problemática compleja, caracterizada por la tendencia a dirigir las emociones hacia el interior, generando una sobrecarga emocional y cognitiva que se traduce en síntomas como la preocupación excesiva, la inseguridad y la baja autoestima. Estos síntomas, a su vez, dificultan la expresión y el manejo adecuado de las emociones (Rendón & Pacheco, 2019), generando un ciclo de malestar que puede resultar difícil de identificar y abordar.

En segundo lugar, se reconoce la importancia del nivel familiar y social. Desde una perspectiva del desarrollo, se ha planteado que las experiencias tempranas en contextos familiares y de pares son críticas para la maduración de los sistemas de procesamiento y regulación emocional, estrechamente asociados a la sintomatología internalizante (Hostinar & Cicchetti, 2020). De este modo, resulta relevante considerar ambos ámbitos.

Desde una mirada familiar, las teorías del apego ofrecen un marco fundamental para comprender cómo las dinámicas familiares y las experiencias tempranas influyen en la configuración de los funcionamientos ansiosos. Según Bowlby (1969), los patrones de apego formados en la infancia a partir de las interacciones con los cuidadores primarios impactan profundamente en la regulación emocional y las relaciones interpersonales a lo largo del ciclo vital, ya que la capacidad de respuesta de la figura significativa es clave para moderar las respuestas emocionales y fomentar una sensación de seguridad. Rutter amplió esta perspectiva al destacar que no solo las experiencias de pérdida o separación afectan el desarrollo emocional, sino también la imposibilidad de establecer un vínculo afectivo sensible y disponible. Desde esta mirada, los vínculos inseguros pueden predisponer al individuo a la aparición de síntomas ansiosos, al carecer de una base segura desde la cual explorar el entorno (Bowlby, 1969).

Considerando modelos más actuales, como el Modelo de Regulación Emocional, se ha planteado que las características del entorno interpersonal, en conjunto con las propias tendencias temperamentales, configuran patrones de interacción basados en la co-regulación, dando origen a estilos socioemocionales relativamente estables (Silva, 2023). En otras palabras, dichos estilos emergen de la interacción entre factores biológicos y la acumulación progresiva de experiencias afectivas, entre ellas las derivadas del tipo de apego. Así, el estilo de regulación emocional se vincula

con las necesidades interpersonales aprendidas: la forma en que regulamos nuestras emociones refleja lo que aprendimos a necesitar y esperar de los demás (Silva, 2023). Por ejemplo, en estilos relacionales evitativos, las necesidades emocionales no reciben una respuesta contingente, lo que favorece el distanciamiento como estrategia de protección frente al rechazo o la pérdida. De esta manera, se configura un patrón regulador característico, centrado en el descentramiento de las propias necesidades emocionales (Crittenden, 1995; Silva, 2023).

Por otro lado, las experiencias relacionales en el entorno escolar también constituyen un factor relevante en la comprensión de la ansiedad. Las vivencias de acoso escolar pueden tener un impacto significativo en la salud mental, generando altos niveles de angustia y aumentando el riesgo de desarrollar problemas internalizantes, como ansiedad, depresión y otros trastornos que pueden persistir incluso en la adultez (Bryson et al., 2020). Estas experiencias, además, tienden a erosionar la confianza interpersonal, promoviendo el miedo al rechazo y la evitación de situaciones sociales potencialmente amenazantes (Hostinar & Cicchetti, 2020; Moscovitch et al., 2013). Este patrón de evitación y autocrítica perpetúa el ciclo de ansiedad y aislamiento, dificultando la posibilidad de establecer vínculos seguros y reparadores.

En tercer y último lugar, la sintomatología ansiosa y su impacto en el funcionamiento psicológico también pueden comprenderse desde una perspectiva sociocultural. La ansiedad, al igual que cualquier comportamiento humano, surge de la interacción constante entre el individuo y los estímulos que recibe de su entorno, tales como el contexto geográfico, el nivel socioeconómico o las características étnicas (Isbert, 2020). Estos factores no solo influyen en la manifestación de la ansiedad, sino también en la manera en que se experimenta y se maneja el estrés en la vida cotidiana. Por ejemplo, vivir en condiciones de pobreza o estar expuesto de forma crónica a factores estresantes y eventos adversos se asocia con una mayor vulnerabilidad a los trastornos ansiosos. Asimismo, la exposición a la discriminación y los prejuicios puede generar un malestar psicológico sostenido, al promover emociones de rechazo e inseguridad. Con el tiempo, estas experiencias tienden a consolidar respuestas de miedo y estrategias de evitación que interfieren con la participación social y el bienestar emocional (Cuttler et al., 2022).

Por otro lado, los procesos migratorios y de aculturación representan un desafío adicional en la comprensión sociocultural de la ansiedad. La aculturación (entendida como el proceso de adaptación a un nuevo entorno cultural) implica transformaciones significativas en el idioma, las costumbres y las dinámicas sociales (Berry, 2005). Según Berry (1995), estos cambios pueden generar barreras lingüísticas y diferencias culturales que actúan como estresores específicos, contribuyendo a la aparición de síntomas de ansiedad, depresión o incluso a conductas de afrontamiento desadaptativas, como el abuso de sustancias (Dowell et al., 1996).

Finalmente, resulta importante considerar el impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental infantil. Esta crisis sanitaria incrementó significativamente los niveles de ansiedad, al introducir nuevos factores estresantes, como el aislamiento social, el aumento del estrés parental, la exposición prolongada a pantallas y la educación en modalidad virtual (Kowalchuk et al., 2022; Meade, 2011). La interrupción de hitos críticos del desarrollo, particularmente los relacionados con la socialización y la vida escolar, afectó directamente el bienestar emocional de niños y adolescentes, generando dificultades en la interacción social y en la regulación emocional (Araujo et al., 2021; Copeland et al., 2021).

En conjunto, estos factores socioculturales evidencian que la ansiedad no puede entenderse únicamente desde la dimensión individual, sino como el resultado de un entramado complejo de condiciones estructurales, culturales y relacionales que inciden en la manera en que las personas experimentan, expresan y afrontan su malestar psicológico.

De esta forma, considerando la etiología multifactorial de la ansiedad, en la cual confluyen elementos biológicos, psicológicos, sociales y culturales que generan variaciones en su presentación clínica, se buscará diseñar una intervención integral que permita no solo la reducción de los síntomas, sino también una mejora en el funcionamiento general del paciente, atendiendo a las distintas dimensiones descritas que influyen en su bienestar psicológico y emocional. Comprender la ansiedad desde esta perspectiva integradora es fundamental para diseñar una intervención efectiva que aborde su carácter dinámico y contextual. Por tanto, al seleccionar un tratamiento adecuado para los trastornos de ansiedad, resulta crucial tener en cuenta diversas variables del paciente, tales como sus preferencias, antecedentes de tratamiento y otros factores específicos que puedan influir en su respuesta terapéutica. De este modo, los enfoques deben ser personalizados para ser más efectivos, especialmente cuando se abordan trastornos complejos como la ansiedad internalizante (Szuhany & Simon, 2022). Si bien existen múltiples intervenciones y psicoterapias validadas, la elección del tratamiento más pertinente debe basarse en una evaluación exhaustiva de las características individuales del paciente.

En este marco, la terapia narrativa emerge como una intervención pertinente y eficaz, especialmente al abordar la ansiedad desde su carácter internalizante. Este tipo de trastorno suele no manifestarse mediante conductas disruptivas, sino que permanece contenido en la esfera interna del individuo, dificultando tanto su diagnóstico como su abordaje terapéutico. Por ello, la terapia narrativa tiene el potencial de intervenir no solo en los síntomas, sino también en la reestructuración de las narrativas internas del paciente. En muchos casos, los individuos con ansiedad internalizante construyen relatos personales marcados por interpretaciones rígidas y negativas sobre sí mismos y sus emociones. Esta terapia, al facilitar la externalización del problema, permite al paciente distanciarse de su ansiedad y verla como algo externo a su identidad, abriendo así la posibilidad de reescribir su historia personal de una manera más flexible y menos condicionada por el miedo y la inseguridad.

De esta forma, el trabajo terapéutico se plantea desde una mirada multinivel, reconociendo que la ansiedad internalizante está influenciada no sólo por factores individuales, sino también por el contexto familiar y sociocultural. En consecuencia, la intervención busca integrar distintas dimensiones del funcionamiento del paciente, atendiendo tanto a los aspectos intrapsíquicos como a las dinámicas relacionales y ambientales que inciden en su bienestar. Bajo esta perspectiva, se pretende disminuir la influencia de los factores de riesgo que perpetúan el trastorno, favoreciendo la reducción de la sintomatología y promoviendo un estado de bienestar integral.

Considerando lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente pregunta clínica:

¿Cómo puede la terapia narrativa ayudar a reducir los niveles de ansiedad que presenta un preadolescente con sintomatología internalizante?

1.3 Antecedentes contextuales y teórico-conceptuales

1.3.1 La ansiedad

La ansiedad como respuesta adaptativa en contraste con los trastornos de ansiedad.

La ansiedad es un estado subjetivo de tensión o aprensión que generalmente surge frente a situaciones que, de manera natural, provocan temor o son percibidas como estresantes o amenazantes. En estos contextos, constituye una respuesta normal y adaptativa ante tales circunstancias. No obstante, cuando la ansiedad se experimenta sin una causa evidente, o bien alcanza una intensidad tal que interfiere con la funcionalidad cotidiana de la persona, se considera anormal o potencialmente patológica. En su forma adaptativa, la ansiedad cumple una función útil, ya que actúa como una señal de alerta que prepara al individuo para enfrentar desafíos, mejorando su rendimiento tanto físico como mental. Sin embargo, cuando se presenta de manera excesiva, puede resultar contraproducente, deteriorando no solo el desempeño en diversas tareas, sino también el bienestar emocional y físico de la persona (Hartmann, 2023).

Desde una perspectiva neurobiológica, resulta relevante considerar los sistemas que intervienen en la activación y regulación emocional. En este sentido, la ansiedad puede comprenderse a partir de las estructuras cerebrales implicadas en dichas respuestas. Entre ellas, destaca la amígdala, encargada de almacenar recuerdos asociados a experiencias emocionales y de activar los mecanismos de lucha o huida frente a estímulos percibidos como amenazantes. Esta activación se acompaña de respuestas fisiológicas, como la liberación de adrenalina y cortisol, que incrementan el estado de alerta y la capacidad de reacción del organismo (Cuttler et al., 2022; Gorman et al., 2000). Estos procesos biológicos explican la función adaptativa de la ansiedad, pero cuando su activación es persistente o desproporcionada, puede dar origen a los distintos cuadros clínicos descritos por la nosografía actual.

En coherencia con lo anterior, la ansiedad se considera un trastorno cuando deja de ser una reacción adaptativa y comienza a presentarse de manera desproporcionada, persistente y difícil de controlar. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), los trastornos de ansiedad constituyen un grupo de condiciones que comparten síntomas de temor y preocupación excesiva, aunque se diferencian en sus manifestaciones clínicas específicas (Hartmann, 2023; APA, 2013). Entre los cuadros más frecuentes y clínicamente relevantes se encuentran el trastorno de ansiedad generalizada, caracterizado por preocupaciones persistentes e incontrolables incluso en ausencia de amenazas reales; el trastorno de pánico, definido por episodios inesperados de miedo intenso que suelen acompañarse de conductas de evitación como la agorafobia; las fobias específicas, que implican miedos desproporcionados hacia objetos o situaciones concretas; y el trastorno de ansiedad social, que se manifiesta como un temor a ser evaluado negativamente en contextos sociales, pudiendo llevar a la evitación de interacciones o actividades cotidianas (APA, 2013; Hartmann, 2023).

De todas formas, si bien las clasificaciones diagnósticas ofrecen un marco orientativo para la comprensión clínica, es fundamental estudiar y dimensionar el malestar en relación con las características del contexto, de modo que se promueva una visión más integral del sufrimiento humano. En este sentido, diversos autores advierten que el uso rígido de las categorías diagnósticas puede conducir a una mirada reduccionista del sujeto y, en consecuencia, al riesgo de medicalizar experiencias propias de la vida cotidiana (Rodríguez Testal et al., 2014; González et al., 2018).

Etiología de los trastornos de ansiedad.

La comprensión de los trastornos de ansiedad requiere un enfoque multidimensional que considere factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Estos elementos interactúan entre sí y, más que operar de manera aislada, configuran una red de vulnerabilidades y experiencias que facilitan la aparición y el mantenimiento de la sintomatología ansiosa. Por lo mismo, hoy en día se ha comenzado a investigar la influencia de factores epigenéticos que, en conjunto con los factores genéticos, permitirían ampliar la explicación de los mecanismos de predisposición a ciertos trastornos neuropsiquiátricos (Cuttler et al., 2022; Dueñas, 2019).

En cuanto a lo biológico, se han identificado alteraciones en neurotransmisores como la serotonina, la noradrenalina, el GABA y la dopamina, así como un componente genético relevante en el trastorno de ansiedad generalizada, con una heredabilidad estimada en un 32% (Hartmann, 2023). De igual modo, en el trastorno de pánico se han descrito diferencias en la actividad de áreas cerebrales vinculadas con la emoción y la excitación, lo que incrementa la vulnerabilidad a respuestas de hiperactivación (Hartmann, 2023). A estos factores se suman los riesgos asociados al consumo de sustancias como cafeína, alcohol o estimulantes, así como condiciones médicas como alteraciones tiroideas o cardíacas, que pueden provocar síntomas similares a los de la ansiedad (Hartmann, 2023).

Asimismo, tal como señalan Cuttler et al. (2022), en la comprensión del desarrollo de un trastorno psicológico a nivel individual, los factores biológicos juegan un rol importante en la predisposición y evolución de estas condiciones. No obstante, los factores biológicos no actúan de forma aislada. Desde la perspectiva cognitiva, se ha destacado la influencia de patrones de pensamiento disfuncionales. En este sentido, las personas con trastornos de ansiedad tienden a poseer supuestos desadaptativos, a partir de los cuales perciben los eventos como peligrosos y reaccionan de manera exagerada ante situaciones potencialmente estresantes. Esto, a su vez, incrementa los niveles generales de ansiedad. Además, estas evaluaciones negativas, cuando se combinan con una predisposición biológica, contribuyen significativamente al desarrollo y mantenimiento de los síntomas ansiosos (Gallagher et al., 2013).

Por otro lado, se ha señalado la importancia de la sensibilidad a la ansiedad. Las personas con alta sensibilidad suelen interpretar estas sensaciones como peligrosas o catastróficas. Por ejemplo, pueden percibir las palpitations cardíacas como signos de un infarto. Esta interpretación errónea podría explicar por qué quienes padecen trastornos de ansiedad tienden a experimentar síntomas fisiológicos con mayor frecuencia e intensidad que la población general (Nillni et al., 2012). Sin embargo, otros sostienen que estas personas podrían haber tenido más experiencias asociadas al trauma en el pasado y, por lo tanto, tienden a malinterpretar sus síntomas físicos como una posible amenaza. De todas formas, esta evaluación negativa mantiene la sintomatología, ya que las interpretaciones cognitivas de la excitación fisiológica generan un ciclo de retroalimentación negativa que intensifica las respuestas de ansiedad (Cuttler et al., 2022).

En complemento a lo anterior, resulta fundamental considerar el papel de las experiencias tempranas y los vínculos primarios en la configuración de la percepción del entorno y en la forma en que los individuos se relacionan con él. Desde la perspectiva de la teoría del apego, un apego inseguro puede considerarse un factor de riesgo relevante para el desarrollo de síntomas y trastornos de ansiedad. Los niños que no logran establecer vínculos seguros con sus cuidadores presentan una mayor probabilidad de desarrollar ansiedad u otras manifestaciones internalizantes. Asimismo, quienes mantienen un apego inseguro suelen mostrar mayores dificultades en la regulación emocional y en la interacción con sus pares, lo que puede contribuir al establecimiento de un patrón de funcionamiento ansioso en etapas posteriores del desarrollo (Achtergarde et al., 2015; Kerns et al., 2014).

En relación con el caso estudiado, en el que se observa ansiedad vinculada a lo social, resulta pertinente considerar que los individuos con trastorno de ansiedad social suelen mantener creencias y expectativas inalcanzables o excesivamente altas, basadas en supuestos desadaptativos que los llevan a anticipar que se comportarán de manera incompetente. Esta anticipación de un "posible desastre" los impulsa a evitar encuentros sociales como estrategia de protección frente al temor al fracaso. Sin embargo, estas evaluaciones cognitivas no se limitan únicamente al periodo previo o durante el evento social, sino que también persisten después, ya que la persona tiende a repasar obsesivamente los detalles del encuentro en un proceso rumiativo (Cuttler et al., 2022; Moscovitch et al., 2013). Estos patrones cognitivos, al interactuar con experiencias previas de rechazo o burla, pueden reforzar el miedo a la exposición social, configurando un círculo ansioso que impacta directamente en la autoestima y la participación social.

Además, en el plano sociocultural, la literatura subraya el impacto de condiciones estructurales como la pobreza, la exposición a eventos traumáticos o los estresores diarios, que incrementan la vulnerabilidad a la ansiedad. Asimismo, factores como el género y la discriminación ejercen un rol significativo: las mujeres presentan mayores tasas de trastornos ansiosos a lo largo del ciclo vital, posiblemente debido a presiones sociales y desigualdades de género (Cuttler et al., 2022). De manera similar, experiencias de discriminación racial o la pertenencia a grupos minoritarios se han vinculado con mayores niveles de ansiedad, al generar afecto negativo y respuestas de miedo que pueden llevar a estrategias evitativas en la vida cotidiana (Gibbons et al., 2014).

En suma, la etiología de los trastornos de ansiedad no puede comprenderse desde un único modelo. Más bien, surge de la interacción dinámica entre vulnerabilidades biológicas, cogniciones desadaptativas y condiciones sociales adversas, lo que refuerza la necesidad de abordajes clínicos integrales y sensibles al contexto.

Factores de riesgo.

En relación con lo mencionado anteriormente, existen diversos factores de riesgo que inciden en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad. Entre los más relevantes en niños y adolescentes se incluyen un bajo nivel socioeconómico, la exposición a la violencia, el trauma y factores biológicos como la heredabilidad y el temperamento. Además, el contexto familiar juega un papel crucial, ya que la ansiedad parental predispone a los niños a un mayor riesgo de deterioro funcional y de presentar trastornos de ansiedad (Kowalchuk et al., 2022).

Cabe destacar que las experiencias de vida de un individuo se construyen a partir de las interacciones con las personas y los estímulos que lo rodean. Sin embargo, algunos de estos estímulos pueden convertirse en estresores que impactan profundamente al individuo, especialmente durante los primeros años de vida, etapa en la que la alta neuroplasticidad del cerebro lo vuelve particularmente sensible a las experiencias adversas. En este sentido, está ampliamente demostrado que la exposición a eventos traumáticos, como el duelo, las psicopatologías parentales, el abuso y la negligencia, así como la presencia de dificultades emocionales durante la infancia, constituyen factores de riesgo significativos para el desarrollo de trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos de ansiedad. Estos traumas pueden incluso inducir modificaciones epigenéticas que aumentan la vulnerabilidad a desarrollar tales trastornos (Isbert, 2020).

En esta misma línea, el estrés crónico se ha identificado como uno de los principales desencadenantes de niveles elevados de ansiedad o de trastornos ansiosos. Es importante considerar que el estrés no afecta a todos de igual manera, sino que su impacto es mayor en las poblaciones vulnerables. Por ello, la prevalencia de la ansiedad tiende a ser más alta en estos grupos en comparación con quienes tienen menor exposición al estrés crónico y disponen de más recursos para

gestionarlos. En este contexto, los estresores desempeñan un papel fundamental en la fisiopatología de la ansiedad, y pueden clasificarse en físicos (actividad física intensa, condiciones ambientales extremas, enfermedades) y psicológicos (tareas intelectuales, amenazas a la autoestima o a las relaciones interpersonales). Los estresores psicológicos, especialmente aquellos que amenazan la autoestima o los vínculos sociales, son los más perjudiciales, pudiendo elevar los niveles de cortisol hasta tres veces más que otros tipos de estresores (Isbert, 2020).

Finalmente, resulta pertinente considerar el contexto globalizado actual, caracterizado por la creciente preocupación en torno al impacto del uso de redes sociales y el consumo de contenido digital en la aparición y mantenimiento de síntomas ansiosos en niños y adolescentes. El impacto de estas plataformas puede tener tanto asociaciones positivas como negativas, y varía según el género, la edad, la plataforma y el tiempo de uso. De todas formas, fenómenos emergentes como el miedo a perderse algo (*"fear of missing out"*) y la búsqueda de validación impulsan un uso intensivo de las redes sociales, lo que puede resultar en un aumento de los síntomas generales de ansiedad (más comunes en niños) y de ansiedad relacionada con la imagen corporal (más frecuente en niñas). Además, el ciberacoso se ha identificado como un factor significativo que incrementa la ansiedad y el riesgo de desarrollar trastornos ansiosos, especialmente en jóvenes pertenecientes a grupos marginados (Kowalchuk et al., 2022).

Perspectivas actuales: La ansiedad y lo internalizante.

La literatura contemporánea ha destacado que la ansiedad puede entenderse dentro del marco más amplio de los problemas internalizantes, categoría que incluye la depresión, la ansiedad y la somatización. Estos cuadros se caracterizan por una angustia dirigida hacia el interior, que se desarrolla y experimenta de manera silenciosa e, incluso, invisible para los demás (Achenbach et al., 2016). En el caso abordado, resulta fundamental comprender la ansiedad dentro de este marco internalizante, ya que describe comportamientos orientados hacia uno mismo que afectan los procesos de interacción con el entorno. Estas manifestaciones suelen estar asociadas a somatizaciones, rasgos de personalidad ansiosos y dependientes, procesos de aprendizaje desadaptativos como fobias y miedos, inestabilidad emocional, dificultad para resolver problemas recurrentes en el pensamiento, y la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa (Grant & Beck, 2010). A su vez, Alarcón-Parco y Bárrig-Jó (2015) destacan que las conductas internalizantes se expresan a través de síntomas emocionales y cognitivos como la tristeza, el miedo, el llanto, la ansiedad, las quejas somáticas, la preocupación y la baja autoestima.

En términos epidemiológicos, estas condiciones presentan una alta prevalencia a nivel global. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) estima que más de 300 millones de personas padecen depresión y alrededor de 260 millones presentan trastornos de ansiedad, cifras que los convierten en problemas de salud pública de primer orden (Gaviria et al., 2017; Toro et al., 2021). Esta alta prevalencia se observa también en la infancia y adolescencia, etapas en las que los trastornos internalizantes constituyen predictores relevantes de dificultades futuras, tanto a nivel académico como social y emocional. La presencia de ansiedad, retraimiento social o síntomas somáticos puede limitar la participación de los estudiantes en su proceso de aprendizaje, derivar en bajo rendimiento académico y afectar las relaciones interpersonales con pares y adultos (Lozano & Lozano, 2017).

El origen del funcionamiento psicológico y de la gestión emocional internalizante está profundamente influenciado por el contexto familiar. Las dinámicas familiares, especialmente las prácticas de comunicación parental, como la cohesión, la flexibilidad y la comunicación efectiva, desempeñan un rol central en el desarrollo emocional y conductual de los hijos, particularmente durante la adolescencia (Trujillo et al., 2023). Por el contrario, cuando estas prácticas se caracterizan por la rigidez o la crítica, pueden contribuir al surgimiento de dificultades emocionales (Caqueo et al., 2020; González et al., 2019; Serna et al., 2020). Dichas dificultades se relacionan con conductas

internalizantes como la inestabilidad del estado de ánimo, los miedos, la inseguridad, la tristeza, la tensión, la preocupación y los sentimientos de culpa (Schoeps et al., 2021), así como con baja autoestima y una inadecuada planificación vital (Barboza et al., 2017). En esta línea, Trujillo et al. (2023) subrayan la relevancia de promover la psicoeducación dirigida a padres y cuidadores, fortaleciendo sus habilidades comunicativas para favorecer un funcionamiento familiar saludable, considerando que la familia puede actuar tanto como un factor protector como un elemento de riesgo frente a las conductas internalizantes.

En esta misma línea, Trujillo et al. (2023) concluyen que uno de los factores más influyentes en el bienestar y la calidad de vida de los adolescentes son las prácticas de comunicación parental. Estas prácticas impactan significativamente en las conductas internalizantes a nivel emocional y cognitivo. Por ello, se subraya la importancia de la psicoeducación dirigida a los padres para fortalecer sus habilidades comunicativas y promover un funcionamiento familiar saludable. Esto se considera esencial, ya que la familia actúa como un agente principal para la continuidad o el cese de las conductas internalizantes, como la depresión y la ansiedad, en adolescentes.

Por otro lado, desde el modelo de regulación emocional, el funcionamiento socioemocional de los individuos se comprende como el resultado de la interacción entre factores biológicos, relacionales y contextuales. Desde el nacimiento, la variabilidad en la regulación emocional se organiza en torno al temperamento, entendido como una disposición básica que determina las tendencias en la relación con el entorno. Así, las personas con un estilo socioemocional más cauteloso tienden a organizar sus emociones y relaciones en función de la estabilidad, mostrando una inclinación a evitar situaciones para mantener su propia auto-organización (Silva & Medina, 2023). En esta misma línea, los vínculos y relaciones de apego desempeñan un papel esencial, de modo que el funcionamiento socioemocional no depende únicamente de características biológicas, sino también de las necesidades interpersonales y de las respuestas que el individuo aprendió a esperar de los demás.

Desde esta base teórica, pueden configurarse patrones reguladores en los cuales los individuos aprenden a desconectarse de sus propias necesidades emocionales y fisiológicas como una estrategia adaptativa frente a contextos relacionales desfavorables. Si bien estos patrones pueden expresarse de múltiples formas, suelen compartir ciertos elementos característicos, como el descentramiento del sentido de sí mismo, expresado en autocríticas, atribuciones internas negativas y el uso de mecanismos como la distracción o la rumiación para manejar el malestar emocional. Aunque esta evitación afectiva puede resultar funcional a corto plazo, a largo plazo tiende a obstaculizar la conexión genuina con las propias emociones y necesidades, afectando negativamente el bienestar socioemocional (Silva, 2023).

Por todo lo anterior, se vuelve esencial identificar y abordar los trastornos internalizantes en la infancia y la adolescencia, con el fin de implementar estrategias preventivas, evaluativas y terapéuticas adecuadas. Estas psicopatologías impactan negativamente en todas las áreas de la vida (académica, social, familiar y personal), y su sola presencia justifica la planificación de programas de intervención o prevención específicos. Sin embargo, la realidad es aún más compleja, dado que estudios longitudinales han evidenciado que la prevalencia conjunta de depresión y ansiedad aumenta a medida que las personas transitan desde la niñez hasta la adolescencia y la adultez (Costello et al., 2011; Lozano & Lozano, 2017).

Además, los trastornos internalizantes en la infancia y adolescencia constituyen predictores relevantes de dificultades futuras, tales como, problemas en las relaciones sociales y disminución de la autoestima. Diversos estudios han señalado que, a mayor sintomatología depresiva, aumenta la probabilidad de ideación e intencionalidad suicida, así como la aparición de miedos específicos y

bloqueos emocionales que limitan la participación activa de los estudiantes en su proceso de aprendizaje, derivando en bajo rendimiento académico o fracaso escolar. Asimismo, los problemas internalizantes, como la ansiedad, el retraimiento social y las manifestaciones somáticas, generan dificultades en las relaciones interpersonales, especialmente cuando surge el temor a enfrentar situaciones sociales con pares o adultos (Lozano & Lozano, 2017).

En coherencia con lo expuesto, Achenbach (1991) planteó que los síndromes de internalización reflejan procesos emocionales dirigidos hacia el interior, caracterizados por ansiedad, retraimiento, tristeza y somatización. Estos patrones tienden a surgir cuando las emociones son excesivamente controladas o inhibidas en la infancia y se consolidan en interacción con factores ambientales como las prácticas de crianza y las normas culturales (Achenbach, 1995; Achenbach & Edelbrock, 1983). En el contexto chileno, Lecannelier (2023) continúa esta mirada al describir cómo una cultura que valora la obediencia y la calma puede favorecer estilos de crianza que reprimen las expresiones emocionales naturales de los niños, generando una tendencia a la internalización del malestar. Así, a largo plazo, esta dinámica puede afectar la seguridad emocional y la regulación afectiva.

1.3.2 Prevalencia de la ansiedad

Prevalencia a nivel global.

Los trastornos de ansiedad presentan una de las tasas más altas de prevalencia entre los trastornos mentales y, dentro de la población infantil, han liderado de forma constante las estadísticas mundiales de problemas de salud mental (Gutiérrez et al., 2021). Si bien las preocupaciones en torno a la salud mental ya eran significativas antes del año 2020, la pandemia por COVID-19 acentuó esta problemática a nivel mundial. De acuerdo con un informe de Mental Health America, en septiembre de 2020, ocho de cada diez personas que participaron en una evaluación de ansiedad presentaron síntomas de moderados a graves. En esta misma línea, un metaanálisis publicado en *The Lancet* reportó un aumento global del 25,6 % en los trastornos de ansiedad desde el inicio de la pandemia, evidenciando el impacto de la crisis sanitaria en la salud mental global y la consecuente necesidad de adaptar los sistemas de salud hacia modalidades virtuales de evaluación e intervención (Hartmann, 2023). De manera complementaria, un metaanálisis global sobre salud mental infantil reveló que las tasas de ansiedad y depresión se duplicaron durante el mismo periodo (Racine et al., 2021).

En términos generales, Xiong (2023) señala que los trastornos de ansiedad se encuentran entre las condiciones psiquiátricas más comunes, con estimaciones que indican que aproximadamente una de cada tres personas los experimentará en algún momento de su vida. Además, su impacto se extiende más allá del ámbito clínico, afectando de manera significativa la productividad laboral, las relaciones interpersonales y la calidad de vida en general.

En la población infantojuvenil, aunque los trastornos internalizantes suelen estar subdiagnosticados, los síntomas de ansiedad y depresión pueden observarse desde edades tempranas, especialmente entre los 9 y 12 años (Philippot et al., 2019). Diversas investigaciones han señalado que los trastornos de ansiedad constituyen las psicopatologías más frecuentes en niños y adolescentes, afectando aproximadamente a uno de cada doce niños y a uno de cada cuatro adolescentes. Una revisión sistemática que abarcó estudios realizados en 27 países estimó una prevalencia mundial de 6,5 % en la población infantil. Las tasas específicas reportadas incluyen un 20 % para las fobias específicas, un 9 % para el trastorno de ansiedad social, un 8 % para el trastorno de ansiedad por separación, y alrededor de un 2 % para la agorafobia, el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada (Kowalchuk et al., 2022).

Además, cabe destacar que, si bien los síntomas de ansiedad en niños y adolescentes pueden ser similares a los observados en adultos (como la presencia de manifestaciones físicas y conductuales, entre ellas la diaforesis, las palpitaciones o los berrinches), resulta fundamental distinguirlos de los temores evolutivos propios del desarrollo, como la ansiedad por separación en etapas tempranas (Kowalchuk et al., 2022). Finalmente, es relevante señalar que tanto los trastornos internalizantes como sus síntomas tienden a incrementarse progresivamente desde la infancia hasta la adolescencia (Doering et al., 2022).

Prevalencia en Chile.

En Chile, el “Termómetro de la Salud Mental en Chile Achs-UC” constituye uno de los principales referentes para comprender la evolución del bienestar psicológico de la población desde el inicio de la pandemia. Este estudio longitudinal, realizado desde el año 2020 con una muestra aleatoria de aproximadamente 3.000 individuos mayores de 18 años representativa de la población urbana nacional, ha permitido monitorear de forma continua distintos indicadores asociados a la salud mental. Dichos indicadores se basan en metodologías internacionalmente validadas, tales como la sintomatología GHQ-12, depresión PHQ-9, síntomas de ansiedad GAD-7, exposición a riesgos psicosociales CoPsoQ, consumo de alcohol AUDIT-C, insomnio ISI, soledad (escala UCLA-R) y actividad física (escala UCL). Los resultados de la octava edición del estudio, realizada en abril de 2024, reflejan que la ansiedad continúa siendo el principal malestar psicológico en el país. Según los datos publicados en esta ronda, un 24.8 % de las personas encuestadas presentó síntomas asociados a la ansiedad, cifra que se mantiene cercana a la observada en la medición anterior (22.3 %) (Bravo et al., 2024).

En los últimos años, diversos informes han evidenciado un aumento sostenido de las consultas en salud mental infantil y adolescente. Según UNICEF (2025), entre 2018 y 2023, el incremento proporcional de consultas por salud mental fue significativamente mayor en niños, niñas y adolescentes que en la población general: mientras en 2018 representaban el 15 % del total de consultas, en 2023 alcanzaron el 19 %, lo que implica un aumento del 88 % en el periodo. Estos datos sugieren una creciente demanda de atención psicológica en etapas tempranas del desarrollo, que podría estar vinculada a la exposición acumulada a factores de estrés psicosocial, la inestabilidad familiar y los efectos prolongados de la pandemia.

En el caso específico del sistema educativo, la salud mental de niños, niñas y adolescentes se ha consolidado como un problema de salud pública de alta prioridad. Un estudio transversal realizado con 1.174 estudiantes de cinco regiones del país empleó la escala DASS-21 para determinar la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés, así como los factores de riesgo asociados. Los resultados mostraron altas tasas de sintomatología: un 60.2 % presentó síntomas de depresión, 63.6 % de ansiedad y 50.2 % de estrés. Entre los factores de riesgo más relevantes para la depresión se identificaron el ser mujer, tener padres separados, cursar enseñanza media, poseer un celular, presentar dificultades para dormir, pensamientos rumiativos y baja autoestima. En el caso de la ansiedad, los factores asociados fueron ser mujer, tener 12 años, uso de celular, problemas de sueño, rumiaciones, baja autoestima y ser ateo. Por último, el estrés se relacionó con variables como ser mujer, uso de celular, problemas de sueño, rumiaciones, baja autoestima, ser ateo y uso excesivo de redes sociales. Estos resultados evidencian la necesidad urgente de intervenciones preventivas en el ámbito educativo que contribuyan a mitigar el deterioro del bienestar psicológico en estudiantes (Martínez & Yeomans, 2024).

De manera complementaria, el Ministerio de Salud (MINSAL, 2024) ha advertido que la pandemia impactó de forma particularmente intensa a los niños, niñas y adolescentes debido a factores como la interrupción de la educación presencial, el aislamiento social prolongado, la precariedad económica y el aumento del estrés familiar y comunitario. Como resultado, se observó un incremento en la prevalencia de los principales problemas de salud mental en esta población. De

hecho, uno de cada cinco estudiantes preescolares y escolares (20.6 %) pasó de no presentar sintomatología a manifestar uno o más síntomas de malestar psicológico, lo que refuerza la necesidad de fortalecer las políticas públicas orientadas a la promoción de la salud mental infantil y adolescente.

Finalmente, UNICEF (2021) advierte que muchos niños y adolescentes viven inmersos en la tristeza, el dolor o la ansiedad, cuestionándose su lugar en un mundo percibido como incierto. Según el informe, la ansiedad y la depresión representan alrededor del 40 % de los trastornos de salud mental diagnosticados en esta población. Más allá de los diagnósticos clínicos, también se perciben en las voces de los jóvenes formas de malestar emocional subclínico, expresadas como angustia, desmotivación o una sensación general de desesperanza, lo que refleja una tendencia preocupante hacia la internalización del sufrimiento emocional en las nuevas generaciones.

1.3.3 Políticas, normativas y programas de intervención en salud mental

A nivel global.

De acuerdo con Gutiérrez et al. (2021), los trastornos de ansiedad en la población infantojuvenil encabezan las estadísticas mundiales de prevalencia, lo que evidencia la necesidad de desarrollar políticas públicas y estrategias de intervención eficaces y oportunas que aborden de manera integral esta problemática.

En este marco, tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Organización de las Naciones Unidas (ONU) han elaborado informes y lineamientos políticos orientados a la recuperación y fortalecimiento de la salud mental tras la pandemia. Asimismo, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha generado un amplio conjunto de datos, análisis y recomendaciones en torno a las respuestas políticas implementadas frente a la crisis sanitaria, mientras que distintos organismos profesionales y del tercer sector han emitido sus propias orientaciones y propuestas (McCartan et al., 2021).

El informe de políticas de la ONU (2020) propone un enfoque denominado “*toda la sociedad*”, que busca promover, proteger y cuidar la salud mental de manera integral. Este modelo enfatiza la necesidad de fortalecer los sistemas de apoyo comunitario y garantizar la disponibilidad universal de servicios de salud mental y apoyo psicosocial de emergencia, especialmente en contextos de crisis o vulnerabilidad (McCartan et al., 2021).

En paralelo, la atención sanitaria digital ha cobrado una relevancia sin precedentes. La directora de Mental Health Europe destacó que el aumento de la atención profesional en línea posterior a la pandemia puede considerarse un “lado positivo” frente a la falta de alternativas presenciales. Sin embargo, diversos autores advierten que, si bien la tecnología posee un potencial transformador para ampliar la cobertura en salud mental, no puede reemplazar totalmente la importancia del encuentro presencial, especialmente en grupos social o digitalmente excluidos (McCartan et al., 2021).

Por su parte, la OMS ha establecido una hoja de ruta internacional mediante el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2030, el cual define estrategias concretas para garantizar intervenciones adecuadas y accesibles a personas con afecciones mentales. Dentro de este marco, los trastornos de ansiedad generalizada y de pánico son considerados condiciones prioritarias en el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP), cuyo objetivo es fortalecer los servicios de salud mental a través de la capacitación de profesionales no especializados.

En este contexto, la OMS ha desarrollado una serie de manuales breves de intervención psicológica que pueden ser aplicados por terapeutas no especialistas, demostrando eficacia en la reducción de síntomas de ansiedad y depresión. Entre ellos destacan:

- *“Enfrentando Problemas Plus (P+)”*, basado en principios de la terapia cognitivo-conductual, que utiliza estrategias de manejo del estrés, resolución de problemas y fortalecimiento del apoyo social.
- *“Autoayuda Plus (AAyuda+)”*, un curso grupal que entrega herramientas prácticas para el manejo del estrés cotidiano.
- El libro de autoayuda *“En tiempos de estrés, haz lo que importa”*, orientado a promover la resiliencia emocional y la capacidad de afrontamiento (OMS, n.d.).

Estos programas son ejemplos concretos que reflejan el esfuerzo internacional por democratizar el acceso a la salud mental, impulsando modelos de intervención comunitaria, breve y costo-efectiva, que favorecen el bienestar psicológico de manera amplia, aunque siguen enfrentando el desafío de adaptarse culturalmente a las particularidades de cada contexto.

En este escenario, los lineamientos internacionales permiten situar el caso dentro de una problemática reconocida globalmente: el aumento de la ansiedad en niños y adolescentes y la necesidad de intervenciones accesibles y culturalmente pertinentes. Tanto el enfoque de la ONU como las orientaciones de la OMS, especialmente sus intervenciones breves y comunitarias, respaldan una mirada multinivel que incluya aspectos individuales, familiares y escolares. Asimismo, los programas refuerzan la relevancia del manejo del estrés y la regulación emocional, elementos directamente vinculados a los síntomas del niño. En conjunto, este marco global orienta y legitima un diseño de intervención centrado en la psicoeducación, el fortalecimiento de habilidades de afrontamiento y el trabajo con los actores centrales involucrados.

A nivel nacional.

A nivel nacional, el documento *Construyendo Salud Mental 2024* amplía y refuerza las estrategias contenidas en el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental y la Estrategia Nacional de Salud Mental. Estas acciones se encuentran alineadas con la Política para Mejorar la Salud Mental, aprobada en la 30ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2022), la cual establece cinco líneas estratégicas: (1) fortalecer el liderazgo y las alianzas multisectoriales, (2) mejorar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios comunitarios, (3) promover actividades preventivas a lo largo del curso de vida, (4) integrar la salud mental en emergencias, y (5) fortalecer la producción de datos, evidencia e investigación. Dichas líneas buscan enfrentar la creciente carga de los problemas de salud mental, agravados por la pandemia de COVID-19, y promover la reconstrucción y el fortalecimiento de los servicios de salud mental en la región (Ministerio de Salud [MINSAL], 2024).

En este marco, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025, elaborado mediante un proceso participativo, sigue un modelo comunitario de atención y propone metas en áreas clave como los derechos humanos, la provisión de servicios, la financiación, la calidad de la gestión, los sistemas de información, la formación de recursos humanos y la participación social e intersectorial. Complementariamente, el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental organiza los puntos de atención para asegurar la continuidad y la integralidad del cuidado, transformando las prácticas clínicas y favoreciendo una mejor gestión de los recursos públicos. A su vez, la Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 incorpora la salud mental como prioridad, abarcando desde

la promoción y prevención hasta el tratamiento de los trastornos mentales y la reducción del consumo de sustancias psicoactivas (MINSAL, 2024).

A pesar de estos avances, Chile aún enfrenta importantes desafíos en materia de protección de la salud mental y en la implementación de un marco normativo adecuado. En esta línea, la Ley N° 21.331 (2021), sobre la protección de los derechos de las personas en la atención de salud mental, representa un paso significativo, aunque presenta limitaciones, como la falta de una red consolidada basada en el modelo comunitario, la escasa regulación de la capacidad jurídica y la coerción, y una financiación insuficiente. Además, la ley no aborda de manera integral la desinstitutionalización ni establece mecanismos claros para la protección efectiva de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental (MINSAL, 2024).

Por consiguiente, se está elaborando un Proyecto de Ley Integral de Salud Mental, cuyo objetivo es fortalecer el sistema nacional mediante un enfoque preventivo y promocional. Este proyecto, incorpora recomendaciones internacionales y busca mejorar el acceso a servicios de calidad, especialmente para las personas en situaciones de vulnerabilidad, reducir el estigma y promover una cultura de respeto y derechos hacia quienes padecen trastornos mentales. Asimismo, propone una coordinación interministerial que permita integrar la salud mental en todas las políticas públicas, asegurando una respuesta más integral, equitativa y sostenible a las necesidades de la población (MINSAL, 2024).

En conjunto, estas políticas y marcos normativos reflejan un avance significativo hacia la consolidación de un modelo de salud mental comunitario en Chile, aunque persisten desafíos estructurales en torno a la financiación, la implementación territorial equitativa y la articulación intersectorial necesarias para garantizar un acceso real y oportuno a la atención en salud mental. No obstante, diversos informes recientes advierten que aún existen brechas importantes, particularmente en la atención infantojuvenil. Según la Consulta CCA (UNICEF, 2025), si bien algunos niños, niñas y adolescentes declaran haber recibido acompañamiento profesional para abordar dificultades emocionales o psicológicas, se mantienen desigualdades en el acceso a estos servicios y una falta de indicadores adecuados que permitan dimensionar tales brechas. De manera complementaria, el informe de UNICEF (2021) señala que, desde la perspectiva de los propios niños, niñas y adolescentes, las principales problemáticas en salud mental siguen siendo el aumento de los trastornos emocionales, el acceso desigual a atención psicológica y la persistencia de sentimientos de desánimo y tristeza.

En relación con el caso clínico, este contexto institucional influye directamente en la trayectoria del problema de ansiedad. Las brechas del sistema, como la limitada continuidad de cuidados, la desigualdad territorial en el acceso y la falta de mecanismos sólidos de prevención, pueden dificultar que niños y adolescentes con problemas de regulación emocional reciban intervenciones oportunas. Por ello, este marco normativo no solo permite situar el caso dentro de un enfoque multinivel, sino que además respalda la necesidad de fortalecer habilidades de regulación emocional y promover el trabajo con las redes significativas, en línea con las orientaciones del modelo comunitario y las demandas actuales del sistema de salud mental en Chile.

1.4 Antecedentes empíricos

1.4.1 Diagnóstico y evaluación de la ansiedad

Los problemas de salud mental, y en particular los síntomas de ansiedad, constituyen una causa significativa de discapacidad y carga de enfermedad en la adolescencia. Por ello, la detección temprana y confiable de estos síntomas se reconoce como una estrategia clave para la prevención e intervención oportuna (Casares et al., 2024).

La evaluación de la ansiedad y la depresión en grandes poblaciones ha sido posible gracias al desarrollo de instrumentos breves, válidos y confiables, que pueden ser aplicados por encuestadores no especializados o incluso autoadministrarse. Estas herramientas permiten predecir diagnósticos clínicos con tasas de falsos positivos y negativos que oscilan entre el 10% y el 20%. Entre las más utilizadas se encuentran la escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada de 7 ítems (GAD-7) para ansiedad, el Patient Health Questionnaire (PHQ-9) para depresión y la Self-Reporting Questionnaire de 20 ítems (SRQ-20) para trastornos mentales comunes. Dichos instrumentos evalúan la frecuencia con que los individuos han experimentado síntomas como tristeza, preocupación excesiva, alteraciones del sueño o dificultades de concentración durante las últimas semanas. (Ridley et al., 2020)

En la práctica, la ansiedad y la depresión suelen presentar una alta comorbilidad, ya que comparten varios síntomas y mecanismos subyacentes (Ridley et al., 2020). Por esta razón, se ha destacado la importancia de contar con una visión global de las herramientas disponibles para su evaluación. Breedvelt et al. (2020) enfatizan que la sistematización y estandarización de estas medidas permitiría comparaciones más precisas entre estudios y fortalecería la evidencia empírica necesaria para orientar políticas y programas de prevención en salud mental.

No obstante, la elección del instrumento depende del propósito del estudio y de las condiciones de aplicación. Factores como los costos, la duración, el tipo de población y la necesidad de formación especializada influyen en esta decisión. En contextos comunitarios o con recursos limitados, los cuestionarios de autoreporte de libre acceso (como el PHQ-9 y el GAD-7) resultan útiles por su facilidad de administración y su validez empírica. En cambio, cuando se dispone de mayores recursos, la evaluación diagnóstica estructurada ofrece un mayor nivel de precisión (Breedvelt et al., 2020).

De esta manera, múltiples medidas validadas pueden emplearse tanto para la evaluación inicial como para el seguimiento del progreso en el tratamiento, ajustándose a las necesidades de cada contexto y población (Kowalchuk et al., 2022).

1.4.2 Evidencia empírica sobre intervenciones para la ansiedad

Tratamientos y psicoterapia.

Proporcionar información clara sobre los síntomas, diagnóstico y tratamientos basados en la evidencia es fundamental para apoyar a los adolescentes con ansiedad. Los tratamientos de primera línea incluyen tanto la farmacoterapia como la psicoterapia. En el ámbito farmacológico, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), como la sertralina, y los inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) han demostrado eficacia en trastornos como la ansiedad generalizada, la ansiedad social y el trastorno de pánico (Szuhany & Simon, 2022).

Sin embargo, las intervenciones psicoterapéuticas constituyen la principal estrategia de tratamiento, especialmente durante la adolescencia. La terapia cognitivo-conductual (TCC) ha mostrado la evidencia más sólida de eficacia, combinando estrategias cognitivas y conductuales orientadas a identificar y modificar pensamientos desadaptativos, promover la exposición gradual a estímulos temidos y regular la activación fisiológica mediante técnicas de relajación o respiración (Hartmann, 2023). En el caso del trastorno de pánico, por ejemplo, la psicoeducación sobre la naturaleza de los ataques y su inocuidad fisiológica previene la aparición de ansiedad anticipatoria. Asimismo, para las fobias específicas, la desensibilización sistemática (que combina exposición y relajación) ha probado ser eficaz en la reducción del miedo. Además, la evidencia reciente respalda la utilidad de la actividad física, como el ejercicio aeróbico o el yoga, como complemento terapéutico para reducir los síntomas ansiosos (Hartmann, 2023).

La TCC no solo ha demostrado efectividad inmediata, sino también estabilidad de resultados a mediano y largo plazo. Cerca del 60% de los pacientes reportan una disminución significativa o eliminación de los pensamientos ansiosos un año después de completar la terapia (Hanrahan, Field, Jones, & Davy, 2013). No obstante, pese a su efectividad, este enfoque presenta limitaciones: los trastornos de ansiedad suelen ser altamente comórbidos y comparten procesos emocionales y cognitivos comunes. Esto ha impulsado el desarrollo de modelos transdiagnósticos, que buscan intervenir en los mecanismos psicológicos subyacentes, como la intolerancia a la incertidumbre, la rumiación o la evitación experiencial, más que en los síntomas específicos de cada trastorno (Bhattacharya et al., 2023).

Desde esta mirada contextual y procesual, la evidencia reciente también subraya el papel de los factores familiares. En un estudio sobre la relación entre funcionalidad familiar y síntomas emocionales, los adolescentes que perciben relaciones familiares más funcionales presentan menos síntomas de ansiedad y depresión (Loya-Valdez & Becerra-Hernández, 2025). Este hallazgo evidencia que los síntomas ansiosos no pueden comprenderse ni abordarse únicamente desde un modelo biomédico o conductual, sino que requieren considerar los sistemas relacionales y el entorno emocional del adolescente.

En esta misma línea, las terapias de tercera generación, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), han ganado relevancia al centrarse en la flexibilidad psicológica y la regulación emocional, en lugar de la mera reducción sintomatológica (Hofmann & Hayes, 2019). Aunque la ACT no busca directamente eliminar los síntomas, promueve la aceptación de la experiencia interna y el compromiso con acciones congruentes con los valores personales, generando una disminución indirecta del malestar. Metaanálisis recientes han mostrado que la ACT es eficaz para la depresión y, en menor medida, la ansiedad en adolescentes, con efectos que se mantienen a largo plazo (Hayes, 2019).

En síntesis, la evidencia empírica respalda una amplia gama de intervenciones eficaces para los trastornos de ansiedad, desde la farmacoterapia y la TCC hasta los modelos transdiagnósticos y las terapias de tercera generación. Sin embargo, las tendencias actuales en psicoterapia apuntan a la necesidad de trascender el enfoque centrado en los síntomas y avanzar hacia una comprensión más integral, que aborde los procesos subyacentes del malestar, las dinámicas familiares y los factores contextuales que influyen en la aparición y mantenimiento de la ansiedad. Este enfoque amplía el horizonte clínico, favoreciendo intervenciones más personalizadas, preventivas y sostenibles en el tiempo.

La terapia narrativa.

Antes de abordar la descripción específica de la terapia narrativa, y en línea con lo mencionado anteriormente, es importante destacar que, si bien gran parte de la evidencia empírica sobre intervenciones para la ansiedad se ha centrado en la reducción de síntomas, también resulta esencial

considerar el funcionamiento psicológico subyacente que los sostiene. La ansiedad no solo se manifiesta a través de conductas observables o de un malestar interno, sino que muchas veces constituye un lenguaje simbólico que expresa necesidades emocionales, conflictos internos y dinámicas relacionales que deben comprenderse en su contexto.

Desde esta perspectiva, la elección de la terapia narrativa en el presente trabajo se fundamenta en su capacidad para explorar y resignificar la narrativa personal del paciente. Este enfoque permite comprender los síntomas ansiosos como mensajes que contienen información sobre el funcionamiento emocional y relacional de la persona, y no únicamente como manifestaciones sintomatológicas que deben eliminarse.

De esta manera, la terapia narrativa se orienta a intervenir sobre los relatos que las personas construyen acerca de sí mismas y de sus problemas, reconociendo que la manera en que interpretan y cuentan sus experiencias tiene un efecto directo sobre la percepción y el manejo de la ansiedad. Esta aproximación permite ir más allá de la simple reducción sintomática, promoviendo una comprensión profunda del significado que la ansiedad adquiere en la vida del paciente, así como la construcción de nuevas estrategias de afrontamiento y una reorganización de la identidad personal en relación con sus experiencias emocionales.

En esta línea, la intervención psicoterapéutica del trastorno de ansiedad desde el enfoque narrativo ha demostrado generar mejoras verificables en quienes participan de ella. Rendón y Pacheco (2019) señalan que los procedimientos narrativos, como la externalización, tienen un impacto positivo, al facilitar un cambio en la forma en que los pacientes perciben y manejan la ansiedad.

Asimismo, Schaefer y Rubi (2015), en un artículo de revisión, exploran la utilidad de las intervenciones estratégicas y narrativas en casos de ansiedad social. Los autores proponen el uso de mapas narrativos para trabajar específicamente en la identidad del paciente, ya que, según su planteamiento, estos procedimientos favorecen la deducción de intenciones, propósitos y conclusiones sobre la identidad. De esta forma, el trabajo narrativo permite reestructurar la identidad y transformar la relación del individuo con la ansiedad.

En esta misma línea, Schaefer y Rubi (2015) sostienen que el abordaje narrativo posibilita deconstruir el relato limitante mediante la práctica lingüística, mientras que el enfoque estratégico-conductual contribuye a flexibilizar la pauta rígida de comportamiento que suele acompañarlo. Esto refuerza la idea de que los síntomas ansiosos no son únicamente respuestas biológicas o conductuales, sino también narrativas construidas en el discurso compartido (Medina, 2018). Por tanto, es en la conversación terapéutica donde estas narrativas pueden transformarse, reorganizando la comprensión de la ansiedad y la relación del paciente con ella.

Por su parte, Campillo (2010), al abordar el trabajo narrativo con niños, enfatiza que en la terapia narrativa *“la persona regresa a su historia para recolectar los elementos que le hicieron construirse de esa manera; es la persona misma la que puede optar por otras opciones, significados y acciones, creando la reautoría de su historia”*. Este proceso de reautoría otorga al paciente la posibilidad de asumirse como agente activo en su propia vida, aspecto fundamental para el tratamiento de la ansiedad, ya que promueve un sentido de control y agencia sobre la experiencia emocional.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, Rendón y Pacheco (2019) destacan que, en personas con trastorno de ansiedad generalizada, la vulnerabilidad psicológica que caracteriza el trastorno afecta negativamente su capacidad de afrontamiento. Sin embargo, las técnicas narrativas han demostrado ser eficaces para promover estrategias más adaptativas. Entre ellas, se incluyen prácticas como *“practicar, platicar, participar y preguntar”*, que actúan como mediadoras del proceso

de adaptación frente a eventos estresantes. De este modo, la intervención narrativa contribuye a romper con conductas desadaptativas típicas del trastorno, como la pasividad ante las dificultades, y reduce sentimientos asociados como la culpa, el aislamiento o la vergüenza.

Entre las técnicas más relevantes de este enfoque se encuentra la externalización, descrita por White y Epston (1993) como un procedimiento que invita a las personas a cosificar y, en ocasiones, personificar los problemas que las oprimen, separando el problema de la persona o de la relación en la que se atribuía. Esta separación permite que el paciente se distinga de su problema, facilitando su capacidad para intervenir activamente en su vida y en la resolución de su malestar.

Otra herramienta importante es la conversación de andamiaje, inspirada en la metáfora propuesta por Vygotsky. Latorre (2013) explica que el terapeuta ofrece un andamiaje de preguntas que orientan y sostienen al paciente durante su proceso de aprendizaje emocional. A medida que el paciente consolida nuevas formas de comprensión y afrontamiento, el terapeuta retira progresivamente ese apoyo, favoreciendo la autonomía del proceso terapéutico.

Un ejemplo claro de la eficacia de estas técnicas lo constituye el caso de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada descrito por Rendón y Pacheco (2019). A través del uso de la externalización, el adolescente logró separar su identidad del malestar asociado a la ansiedad, disminuyendo pensamientos negativos como “no puedo” o “no sirvo”. Esta diferenciación permitió reducir la preocupación constante e irracional característica del trastorno, fortaleciendo su percepción de competencia y su bienestar emocional.

En síntesis, la terapia narrativa ofrece una vía de intervención que no se limita a la disminución de los síntomas, sino que promueve la transformación de los significados asociados a la ansiedad. Al situar el foco en la narrativa personal, este enfoque permite que los pacientes comprendan su malestar desde una perspectiva contextual, resignifiquen su experiencia y construyan una identidad más coherente y empoderada frente a la ansiedad.

Más allá del enfoque: intervenciones que trascienden.

Además de las técnicas propias de la terapia narrativa, es fundamental considerar el trabajo en mentalización como un recurso complementario y transversal dentro de la intervención psicoterapéutica. La mentalización es una habilidad compleja y multifacética que involucra tanto la reflexión consciente sobre los estados mentales propios y ajenos, como una comprensión intuitiva de lo que puede estar ocurriendo en la mente de otra persona o en la propia (Bateman & Fonagy, 2016). En este sentido, Demiralay (2025) la describe como un proceso cognitivo-social, dado que nuestras interpretaciones sobre el mundo interno se modelan constantemente por la forma en que imaginamos que otros nos perciben, al mismo tiempo que inferimos los pensamientos, emociones e intenciones de los demás durante las interacciones sociales.

En contextos clínicos, la mentalización se ha consolidado como un concepto clave para comprender los procesos de cambio psicoterapéutico. Las dificultades en esta capacidad se han asociado con una amplia gama de trastornos mentales, incluyendo los trastornos de personalidad, la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (Demiralay, 2025). De hecho, diversos autores han propuesto que el fortalecimiento de la capacidad mentalizadora constituye un mecanismo terapéutico común que subyace a diferentes enfoques psicoterapéuticos, tales como la terapia cognitivo-conductual, la psicodinámica o la humanista, entre otras.

En el caso de los trastornos de ansiedad, la evidencia muestra que niveles bajos de funcionamiento reflexivo se asocian a mayores dificultades para interpretar adecuadamente las intenciones de los demás y para regular la experiencia emocional interna (Demiralay, 2025). Esto se

observa, por ejemplo, en personas que han vivido traumas interpersonales crónicos, quienes tienden a desarrollar patrones de desconfianza, hipervigilancia o suposiciones erróneas sobre las intenciones ajenas, lo que perpetúa la ansiedad social y generalizada.

Desde esta perspectiva, favorecer el fortalecimiento de la mentalización permite ampliar la capacidad del paciente para comprender sus propios estados mentales y los de los demás, reduciendo las interpretaciones catastróficas y promoviendo una reorganización más adaptativa de la experiencia emocional. Este trabajo complementa de manera significativa enfoques como la terapia narrativa, al ofrecer un espacio donde la persona puede no solo reescribir su historia, sino también comprender con mayor profundidad los procesos mentales y emocionales que la sostienen.

En coherencia con lo anterior, resulta fundamental considerar que la capacidad de mentalizar no surge de manera aislada, sino que se construye en el marco de las relaciones tempranas con los adultos significativos. Diversos autores han mostrado que cuando los cuidadores interpretan y responden a las conductas del niño como expresiones de estados mentales (es decir, cuando lo tratan como un agente con intenciones, emociones y pensamientos propios) se favorece el desarrollo progresivo de su función reflexiva (Fonagy et al., 2002). Desde esta perspectiva, las relaciones de apego seguro proporcionan un contexto privilegiado para dicha adquisición, ya que ofrecen un espacio emocionalmente predecible en el que el niño puede explorar la mente del adulto y, a partir de ello, comenzar a representar su propio mundo interno (Santelices et al., 2016).

Por lo mismo, estos planteamientos convergen con la literatura que destaca el rol de los padres como agentes centrales en la formación de la capacidad mentalizadora. Investigaciones posteriores han mostrado que la habilidad del adulto para reflexionar sobre sus propios estados mentales y los del niño, lo que suele denominarse parentalidad reflexiva, actúa como un mecanismo clave en el desarrollo socioemocional infantil (Fonagy & Target, 1998; Grienberger et al., 2005; Slade et al., 2005; Solbakken et al., 2011). Por tanto, cuando los cuidadores logran sostener una postura mentalizante, aumentan su sensibilidad y disponibilidad emocional, lo que se traduce en respuestas contingentes y ajustadas a las necesidades afectivas del hijo (Santelices et al., 2016).

De este modo, tal como señalan Midgley et al. (2019), el trabajo con los padres se vuelve un componente esencial de la intervención. Crear espacios que fortalezcan la parentalidad reflexiva no solo contribuye a mejorar la comprensión de los estados internos del niño, sino que también potencia un entorno relacional que facilita la regulación emocional y disminuye la vulnerabilidad a la ansiedad. En conjunto, esta evidencia destaca la importancia de integrar la mentalización como un eje transversal tanto en el acompañamiento terapéutico del niño como en el trabajo con su red de apoyo.

DIAGNÓSTICO

Pregunta diagnóstica: *¿Cuáles son los factores psicológicos y contextuales que contribuyen a los niveles de ansiedad que presenta un preadolescente con sintomatología internalizante?*

2.1 Objetivos de diagnóstico

Objetivo General del Diagnóstico

Describir los factores psicológicos y contextuales que contribuyen a los niveles de ansiedad que presenta un preadolescente con sintomatología internalizante.

Objetivos Específicos del Diagnóstico

1. Identificar los niveles de ansiedad del preadolescente con sintomatología internalizante.
2. Describir los patrones psicológicos afectivos que contribuyen a los niveles de ansiedad.
3. Describir los patrones psicológicos cognitivos que contribuyen a los niveles de ansiedad.
4. Describir las dinámicas familiares que, a nivel contextual, contribuyen a los niveles de ansiedad del preadolescente.
5. Describir las interacciones sociales que, a nivel contextual, contribuyen a los niveles de ansiedad del preadolescente.

2.2 Diseño de la estrategia de levantamiento de información

Entrevistas clínicas

Entrevistas clínicas semiestructuradas con la madre

La entrevista clínica semiestructurada es una herramienta ampliamente utilizada en el ámbito clínico, ya que permite acceder a la experiencia de la persona evaluada desde sus propios significados, comprendiendo la representación que posee de su situación y cómo define su propio proceso (Capurro y Ortiz, 2017). Desde la psicología clínica infanto juvenil, resulta fundamental contar con esta herramienta para comprender al sistema consultante y explorar los distintos factores que podrían estar influyendo en la problemática presentada.

En este caso, la entrevista con la madre tuvo como objetivo indagar tanto en aspectos familiares y contextuales, como también en las dimensiones vinculares y en la percepción materna de la problemática de su hijo. Esto fue relevante debido a que la narrativa de la madre aportó información respecto a cómo concibe el espacio terapéutico y cuáles son sus expectativas en relación a este, de lo cual se desprende que se busca principalmente un apoyo a la crianza y la solicitud se centra en que el paciente logre *“portarse mejor”*, colaborar en la casa y desarrollar estrategias de autocontrol. Sin embargo, esta mirada también dejó en evidencia ciertas dificultades de disponibilidad emocional y de conexión con las necesidades internas del paciente, privilegiando el foco en la conducta observable y la disciplina, por sobre la comprensión del trasfondo emocional.

De esta forma, este material permitió identificar que, si bien existe preocupación por el bienestar del hijo, se observan dificultades en cuanto a la mentalización y la comprensión del origen de sus conductas y emociones, así como una escasa reflexión sobre el rol parental en la contención y la co-regulación emocional. Por lo tanto, la entrevista con la madre no solo fue fundamental para comprender su visión del problema, sino también para situar la intervención en un marco que posteriormente incluya la responsabilidad y participación activa de los cuidadores en el proceso terapéutico.

Entrevistas clínicas semiestructuradas con el paciente

De la misma manera, la entrevista clínica con el paciente tuvo como objetivo profundizar en sus experiencias personales, explorando la vivencia de la ansiedad. Esta herramienta no solo permitió indagar en las características internalizantes de la sintomatología, sino que también estuvo alineada con el abordaje comprensivo del presente proyecto clínico, que busca entender los fenómenos en su contexto (Noreña et al., 2012).

En este caso particular, la entrevista resultó fundamental porque los síntomas internalizantes no siempre se expresan en conductas observables, por lo que escuchar directamente la narrativa del paciente facilitó acceder a sus emociones, pensamientos y preocupaciones más íntimas. De esta manera, se pudieron identificar patrones afectivos y cognitivos vinculados a la ansiedad, así como su impacto en contextos relevantes (escolar, familiar y social). Asimismo, la entrevista permitió indagar en los mecanismos subyacentes a la sintomatología, específicamente en los procesos de regulación emocional, como la evitación, que contribuyen a la manifestación de los síntomas y explican conductas posteriores, incluyendo somatizaciones, retraimiento o dificultades en la interacción social. Además, facilitó trabajar sobre la narrativa personal que el paciente construye en torno a su ansiedad, lo cual

constituye un insumo esencial para el diseño de la posterior intervención narrativa (Troncoso-Pantoja & Amaya-Placencia, 2017).

Técnicas proyectivas

En segundo lugar, se aplicaron técnicas proyectivas, como el Test de Apercepción Infantil (CAT-A) y el Test Desiderativo, para profundizar en los aspectos afectivos y psicológicos del paciente. Desde un punto de vista epistémico, el objetivo principal de estas pruebas es investigar el desarrollo de los procesos que transcurren en la subjetividad y el psiquismo de la persona, permitiendo una interpretación subjetiva de su realidad. Estas técnicas utilizan estímulos ambiguos que requieren una respuesta por parte del evaluado, lo que facilita la exploración de aspectos emocionales y de personalidad que no siempre son accesibles mediante otros métodos (Sánchez-Villena & Ventura-León, 2017; Vinet et al., 2023).

Test de Apercepción Infantil (CAT-A)

El CAT-A permite analizar las dinámicas emocionales internas del paciente, sus conflictos inconscientes y su forma de percibir las relaciones interpersonales, aspectos directamente vinculados con los factores psicológicos que contribuyen a la ansiedad (Bellak & Sorel, 2011). Asimismo, ofrece información sobre cómo el paciente organiza su realidad interna y enfrenta situaciones emocionalmente complejas, facilitando la comprensión de sus estrategias de afrontamiento, percepciones de sí mismo y de los demás.

En este caso, la aplicación del CAT-A permitió identificar temas que podrían estar asociados a los mecanismos subyacentes de la ansiedad del paciente. Entre ellos, surgieron representaciones vinculadas al cansancio propio y percibido en los padres, particularmente en la figura paterna, lo que podría asociarse a la sensación de una disponibilidad emocional limitada en las figuras de cuidado. También se observaron elementos que podrían relacionarse con la percepción de inestabilidad familiar, dado que las constantes mudanzas por motivos laborales parecen impactar en la vivencia de caos y en la necesidad de adaptación permanente. Asimismo, la presencia de figuras idealizadas y de animales en posición de hipervigilancia podrían estar vinculadas tanto a la ansiedad social como a la experiencia de tener que “*cuidarse solo*” frente a un entorno percibido como poco contenedor.

Estos hallazgos resultan esenciales para comprender los procesos de regulación emocional y afrontamiento del paciente, dado que permiten situar su experiencia ansiosa dentro de un marco relacional y contextual más amplio. Además, el uso de la proyección resultó especialmente importante en este caso, ya que, al tratarse de un paciente con un estilo más evitativo, ciertos contenidos emocionales y relacionales no emergen con facilidad en el discurso verbal directo, siendo más accesibles a través de estas producciones proyectivas.

Test Desiderativo:

El Test Desiderativo se emplea para explorar cómo la persona se representa a sí misma y a su entorno, a partir de elecciones y rechazos proyectivos que permiten acceder a aspectos profundos de su identidad, autoestima y modo de vincularse. Este instrumento entrega información relevante sobre los recursos personales, las áreas de conflicto y la forma en que el evaluado enfrenta sus tensiones internas y las demandas del medio (Maladesky & Vecchia, 2017).

En este caso, en las producciones proyectivas del paciente aparecen temáticas vinculadas a la ansiedad social y al temor de ser percibido de manera negativa o amenazante, lo que se podría articular con un estilo evitativo en sus relaciones interpersonales. Asimismo, se alude a elementos que se presentan como “poco cuidados” por los demás, lo cual podría estar asociado a la manera en que el paciente experimenta la valoración y el cuidado dentro de su propio entorno.

Cabe destacar que, se reflejan también recursos adaptativos del paciente, como la necesidad de pertenecer a vínculos significativos, el deseo de aportar y generar un impacto positivo en otros, así como una marcada conciencia sobre la responsabilidad y el cuidado hacia el entorno. Estos elementos reflejan empatía y compromiso con el bienestar de los demás.

En conjunto, estas producciones proyectivas permiten comprender con mayor profundidad las dinámicas internas del paciente, especialmente la tensión entre su búsqueda de cercanía y cuidado, y el temor al rechazo o al juicio social. Al mismo tiempo, evidencian recursos que pueden ser potenciados en la intervención, contribuyendo a un abordaje terapéutico que no solo atienda a la sintomatología, sino que también fortalezca sus capacidades de regulación y afrontamiento.

Instrumentos estandarizados

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El BAI es un instrumento estandarizado ampliamente validado que permite evaluar cuantitativamente los niveles de ansiedad de los individuos. En este contexto, este instrumento se utilizó principalmente con el objetivo de establecer una línea base objetiva para medir la intensidad de los síntomas ansiosos. De esta manera, se espera que su aplicación permita, más adelante, monitorear el impacto de la intervención terapéutica en la sintomatología ansiosa del paciente (Vizioli & Pagano, 2022).

El BAI, desarrollado por Beck et al. (1988), consta de 21 ítems seleccionados de un conjunto inicial de 86, los cuales evalúan síntomas de ansiedad organizados en dos dimensiones principales: los síntomas somáticos, que reflejan manifestaciones físicas de la ansiedad, y los síntomas subjetivos, relacionados con experiencias de pánico y angustia. Cada ítem se puntúa en una escala tipo Likert de 0 (ausencia del síntoma) a 3 (síntoma severo), generando una puntuación total que clasifica la severidad de la ansiedad en niveles mínimos, leves, moderados o severos (Vizioli & Pagano, 2022). Desde una perspectiva psicométrica, el BAI ha demostrado una excelente consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .92 (Beck & Steer, 1993). Además, diversos estudios han confirmado la validez estructural del instrumento, destacando, además, su capacidad para discriminar entre los síntomas de ansiedad y aquellos asociados específicamente a la depresión, una característica clave que lo diferencia de otros instrumentos de evaluación (Sanz, 2014; Bardhoshi et al., 2016).

Por último, el BAI es reconocido no solo por su brevedad en la administración, sino también por su utilidad en diversas aplicaciones clínicas. En un contexto global, donde los trastornos de ansiedad son los más prevalentes, el BAI se presenta como una herramienta fundamental para evaluar y seguir la evolución de los pacientes, ya que su capacidad para proporcionar información específica y diferenciada sobre la ansiedad contribuye positivamente a una intervención terapéutica más precisa y efectiva (Piotrowski, 2018; Bardhoshi et al., 2016).

Grabaciones de las sesiones

Las grabaciones en video constituyen un recurso complementario en el ámbito clínico, ya que permiten registrar el desarrollo de las sesiones, facilitando su revisión posterior para observar detalles que podrían pasar desapercibidos durante la interacción en tiempo real (King y Boswell, 2021). De esta

forma, este instrumento posibilita captar aspectos tanto verbales como no verbales de los consultantes, enriqueciendo así el proceso de evaluación y diagnóstico psicológico.

En este caso, se utilizaron grabaciones de las sesiones realizadas con la madre y con el paciente como parte del proceso diagnóstico, con el objetivo de identificar y analizar elementos relevantes que aportaran a la comprensión de los niveles de ansiedad del preadolescente. Este recurso permitió observar con mayor precisión manifestaciones de ansiedad, patrones afectivos y cognitivos expresados por el paciente. Además, las grabaciones facilitaron la detección de expresiones emocionales, conductas no verbales y patrones comunicativos que contribuyen a describir los factores individuales implicados en la configuración de la ansiedad, en coherencia con los objetivos específicos de este proceso diagnóstico.

Asimismo, las grabaciones fueron revisadas en instancias de supervisión clínica, lo que permitió profundizar en el análisis del material, integrar nuevas perspectivas interpretativas y favorecer una comprensión más amplia y ética del proceso evaluativo.

2.3 Análisis de los resultados del diagnóstico

El análisis clínico del caso se realizó desde una perspectiva multinivel, integrando variables psicológicas, familiares, sociales y culturales que influyen en la manifestación de la sintomatología ansiosa del paciente. Esta aproximación permite una comprensión más profunda de los factores que contribuyen a la expresión de los síntomas y su relación con el contexto ambiental del paciente. A continuación, se presenta el análisis de los resultados de acuerdo con los resultados y el cumplimiento de los objetivos diagnósticos, la integración multinivel de la información y la discusión de esta a la luz de lo señalado anteriormente como marco teórico y empírico.

Resultados y Evaluación del Cumplimiento de los Objetivos Diagnósticos

A continuación, se detallan los avances en relación al cumplimiento de los objetivos específicos del diagnóstico para, posteriormente, articular el análisis desde una mirada multinivel.

1.- Identificar los niveles iniciales de ansiedad del preadolescente con trastorno internalizante.

El análisis clínico y la observación sugieren que el paciente presenta un nivel de ansiedad severa, evaluado mediante el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Los resultados evidenciaron la presencia de preocupaciones recurrentes relacionadas con la incertidumbre hacia el futuro, la salud y el miedo a la muerte, así como una marcada incapacidad para relajarse. A nivel fisiológico, el paciente manifestó síntomas como temblores, dolores en el pecho y tensión muscular. Estos hallazgos no solo permitieron determinar la gravedad de la ansiedad, sino que también establecieron una línea base inicial de la sintomatología previa a la intervención. Esta línea base es importante para monitorear el progreso a lo largo del proceso de intervención, permitiendo evaluar la efectividad de las estrategias implementadas y, posteriormente, los cambios en la sintomatología del paciente.

2.- Describir los patrones psicológicos afectivos que contribuyen a los niveles de ansiedad.

El análisis de los patrones psicológicos afectivos reveló que la inhibición emocional y la evitación afectiva son factores predominantes en la ansiedad del paciente. Presenta un funcionamiento internalizante caracterizado por la represión emocional, lo que le dificulta procesar, manejar y expresar adecuadamente sus emociones. Si bien la ansiedad y el temor son las emociones predominantes, la tendencia a evitar su expresión genera un ciclo de malestar interno, ya que el paciente recurre a conductas como el aislamiento social para intentar disminuir su malestar. Estas estrategias, aunque entregan un alivio momentáneo, refuerzan la sintomatología ansiosa a largo plazo. A nivel físico, este patrón se acompaña de manifestaciones somáticas (como tensión muscular y sensación de opresión torácica) que intensifican la vivencia ansiosa, dificultando la distinción entre malestar emocional y corporal.

Desde una mirada clínica, estos patrones podrían relacionarse con una historia relacional que el paciente percibe con escasa receptividad y sensibilidad hacia sus necesidades emocionales. En este contexto, la evitación se configura como el principal mecanismo de regulación. En otras palabras, al percibir e internalizar que la expresión de sus emociones no encuentra una respuesta disponible, el paciente opta por reprimirlas para preservar una aparente estabilidad, aunque con un alto costo interno. Esta forma de regulación, centrada en “callar” sus propias necesidades, contribuye al mantenimiento de la ansiedad y limita la posibilidad de apoyarse en otros en momentos de malestar.

3.- Describir los patrones psicológicos cognitivos que contribuyen a los niveles de ansiedad.

El análisis de los patrones cognitivos reveló la presencia de distorsiones y pensamientos rumiativos que contribuyen al mantenimiento de la ansiedad del paciente. Se observa una tendencia a magnificar los peligros potenciales y anticipar escenarios negativos, lo que incrementa su sensación de vulnerabilidad y lo mantiene en un estado de alerta constante. Este sesgo se vincula con la ansiedad social, desde la cual emergen creencias desadaptativas relacionadas con el temor a ser evaluado negativamente, rechazado o percibido como “inadecuado”, favoreciendo un estilo evitativo en sus interacciones.

Asimismo, la narrativa interna del paciente, aunque no siempre plenamente consciente, parece estar influida por la creencia de que debe poder solo, callar sus necesidades emocionales y evitar mostrar vulnerabilidad frente a los demás. Este esquema cognitivo refuerza la inhibición emocional y alimenta la rumiación, limitando la posibilidad de solicitar y recibir apoyo externo. En conjunto, estos patrones cognitivos tienden a intensificar la experiencia ansiosa y restringir el acceso a estrategias de afrontamiento más adaptativas, manteniendo un círculo vicioso entre ansiedad, evitación y aislamiento.

4.- Describir las dinámicas familiares que, a nivel contextual, podrían influir en los niveles de ansiedad del preadolescente.

El análisis de las dinámicas familiares permitió identificar aspectos vinculados con la disponibilidad emocional percibida de los cuidadores. Se observa que, en el contexto actual, las demandas laborales y responsabilidades personales de los padres podrían dificultar la conexión con las necesidades internas del paciente, reduciendo las oportunidades de contención y coregulación emocional. Esta menor disponibilidad no implica falta de afecto, sino más bien una dificultad circunstancial para reconocer y responder de manera sensible a las emociones del hijo, así como para comprender que detrás de ciertas conductas pueden existir necesidades afectivas o malestares no verbalizados.

En este marco, el paciente se desarrolla en un entorno donde las demandas conductuales y las expectativas de desempeño parecieran adquirir mayor relevancia que la exploración emocional. Por ello, resulta relevante abordar la intervención desde un enfoque multinivel que considere la importancia de fortalecer la mentalización parental, promover la escucha activa y favorecer la creación de espacios seguros donde el paciente pueda expresar y procesar sus emociones, contribuyendo así a un desarrollo más adaptativo y a un mejor manejo de la ansiedad.

5.- Describir las interacciones sociales que, a nivel contextual, podrían influir en los niveles de ansiedad del preadolescente.

El análisis de las interacciones sociales permitió identificar que el paciente ha enfrentado desafíos significativos en el entorno escolar, especialmente relacionados con experiencias de acoso y adaptación tras el proceso migratorio. Estas vivencias adversas se enmarcan, además, en un contexto vincular en el que las necesidades emocionales del paciente podrían no haber contado siempre con una contención suficiente, lo que habría limitado su capacidad de procesar y elaborar dichas experiencias de manera segura. Como consecuencia, se observa un aumento del temor a la interacción social, que favorece el aislamiento y restringe las oportunidades de apoyo entre pares.

La inseguridad al establecer nuevas relaciones intensifica la percepción de vulnerabilidad y contribuye al mantenimiento de la ansiedad. En este sentido, la intervención narrativa podría facilitar la reconstrucción de significados en torno a sus experiencias sociales, ofreciendo nuevas perspectivas

sobre su entorno y fortaleciendo la capacidad del paciente para establecer vínculos más seguros y adaptativos, promoviendo una regulación emocional y social más efectiva.

Integración Multinivel de los Resultados y Discusión

Finalmente, al integrar los resultados obtenidos en los niveles individual, relacional y sociocultural, se observa cómo las diversas variables interactúan y refuerzan la sintomatología ansiosa del paciente. Esta visión integral permite una comprensión más profunda y contextualizada de los factores que contribuyen a la ansiedad, y se vincula estrechamente con la literatura y los antecedentes teóricos y empíricos revisados previamente. A continuación, se procederá a discutir los resultados a la luz de lo encontrado en cada nivel.

Nivel individual.

A partir de las entrevistas y las pruebas proyectivas realizadas durante el proceso psicodiagnóstico, se identificaron experiencias significativas de adversidad en la historia de vida del paciente, como el acoso escolar, los múltiples cambios de escuela y un reciente proceso migratorio. Estos eventos han impactado profundamente su percepción del mundo, promoviendo una visión marcada por la inestabilidad y el peligro. En consecuencia, el paciente tiende a evaluar de manera rápida y automática diversas situaciones como amenazas potenciales, lo que forma parte de un funcionamiento ansioso característico (Cuttler et al., 2022; Langveldt, 2023). Desde el modelo cognitivo de Beck (2011), este patrón puede entenderse como resultado de esquemas disfuncionales que distorsionan la interpretación de los estímulos externos y refuerzan un ciclo de preocupación, evitación y ansiedad.

Un ejemplo concreto de cómo estas experiencias adversas influyen en la sintomatología del paciente se evidencia en una sesión con la madre, en la que se aborda una situación relacionada con un corte de pelo realizado al paciente. La madre relata que el paciente se mostró visiblemente enojado tras visitar al peluquero y rechazó cualquier comentario positivo sobre su corte, indicando:

Madre: "La cuestión es que viene enojado del peluquero. No me dijo ni hola, ni a mí, ni al padre. (...) Y en un momento le digo, te queda hermoso el corte. Estaba comiendo y estaba así, con la cabeza para abajo. Estaba enojado. Dice, no, no, no me gusta el corte de pelo, no me gusta, no me gusta. Y yo lo abracé, le dije, hijo, te queda hermoso, te queda hermoso. Vino la hermana lo abrazó y le dijo que quedaba hermoso. El padre le dijo, hijo, te queda espectacular ese corte. Y él dice no, pero yo no quería esto, yo no quería esto. (...) Hay un tema ahí que, hablábamos con el papá... se le burla en el colegio. Siento como que a él le quedó eso... ¿viste? (...) Me pidió gorro para ir al colegio, fuimos a la cancha el sábado, me pidió gorro, gorro de invierno, ¿viste esos gorritos? No, y con el calor que hacía... pero él no quería ir así. O sea, ya quedó marcado en su psiquis, ¿me entendés? Ese bullying, entonces a él le da vergüenza."

Finalmente, al considerar la etapa evolutiva de la preadolescencia, resulta comprensible que la exposición a experiencias de cambio y rechazo tenga un impacto particularmente sensible. Este período se caracteriza por una búsqueda activa de identidad y aceptación social, así como por una alta vulnerabilidad emocional frente a las evaluaciones externas. En este contexto, los conflictos interpersonales y la falta de contención emocional pueden profundizar los sentimientos de inseguridad, aumentando el riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad (Gilmore & Meersand, 2014).

El análisis también reveló una tendencia predominante del paciente a gestionar sus emociones de manera internalizante, reprimiendo lo que siente en lugar de expresarlo. Este patrón se refleja en comportamientos como el aislamiento social, la evitación de conflictos y la acumulación de tensión emocional, lo que intensifica su malestar. Aunque su conducta hacia el exterior puede parecer

“controlada”, en el entorno familiar se observan episodios de irritabilidad y distancia emocional, lo que coincide con la evidencia que indica que los niños con síndromes internalizantes pueden manifestar dificultades conductuales en contextos percibidos como seguros (Liu, 2004). En palabras de la madre:

Madre: "Y sumale, que se enoja conmigo, se enoja con el padre, se enoja con la hermana, tiene su enojo acá en la casa, porque afuera no dice nada..."

Este extracto ilustra cómo el paciente canaliza su malestar emocional principalmente en el hogar, donde se siente con mayor libertad para expresarlo, aunque de manera indirecta a través del enojo o la distancia afectiva. Este comportamiento refleja cómo la acumulación de emociones no expresadas contribuye a una mayor tensión interna y relacional, lo que refuerza la dificultad del paciente para regular sus emociones de manera adaptativa.

Asimismo, fue posible identificar dificultades en el desarrollo de habilidades de regulación emocional efectivas, manifestadas a través de una marcada inhibición del afecto. En lugar de procesar y manejar sus emociones, el paciente tiende a reprimirlas, utilizando estrategias de evitación que, aunque inicialmente alivian la intensidad emocional, a largo plazo contribuyen al incremento de la ansiedad. Según los modelos de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984), estas estrategias evitativas perpetúan el malestar al impedir la elaboración de las causas subyacentes. En este sentido, cuando se le preguntó al paciente qué hacía cuando se sentía triste, respondió:

Paciente: "Yo solamente hago una cosa. Quedarme solo hasta que se me pase. Yo no hago nada cuando estoy triste. Puede que me acueste, pero nunca duermo. Lo que más me satisface es quedarme solo. No quiero que nadie me hable."

Este testimonio refuerza la tendencia del paciente a enfrentar su malestar mediante el aislamiento, evitando la expresión o la búsqueda de apoyo. Así, su ansiedad se ve sostenida tanto por factores externos como por una vulnerabilidad interna asociada a la dificultad para procesar y regular sus emociones, aspecto que constituye un eje central para la intervención terapéutica.

Nivel relacional.

Al ampliar la mirada hacia el entorno familiar, se observa que las dinámicas relacionales también influyen en la manifestación y persistencia de la sintomatología ansiosa del paciente.

Si bien el paciente refiere mantener una buena relación con sus padres, el análisis de las pruebas proyectivas y las entrevistas clínicas permitió identificar una percepción de contención emocional limitada. A través de sus respuestas y narrativas, se evidencia una tendencia a inhibir la expresión emocional y a evitar compartir sus inquietudes con los cuidadores, lo que restringe la posibilidad de buscar apoyo o contención en momentos de malestar.

En esta línea, resulta ilustrativo el extracto previamente citado, que muestra cómo ambos padres actúan frente al malestar emocional del paciente. Tras la expresión de enojo e incomodidad, los padres respondieron con múltiples intentos de animarlo. Si bien estas respuestas reflejan afecto y preocupación, también revelan una posible dificultad para validar la emoción subyacente y ofrecer un espacio de escucha genuina. Este patrón vincular puede contribuir a que el paciente aprenda a inhibir sus emociones o a sentir que su malestar no tiene un lugar legítimo dentro de la relación.

Complementando esta mirada, en el caso del paciente se observa un patrón relacional evitativo, en el cual las necesidades emocionales no encuentran una respuesta contingente, favoreciendo estilos defensivos de interacción (Crittenden, 1995). En estos casos, suele intentarse

mantener la distancia para disminuir la probabilidad e intensidad de la experiencia de pérdida o rechazo. Este estilo genera un patrón regulador centrado en la supresión de las propias emociones y necesidades emocionales/fisiológicas, un sentido de sí mismo marcado por la autocrítica y la atribución interna, mecanismos de distracción acompañados de rumiación, y un temor general a la intimidad afectiva (Crittenden, 1995; Silva, 2023).

A esto se suma la dificultad de los padres para ejercer funciones de mentalización, es decir, para reconocer y dar sentido a los estados emocionales del paciente. La ausencia de una respuesta sensible y reflexiva limita las oportunidades del niño de conectar y simbolizar sus propias experiencias emocionales, dificultando así el desarrollo de un repertorio regulador más adaptativo (Fonagy et al., 2002). En este contexto, cuando se le preguntó al paciente si compartía sus emociones con sus padres, él respondió:

Paciente: *“No, nunca he conversado con ellos cuando me pasó (...) No es que no crea, es que no lo hago... (...) Porque yo quiero guardar mis cosas, no quiero que se hagan cosas. Sé que es bueno hablar con los papás y todo... pero me da cosa hablar a mí. Yo no quiero contar lo que me pasó. (...) Nunca hablo con nadie.”*

Por otro lado, en el plano relacional, las experiencias de acoso escolar vividas por el paciente constituyen un factor relevante en la comprensión de su ansiedad. Estas situaciones, relacionadas con aspectos personales como su apariencia física y la ocupación de su padre, lo han expuesto a un entorno social hostil, aumentando su vulnerabilidad al desarrollo de síntomas internalizantes (Bryson et al., 2020). En este contexto, el paciente manifiesta un marcado temor al rechazo y una tendencia a evitar las interacciones sociales percibidas como amenazantes. Durante las entrevistas, relató:

Paciente: *“¿Jugar? Jugar... Yo me quedo quieta normalmente en los recreos. Siempre ando con dolores de rodillas y esas cosas. No sé por qué. ¿Y qué hacen tus compañeros? Ellos, la mayoría de las veces, se van a... se van a... jugar. (...) Nunca les cuento a mis amigos.”*

Este relato evidencia un aislamiento social sostenido, donde la evitación de la interacción funciona como estrategia de autoprotección frente al temor a ser juzgado o rechazado. Sin embargo, esta dinámica reduce sus oportunidades de desarrollar vínculos significativos, reforzando el malestar emocional y limitando sus recursos de afrontamiento (Hostinar & Cicchetti, 2020).

El entorno escolar, que debería representar un espacio de seguridad y socialización, se ha transformado en una fuente significativa de estrés y ansiedad. Como señalan Langveldt (2023) y Moscovitch et al. (2013), las experiencias de acoso y exclusión durante la infancia pueden afectar la narrativa personal y consolidar creencias desadaptativas sobre el propio valor y la relación con los otros. En este sentido, se vuelve esencial promover espacios terapéuticos que favorezcan la resignificación de estas experiencias y el fortalecimiento de habilidades socioemocionales, de modo que el paciente pueda restablecer un sentido de pertenencia y seguridad en sus vínculos.

Nivel sociocultural.

Además de los factores individuales y relacionales descritos, resulta imprescindible considerar el contexto sociocultural en el que se desarrolla el paciente. En este caso, uno de los factores más relevantes corresponde al estrés derivado de la migración. La adaptación a una nueva cultura y entorno social supuso para el paciente un aumento significativo en sus niveles de ansiedad. Tal como señalan Berry (1997) y Bekteshi (2024), este tipo de estrés aculturativo emerge cuando el individuo debe integrar nuevas normas y valores culturales, enfrentándose a la pérdida de sus referentes familiares y de su red de apoyo social. En palabras del paciente:

Paciente: *“Se me hizo difícil y me costó mucho hacer amigos (...). Ese año fue pésimo para mí, extrañaba a mi familia (...). Lo pasé muy mal, necesitaba a alguien para pasar el tiempo.”*

Este testimonio refleja tanto el impacto emocional del cambio como la sensación de soledad y aislamiento que acompañó su proceso migratorio. Diversos estudios han señalado que la falta de redes de apoyo locales incrementa la vulnerabilidad psicológica y exacerba la sintomatología ansiosa en contextos migratorios (Bekteshi & Bellamy, 2024; Collazos et al., 2008).

A su vez, los constantes cambios de entorno (como las mudanzas de escuela y ciudad) han intensificado su sensación de inseguridad. Esto puede comprenderse desde la teoría del apego de Bowlby (1969), quien plantea que los niños que experimentan rupturas reiteradas en sus vínculos o contextos de apego tienden a desarrollar mayores dificultades emocionales. En este sentido, la pérdida de figuras y entornos familiares ha generado en el paciente una sensación persistente de desprotección y discontinuidad, reforzando la ansiedad y la necesidad de control frente a lo incierto.

Finalmente, estas experiencias se enmarcan en el contexto global de la crisis sanitaria por Covid-19, la cual tuvo un impacto transversal en el bienestar emocional infantil. Estudios recientes (Doering et al., 2022) han evidenciado un aumento sostenido en la prevalencia de trastornos internalizantes en niños y adolescentes durante este período. En el caso del paciente, el confinamiento prolongado, la interrupción de la escolaridad presencial y la incertidumbre social acentuaron la sensación de soledad y desamparo ya presente por la migración.

Así, los factores socioculturales no solo contextualizan la experiencia ansiosa del paciente, sino que también la amplifican, al entrelazarse con los elementos individuales y relacionales previamente descritos. Este nivel de análisis permite comprender cómo las condiciones culturales, históricas y comunitarias actúan como marcos de sentido que configuran la forma en que el paciente vive, interpreta y afronta su malestar emocional

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

3.1 Relevancia de la intervención

Como se ha señalado a lo largo de este estudio, los trastornos internalizantes, entre ellos, los trastornos de ansiedad, se caracterizan por la presencia de malestar emocional dirigido hacia el mundo interno del individuo, lo que refleja una gestión emocional ineficaz. En estos casos, los altos niveles de afectividad negativa tienden a ser autoconducidos, dificultando la regulación emocional y perpetuando la sintomatología (Hostinar & Cicchetti, 2020).

En el caso específico del paciente preadolescente en estudio, se evidenció una tendencia a la inhibición emocional, el aislamiento social y la presencia de distorsiones cognitivas que refuerzan la percepción de amenaza y vulnerabilidad. Además, la estructura familiar disfuncional y el proceso migratorio reciente han actuado como factores de mantenimiento de la ansiedad, consolidando patrones afectivos y cognitivos desadaptativos.

Estos elementos subrayan la importancia de una intervención que no solo aborde los síntomas ansiosos, sino que también promueva una comprensión más profunda y flexible de la experiencia emocional del paciente, facilitando la externalización del problema y la reconstrucción de su narrativa personal. Esto permite resignificar las dificultades, fortalecer la identidad y potenciar los recursos personales para interpretar y responder de forma adaptativa a los estímulos internos y externos. Por ello, la Terapia Narrativa se considera una intervención pertinente para este caso.

Relevancia teórica de la intervención

Desde una perspectiva teórica, la Terapia Narrativa es de gran utilidad dado su énfasis en la externalización del problema y en la reconstrucción de la narrativa personal del paciente. Este enfoque sostiene que los problemas, como la ansiedad, se desarrollan y mantienen a través de narrativas dominantes que construyen una identidad limitada y disfuncional. Por lo tanto, el trabajo terapéutico se centra en separar al individuo del problema y en facilitar la creación de historias alternativas que potencien la agencia y el sentido de identidad. En la terapia narrativa se emplean recursos específicos tales como la externalización del problema, la identificación de acontecimientos excepcionales y el uso de preguntas del panorama de la acción y de la identidad (Jiménez, 2019).

Además, este enfoque reconoce que las narrativas personales se forman en un contexto social y relacional, donde la familia y las experiencias tempranas tienen una influencia significativa. De este modo, las dificultades emocionales y cognitivas, como las distorsiones y percepciones de amenaza que perpetúan la ansiedad, pueden ser resignificadas mediante el diálogo terapéutico y la co-construcción de nuevas narrativas que fomenten el empoderamiento y la conexión social. Según Ihl y Díaz (2021), este modelo permite que las personas generen un proceso integral para resignificar lo que han padecido, facilitando así la superación de experiencias traumáticas.

Por tanto, la sintomatología internalizante, caracterizada por la desregulación emocional y el malestar interno autodirigido, puede abordarse desde la Terapia Narrativa al permitir que el paciente externalice sus emociones y experiencias, facilitando una mayor comprensión y regulación afectiva. Esta externalización ayuda a reducir la identificación con los síntomas y fomenta una perspectiva más flexible y adaptativa frente a los estímulos internos y externos.

Además, la Terapia Narrativa toma en cuenta la influencia de las dinámicas familiares disfuncionales y los contextos sociales, que contribuyen al mantenimiento de patrones emocionales y

cognitivos desadaptativos. El proceso narrativo en terapia facilita la exploración de estas relaciones y contextos, integrando emociones y experiencias para favorecer la reconstrucción de significados y fortalecer el sentido de agencia del paciente.

Finalmente, la relevancia teórica de la Terapia Narrativa radica en su capacidad para abordar los procesos emocionales y relacionales subyacentes a la ansiedad, enfocándose no solo en la reducción de síntomas, sino también en el fortalecimiento de la identidad y la promoción de formas más adaptativas de comprender y gestionar la experiencia emocional. Este enfoque amplía las posibilidades de intervención en trastornos internalizantes, ofreciendo una vía para intervenciones más integrales y centradas en el sentido personal del paciente, en coherencia con un enfoque transdiagnóstico que busca abordar los procesos comunes subyacentes a diversas manifestaciones psicopatológicas.

Relevancia Metodológica

La presente intervención se basa principalmente en el modelo de Terapia Narrativa, que aporta un enfoque centrado en la externalización del problema y la reconstrucción de narrativas personales como estrategias fundamentales para el abordaje de la sintomatología internalizante. Sin embargo, esta intervención incorpora una innovación metodológica relevante al integrar elementos de la Terapia Basada en la Mentalización (TBM), con el propósito de fortalecer la capacidad del paciente para comprender y regular sus estados mentales propios y ajenos, potenciando así su gestión emocional.

Esta integración responde a la necesidad de complementar la reconstrucción narrativa con un trabajo más profundo sobre los procesos de mentalización, especialmente en este caso donde la regulación emocional presenta dificultades asociadas a la inhibición afectiva y la evitación. Asimismo, se contempla el trabajo conjunto con los padres o cuidadores, con el objetivo de promover una mayor sensibilidad parental y favorecer su funcionamiento reflexivo, entendiendo que una parentalidad mentalizadora contribuye a generar entornos más seguros y contenedores, facilitando así la regulación emocional y el fortalecimiento de los vínculos familiares.

Por otra parte, se considera la terapia de regulación emocional como un marco teórico que orienta la comprensión del estilo socioemocional del paciente y las estrategias adaptativas necesarias para su manejo emocional. Esta decisión metodológica permite mantener el foco en la Terapia Narrativa, enriquecida con la mentalización y el trabajo parental, pero sin dispersar la intervención hacia múltiples técnicas, garantizando coherencia y profundidad en el abordaje clínico.

En síntesis, la relevancia metodológica radica en la adaptación innovadora del modelo narrativo tradicional, incorporando la mentalización como un componente central que potencia la efectividad terapéutica, y en el uso conceptual del modelo de regulación emocional para fundamentar la comprensión socioemocional del paciente. Además, se destaca la inclusión del trabajo parental orientado a fortalecer la sensibilidad y el funcionamiento reflexivo, favoreciendo así un entorno emocionalmente más disponible y receptivo para el paciente, lo que contribuye al sostenimiento y eficacia del proceso terapéutico.

Relevancia Social

Abordar la ansiedad en la infancia y adolescencia es una necesidad urgente desde una perspectiva social, dado el impacto significativo que estos trastornos tienen en el bienestar de la población. En Chile, se ha observado un aumento en la prevalencia de los trastornos internalizantes, desde la infancia hasta la adolescencia (Bravo et al., 2024; Martínez & Yeomans, 2024). Por tanto, este

fenómeno no solo representa una problemática individual, sino también un desafío colectivo con implicancias directas en la salud mental de la población infanto juvenil.

Un aspecto central de esta problemática es la cultura internalizante prevalente en el país, caracterizada por prácticas de crianza y educación que enseñan a los niños a internalizar el estrés y las emociones negativas, afectando su capacidad para expresarlas de manera saludable. Además, a largo plazo, se genera inseguridad emocional, dificultades en las relaciones interpersonales y una mayor incidencia de problemas de salud mental (Lecannelier, 2023).

En este sentido, la intervención en ansiedad desde enfoques que favorecen capacidades como la mentalización, cobran especial relevancia, ya que no solo busca aliviar los síntomas individuales, sino que también se propone un cambio en la manera en que comprendemos y abordamos las emociones en la infancia y adolescencia. A diferencia de modelos que promueven únicamente la regulación emocional "evitando" el malestar, este enfoque ayuda a los pacientes a validar y dar significado a sus experiencias internas, promoviendo el desarrollo de una identidad emocional más saludable y resiliente. De hecho, las dificultades en la mentalización a menudo implican un desequilibrio en las dimensiones de la percepción emocional, donde un enfoque excesivamente automático puede llevar a conclusiones rápidas y estereotipadas, mientras que un enfoque demasiado controlado puede resultar en una desconexión de las emociones (Demiralay, 2025).

Por tanto, la importancia de abordar la ansiedad en preadolescentes no se limita al ámbito clínico, sino que también implica una reflexión sobre las prácticas de crianza y educación que perpetúan la internalización emocional. Incorporar enfoques terapéuticos que validen y promuevan la expresión emocional podría representar un avance significativo en la forma en que entendemos y manejamos la salud mental infantil en Chile, abriendo espacio para nuevas estrategias de acompañamiento y prevención en ámbitos familiares, escolares y sociales.

Relevancia Práctica

Desde una perspectiva práctica, la intervención basada en Terapia Narrativa se proyecta como una herramienta eficaz para reducir la sintomatología ansiosa en niños y adolescentes. Uno de los resultados más inmediatos y observables de este enfoque sería la disminución de conductas evitativas, la reducción de pensamientos rumiativos y una mayor capacidad para enfrentar situaciones cotidianas que antes generaban altos niveles de malestar, cambios que impactan positivamente en el bienestar emocional y favorecen una mejor adaptación en contextos escolares, familiares y sociales.

Además, otro de los beneficios concretos de esta intervención es la mejora de las habilidades relacionales del paciente. Al externalizar el problema y trabajar en la resignificación de experiencias, se facilita que los pacientes puedan posicionarse de manera distinta frente a sus dificultades y establecer relaciones más saludables con su entorno. Esto permite reducir el aislamiento social, favorecer una comunicación más abierta y fortalecer los vínculos significativos, promoviendo interacciones más respetuosas y colaborativas.

De manera complementaria, se incorporan elementos de la Terapia Basada en la Mentalización (TBM) para fortalecer la capacidad del paciente de reconocer y comprender sus propios estados internos y los de su entorno familiar. Este trabajo permite que tanto el niño como su familia desarrollen mayores recursos para afrontar situaciones de crisis o desregulación emocional, generando así una red de apoyo más sintonizada y funcional. De todas formas, se espera que esta combinación de enfoques contribuya no solo a disminuir la sintomatología ansiosa, sino también a promover un desarrollo emocional más equilibrado y relaciones interpersonales más saludables, con efectos sostenidos en el tiempo.

3.2 Objetivos de la Intervención

Objetivo General de la Intervención

Reducir los niveles de ansiedad en el paciente, mediante una intervención integradora basada en el Modelo de Terapia Narrativa.

Objetivos Específicos de la Intervención

1. Facilitar la externalización de la ansiedad, separando la identidad del paciente de la sintomatología internalizante.
2. Promover la resignificación y reconstrucción de la narrativa personal del paciente, favoreciendo una visión más integrada y positiva de sí mismo.
3. Fomentar la comprensión de los estados emocionales propios, favoreciendo, con ello, la capacidad de mentalización y gestión emocional.
4. Desarrollar habilidades de regulación emocional para que el paciente maneje situaciones de estrés y ansiedad de manera adaptativa.
5. Apoyar a los padres en su capacidad para comprender y responder de forma sensible a las necesidades emocionales del paciente.

3.3 Plan de evaluación de los resultados de la intervención

La evaluación de la intervención se llevó a cabo utilizando indicadores específicos, medios de verificación y criterios de logro que permitieron medir el éxito de la intervención en la reducción de los niveles de ansiedad y en el fortalecimiento de la capacidad de regulación emocional en el paciente.

Resumen de Indicadores por objetivo

1. Facilitar la externalización de la ansiedad, separando la identidad del paciente de la sintomatología internalizante.

Indicador	El paciente identifica situaciones donde la ansiedad se manifiesta y reconoce su influencia en pensamientos, emociones y conductas, diferenciándola de su identidad personal.
Medio de verificación	Registro en sesión mediante ejercicios narrativos guiados que incluyen el uso de metáforas y recursos simbólicos para representar la ansiedad.
Criterio de logro	El paciente describe, con al menos tres ejemplos específicos, la ansiedad como una entidad externa a lo largo de la intervención terapéutica.

2. Promover la resignificación y reconstrucción de la narrativa personal del paciente, favoreciendo una visión más integrada y positiva de sí mismo.

Indicador	El paciente reconstruye su sentido y narrativa personal, incorporando experiencias y atributos asociados a la autoeficacia y la resiliencia.
Medio de verificación	Registro en sesión mediante ejercicios narrativos, como la elaboración de historias alternativas y el reconocimiento de logros personales en situaciones concretas.
Criterio de logro	El paciente produce al menos dos relatos alternativos que incluyen recursos personales y evidencien una percepción más positiva e integrada de sí mismo a lo largo de la intervención psicoterapéutica.

3. Fomentar la comprensión de los estados emocionales propios, favoreciendo, con ello, la capacidad de mentalización y gestión emocional.

Indicador	El paciente identifica y nombra sus propias emociones, reconociendo las necesidades asociadas y comprendiendo sus posibles causas y efectos en sí mismo.
Medio de verificación	Registro en sesión mediante ejercicios de identificación emocional y verbalizaciones espontáneas durante el diálogo terapéutico.
Criterio de logro	El paciente identifica verbalmente al menos tres emociones distintas y logra asociar cada una a una necesidad concreta a lo largo de la intervención psicoterapéutica.

4. Desarrollar habilidades de regulación emocional para que el paciente maneje situaciones de estrés y ansiedad de manera adaptativa.

Indicador	El paciente emplea estrategias adaptativas de regulación emocional en situaciones de ansiedad.
Medio de verificación	Registro en sesión mediante observación clínica y revisión verbal del uso de estrategias de afrontamiento en situaciones concretas.
Criterio de logro	El paciente reporta y demuestra el uso autónomo de al menos dos estrategias de regulación emocional, como el autodiálogo reflexivo, dando ejemplos concretos de situaciones en que las ha aplicado y le han resultado efectivas durante la intervención psicoterapéutica.

5. Apoyar a los padres en su capacidad para comprender y responder de forma sensible a las necesidades emocionales del paciente.

Indicador	Los cuidadores logran reconocer y conectar con la experiencia emocional subyacente del paciente, respondiendo desde una actitud empática y contenedora.
Medio de verificación	Registro en sesión durante entrevistas parentales y revisión de tareas orientadas a la práctica de mentalización y validación emocional.
Criterio de logro	Los cuidadores reportan y ejemplifican al menos dos situaciones concretas en las que lograron escuchar y conectar con la vivencia afectiva subyacente del paciente (más allá de la conducta observable), respondiendo de manera empática y contenedora a lo largo de la intervención psicoterapéutica.

Evaluación del cambio sintomatológico

Para complementar la evaluación cualitativa del proceso terapéutico, se aplicará el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) al inicio y al término de la intervención. Esta medida permitirá establecer una línea base de la sintomatología ansiosa y evaluar su disminución posterior al proceso narrativo. Se considerará un criterio de logro la reducción de al menos un 25% del puntaje total del BAI al finalizar la intervención, lo cual permitirá valorar la efectividad del enfoque narrativo en la reducción de la ansiedad.

3.4 Diseño de la Estrategia de Intervención

A continuación, se detalla de manera general la estructura de la intervención propuesta inicialmente, especificando sus principales componentes, objetivos y temáticas abordadas en cada sesión. Cabe destacar que todas las sesiones fueron llevadas a cabo en formato online.

Estructura General de la Intervención

N° SESIÓN	OBJETIVO ESPECÍFICO DE LA SESIÓN	ACTOR INVOLUCRADO	ESTRATEGIA A UTILIZAR
1	Externalización inicial a través de recursos lúdico-simbólicos (ruleta de preguntas y juegos conversacionales) y preguntas narrativas de apertura, orientadas a favorecer la construcción de la alianza terapéutica y la emergencia de la narrativa inicial del paciente.	Paciente	<ol style="list-style-type: none">1. Externalización inicial a través de recursos lúdico-simbólicos (ruleta de preguntas, juegos conversacionales).2. Preguntas narrativas de apertura para favorecer la construcción de la primera narración del paciente.3. Validación afectiva y escucha activa, orientadas a fortalecer la alianza terapéutica.
2	Facilitar tanto el reconocimiento como la validación emocional de la experiencia interna del paciente.	Paciente	<ol style="list-style-type: none">1. Lectura compartida del cuento psicoeducativo "El pájaro del alma" (Mijal, 1993) como recurso simbólico y narrativo.2. Preguntas reflexivas y diálogo guiado para proyectar y reconocer emociones.3. Externalización de emociones mediante discusión sobre un personaje y metáforas del cuento.
3	Profundizar en la identificación emocional en situaciones cotidianas y explorar el impacto de emociones complejas como la ansiedad.	Paciente	<ol style="list-style-type: none">1. Análisis de escenas seleccionadas de la película Intensamente (2015) como recurso psicoeducativo y audiovisual.2. Preguntas reflexivas y diálogo guiado para reconocimiento y proyección de emociones.3. Ejercicios de externalización de emociones mediante metáforas de personajes.4. Mentalización básica: identificar causas, efectos y necesidades asociadas a las emociones.
4	Identificar la historia dominante que influye en la percepción de sí mismo y su entorno.	Paciente	<ol style="list-style-type: none">1. Línea de vida con hitos significativos como herramienta de mapeo narrativo.2. Diálogo reflexivo guiado con preguntas narrativas abiertas.

			3. Identificación de momentos significativos, pérdidas y logros.
5	Favorecer la construcción de una narrativa positiva en torno a los logros y capacidades personales.	Paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Línea de vida narrativa enfocada en hitos positivos y recursos personales. 2. Reflexión guiada con preguntas narrativas abiertas que favorezcan la resiliencia y la autoeficacia. 3. Resignificación narrativa de eventos adversos.
6	Fortalecer habilidades de regulación emocional ante situaciones de estrés.	Paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Construcción de un recurso simbólico ("el <i>pajarito</i>" <i>previamente trabajado</i>) que representa metafóricamente herramientas emocionales. 2. Ejercicios de regulación emocional concretos y aplicables. 3. Reflexión narrativa.
7	Fortalecer la sensibilidad parental y el funcionamiento mentalizador, promoviendo la capacidad de identificar y responder a las necesidades emocionales del hijo, comprendiendo el origen de conductas difíciles y emociones no expresadas.	Padres	<ol style="list-style-type: none"> 1. Psicoeducación sobre apego y desarrollo socioemocional. 2. Diálogo guiado y reflexión sobre experiencias parentales pasadas y actuales. 3. Metáforas (iceberg de la conducta como ejercicio de identificación de necesidades subyacentes).
8	Sesión conjunta: promover experiencias de sintonía emocional entre niño y cuidadores.	Padres y paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Juego compartido con pausas reflexivas. 2. Preguntas metalizadoras. 3. Diálogo guiado y enfoque narrativo.
9	Promover la mentalización y el reconocimiento de patrones relacionales, ayudando al niño a diferenciar las conductas de otros de su propia valía emocional.	Paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conversación guiada sobre emociones propias y ajenas. 2. Co-regulación y contención emocional del terapeuta. 3. Enfoque narrativo y resignificación de experiencias vinculares.
10	Consolidar las herramientas emocionales y narrativas adquiridas, promoviendo sentido de agencia, autonomía y cierre significativo del proceso terapéutico.	Paciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ritual de cierre (re-authoring narrativo). 2. Entrega de recursos: devolución gráfica y verbal. 3. Consolidación de logros y recursos internos.

Detalle de las sesiones

A continuación, se profundiza en la finalidad y las estrategias utilizadas en cada sesión.

Sesión #1

La primera sesión busca establecer una relación terapéutica basada en la confianza y la aceptación, permitiendo que el paciente se sienta escuchado y validado en su mundo emocional. Se enfatiza la escucha activa, la curiosidad genuina y la validación de la experiencia, promoviendo que su historia comience a ser contada y reconocida como valiosa. Se busca crear un espacio donde el paciente pueda comenzar a narrar su experiencia de manera libre, mientras el terapeuta utiliza preguntas abiertas y reflexivas, previamente formuladas y dirigidas especialmente para apoyar la exploración de emociones y significados. Asimismo, se trabaja la contención emocional a través de la validación afectiva y el uso de recursos lúdicos y creativos (como juegos o ruletas de preguntas) para favorecer la expresión espontánea y reducir la ansiedad inicial.

Además, se considera que el vínculo terapéutico constituye en sí mismo un elemento central del proceso de cambio. Desde los modelos basados en la mentalización, como lo planteado por Dangerfield (2021), la posibilidad de conectar con las propias necesidades emocionales y solicitar ayuda depende, en gran medida, de haber tenido experiencias previas de cuidado “suficientemente buenas”. Cuando estas experiencias han sido limitadas, los vínculos pueden vivirse como amenazantes o distantes, inhibiendo la capacidad de apertura emocional. En este sentido, ofrecer una relación terapéutica segura, consistente y responsiva no solo favorece la alianza, sino que también permite resignificar experiencias relacionales, abriendo espacio a una actitud más confiada hacia los vínculos.

Dado el estilo socioemocional evitativo del paciente, este trabajo relacional adquiere un carácter fundamental, pues facilita que pueda sentirse acompañado en su mundo interno, reconociendo que sus emociones pueden ser sostenidas sin juicio ni abandono.

Técnicas empleadas:

- **Escucha activa, preguntas reflexivas y validación afectiva:** Se utilizan la escucha activa y las preguntas narrativas abiertas previamente formuladas (White & Epston, 1990), que permiten comenzar a explorar la experiencia del paciente desde su propio lenguaje y significado.
- **Recursos lúdicos y creativos para favorecer la apertura:** Se utilizan recursos lúdicos y creativos (ej. juegos breves de preguntas, ruletas emocionales) que funcionan como herramientas de acceso simbólico, coherentes con la literatura en psicoterapia infantil (Landreth, 2012).

Sesión #2

En esta sesión se busca facilitar el reconocimiento emocional del paciente a través de un recurso narrativo que actúe como mediador simbólico y seguro. Se utiliza como estrategia el cuento psicoeducativo El pájaro del alma (Mijal, 1993), el cual, mediante una metáfora, invita al niño a mirar hacia su interior y conectar con su lenguaje emocional. En este contexto, la historia funciona como un relato mediador que permite que el paciente proyecte, reconozca y reorganice su experiencia emocional de manera segura y significativa.

Este cuento refleja que las emociones no siempre responden a la lógica racional, pero constituyen una parte esencial de nuestra experiencia. Desde esta primera aproximación narrativa (y coherente, además, con un trabajo mentalizador), el propósito es que el paciente pueda comenzar a nombrar,

observar y comprender sus emociones, reconociendo que cada una cumple una función y merece ser escuchada.

De acuerdo con Dangerfield (2021), la mentalización implica dos capacidades fundamentales:

- La introspección, es decir, la habilidad de identificar y dar sentido a la propia experiencia emocional.
- La empatía, entendida como la capacidad de imaginar el estado interno del otro, lo que requiere conectar con experiencias emocionales propias.

El trabajo con la metáfora del cuento favorece de manera inicial y ajustada a la edad ambas capacidades, pues permite que el paciente explore su mundo interno a través de una narrativa externa y simbólica, reduciendo la amenaza que implican (particularmente en pacientes con un estilo socioemocional evitativo) la exposición emocional directa o la vulnerabilidad relacional. Esto sienta las bases para procesos de mentalización más complejos en sesiones posteriores.

Técnicas empleadas:

- **Lectura guiada del cuento:** Se realiza la lectura compartida, con pausas estratégicas para comentar y reflexionar sobre las emociones del personaje y las del paciente. La metáfora del “pájaro” actúa como vía de acceso indirecto, facilitando la identificación y externalización de experiencias emocionales difíciles de nombrar directamente.
- **Preguntas narrativas y reflexivas:** Se emplean preguntas abiertas orientadas a explorar el significado (por ejemplo: “¿Qué crees que hace el pájaro cuando...? ¿Cómo te afecta a ti?”), que permiten al paciente proyectarse, reconocer emociones y vincularlas con experiencias personales, favoreciendo la validación y mentalización de su mundo interno.
- **Externalización simbólica de emociones:** Se invita al paciente a describir las emociones del personaje como si fueran externas, lo cual genera una distancia emocional segura y promueve una mayor comprensión de sus propios estados internos, evitando sobrecarga emocional.

Sesión #3

En esta sesión se busca que el paciente comprenda que las emociones no solo emergen en momentos específicos, sino que influyen continuamente en su vida cotidiana. Para ello, se utiliza el análisis de escenas seleccionadas de la película *Intensamente* (2015), recurso audiovisual que permite visualizar de forma clara y accesible cómo las emociones moldean el comportamiento, los pensamientos y las decisiones de su protagonista.

A partir de esta herramienta psicoeducativa, se facilita que el paciente reconozca, nombre y vincule sus propias emociones con vivencias personales, utilizando la metáfora de los personajes emocionales para generar una distancia segura respecto de su mundo interno. Se incorporan preguntas dirigidas a identificar qué emociones suelen aparecer en situaciones significativas para él, qué mensaje traen consigo y cómo influyen en su conducta.

Desde la terapia narrativa y en continuidad con lo trabajado en la sesión anterior, se promoverá la externalización de las emociones (en especial la ansiedad) presentándolas como “*personajes internos*” diferenciados de su identidad. Esto favorece disminuir su carga emocional, facilitar su aceptación y comprenderlas como señales que expresan necesidades específicas. Asimismo, se refuerza la idea de que todas las emociones cumplen funciones adaptativas y contienen información relevante sobre el bienestar del paciente.

Técnicas empleadas:

- **Análisis guiado de escenas:** Se seleccionan fragmentos de la película que ejemplifican emociones complejas como ansiedad y tristeza. El paciente observa y describe las emociones de los personajes, promoviendo la identificación y diferenciación de sus propias experiencias internas.
- **Preguntas narrativas y reflexivas:** Se realizan preguntas abiertas que invitan al paciente a conectar las emociones de los personajes con sus vivencias personales, explorando cómo surgen, qué mensaje transmiten y cómo influyen en su pensamiento y conducta.
- **Externalización de la ansiedad:** La emoción ansiosa se presenta como un personaje externo, lo que permite al paciente tomar distancia emocional, disminuir su carga y comprenderla como un aspecto separado de su identidad.
- **Mentalización básica:** Se guía al paciente a analizar causas, consecuencias y necesidades asociadas a cada emoción, fortaleciendo su capacidad de introspección y su comprensión de estados internos.

Sesión #4

En esta sesión se buscará acceder a la historia dominante que el paciente ha construido sobre sí mismo, sus capacidades y su manera de enfrentar experiencias difíciles. Desde la terapia narrativa, este paso es fundamental antes de iniciar procesos de reconstrucción o resignificación, ya que permite comprender cómo ciertos relatos identitarios se han formado y consolidado a partir de vivencias adversas.

Considerando los antecedentes del paciente (cambios frecuentes, transiciones abruptas, experiencias de pérdida y procesos de adaptación), se anticipa que su narrativa predominante podría estar marcada por la evitación, la sensación de vulnerabilidad y una percepción disminuida de agencia ante situaciones desafiantes. Por ello, esta sesión estará orientada a favorecer la identificación, verbalización y exploración de dicha historia dominante, con el fin de comprender sus orígenes, su estructura y sus efectos en el sentido de sí mismo.

Para ello, se utilizará la técnica de la línea de vida narrativa, que permitirá al paciente organizar experiencias vitales significativas y comenzar a explorar el sentido personal atribuido a cada una. Este ejercicio facilitará que el paciente se conecte con episodios tanto positivos como dolorosos, validando su experiencia emocional y permitiendo observar patrones relacionados con pérdidas, rupturas, momentos de desconexión y estrategias de afrontamiento evitativas. Asimismo, esta herramienta permitirá comenzar a identificar recursos personales que pueden haber estado presentes, pero que han quedado invisibilizados por el peso de la narrativa dominante.

De esta manera, esta sesión estará centrada en nombrar, comprender y legitimar la narrativa actual, sentando las bases para que en sesiones posteriores sea posible avanzar hacia procesos de descentramiento, resignificación y construcción de relatos alternativos más amplios, ajustados y coherentes con la experiencia completa del paciente.

Técnicas empleadas:

- **Línea de vida narrativa:** Se solicita al paciente construir una línea de tiempo de su vida, destacando hitos significativos (eventos positivos, negativos y neutros) para mapear cómo ha interpretado y significado sus experiencias (White & Epston, 1990). Esta técnica permite

externalizar la narrativa dominante y visualizar patrones de pensamiento y sentimiento asociados a distintos eventos.

- **Preguntas narrativas reflexivas:** Se emplean preguntas abiertas para explorar los significados atribuidos a los hitos de su vida, identificar pérdidas, duelos y posibles recursos personales.
- **Mapeo de narrativa dominante:** A partir de la línea de vida y el diálogo, se construye un primer relato dominante, que luego servirá como base para descentrar, resignificar y ampliar la narrativa en sesiones futuras.

Sesión #5

En esta sesión y alineado con la anterior, el foco principal está en la terapia narrativa, donde se trabaja con la idea de que nuestras identidades están construidas a partir de las historias que contamos sobre nosotros mismos y nuestras experiencias.

Se invita al paciente a identificar y ampliar historias alternativas, aquellas que consideran, además, sus fortalezas y sus capacidades de **resiliencia y autoeficacia**. Construir esta narrativa positiva ayuda a fortalecer el sentido de identidad y agencia, permitiéndole reconocerse como un agente activo de cambio en su propia vida.

Desde esta mirada, la técnica de la línea de vida se utiliza para que ahora el paciente pueda mapear hitos significativos, poniendo especial atención a los momentos de superación y logro personales, y resignificando aquellos eventos que a primera vista parecían solo negativos.

Técnicas empleadas:

- **Línea de vida narrativa con reforzamiento positivo:** Se solicita al paciente mapear hitos significativos de su vida, poniendo énfasis en momentos de superación, logros y recursos personales (White & Epston, 1990). Esta técnica permite visualizar su capacidad de resiliencia y confrontar la narrativa dominante de manera más equilibrada.
- **Preguntas narrativas abiertas y reflexión guiada:** Se utilizan preguntas que invitan al paciente a explorar los significados de cada hito positivo y cómo estos pueden resignificar su percepción de sí mismo, fomentando la externalización de experiencias y emociones vinculadas a logros.
- **Resignificación de eventos adversos:** Se trabaja la resignificación de eventos inicialmente percibidos como negativos, identificando aprendizajes y fortalezas adquiridas, promoviendo una narrativa más integrada y positiva sobre su historia personal.

Sesión #6

En esta sesión se trabajará desde el enfoque de la terapia narrativa con el objetivo de que el paciente identifique y construya una historia personal en torno a sus recursos internos para afrontar el estrés y las emociones difíciles. Como recurso simbólico principal, se propone utilizar el “*pajarito*” (*recurso previamente utilizado en la sesión 2*) que representará las herramientas y estrategias emocionales del paciente, permitiéndole externalizar y visualizar de manera creativa sus recursos internos.

Se invitará al paciente a reflexionar sobre cómo ha utilizado previamente estas estrategias, qué nuevas habilidades podría imaginar y cómo podrían ayudarle en su vida cotidiana. Complementariamente, se incorporan técnicas breves de regulación emocional, como la respiración consciente, presentadas como herramientas que forman parte del repertorio de habilidades del “pajarito”. Esta integración busca vincular la narrativa simbólica con estrategias concretas y aplicables en la vida cotidiana.

Además, se desarrollará un diálogo guiado orientado a favorecer la mentalización del paciente respecto a los pensamientos y emociones que surgen en situaciones estresantes. A partir de este trabajo reflexivo, se busca que el paciente identifique cómo estos estados internos afectan su narrativa personal y su manera de enfrentar desafíos, promoviendo una resignificación de su capacidad de afrontamiento y fortaleciendo su sentido de agencia y autoeficacia emocional.

Técnicas empleadas:

- **Metáfora narrativa (“pajarito”):** Permite externalizar y simbolizar los recursos emocionales del paciente (White & Epston, 1990).
- **Ejercicios de regulación emocional:** Respiración consciente y autodiálogo como herramientas prácticas y concretas de afrontamiento frente a momentos de ansiedad y estrés.
- **Diálogo narrativo y reflexión guiada:** Preguntas abiertas que promueven la identificación de emociones, estrategias y patrones de afrontamiento.

Sesión #7

El objetivo de esta sesión es proporcionar psicoeducación a los padres sobre el apego y reflexionar sobre su propio funcionamiento reflexivo, así como cómo se manifiesta en su parentalidad. Como mencionan Midgley et al. (2019), es fundamental el trabajo conjunto con los padres, brindándoles espacio para promover los diversos elementos de la parentalidad reflexiva. En base a lo anterior, se busca trabajar específicamente en fortalecer la sensibilidad parental y la disponibilidad emocional, entendidas como la capacidad de los padres para percibir, interpretar y responder de manera contingente y ajustada a las necesidades emocionales de su hijo.

De todas formas, más allá de un trabajo únicamente psicoeducativo, se busca promover un trabajo reflexivo y mentalizador que permita a los padres comprender que las conductas y emociones de su hijo emergen de necesidades no atendidas y experiencias emocionales previas. Se introduce la metáfora del iceberg, donde la conducta observable es sólo la punta, mientras que debajo se encuentran emociones, necesidades y experiencias que muchas veces no son visibles ni comprendidas.

A través de ejemplos clínicos y ejercicios prácticos, se invita a los padres a identificar situaciones cotidianas en las que podrían haber pasado por alto señales emocionales, reflexionando sobre cómo sus propias experiencias, emociones o estilos de crianza influyen en su respuesta. El diálogo guiado y la conversación reflexiva permiten que los padres reconozcan patrones, fortalezcan su sensibilidad y desarrollen estrategias para responder de manera más mentalizadora y contingente.

La finalidad es que los padres comprendan que, al atender estas necesidades subyacentes y conectar con el mundo emocional de su hijo, no solo disminuyen la ansiedad y malestar del niño, sino que también fortalecen la relación afectiva y el vínculo seguro, generando un contexto en el que el niño pueda construir su narrativa personal de manera más resiliente y autónoma.

Técnicas empleadas:

- **Metáforas:** por ejemplo, la analogía del iceberg para explorar emociones y necesidades subyacentes a la conducta que se manifiesta.
- **Diálogo guiado y preguntas reflexivas:** orientadas a experiencias parentales.
- **Ejercicios prácticos:** identificación de señales emocionales del hijo.
- **Psicoeducación:** sobre apego, regulación emocional y mentalización (Midgley et al., 2019).

Sesión #8

En esta sesión conjunta con padres y paciente, el objetivo es promover experiencias de sintonía emocional entre el niño y sus cuidadores. Tal como se ha señalado, la mentalización en el contexto familiar fortalece los vínculos afectivos, facilitando que tanto el niño como los cuidadores puedan comprender y compartir sus estados emocionales de manera recíproca.

Para facilitar esto, se utilizan dinámicas de juego compartido con pausas reflexivas y preguntas metalizadoras, que permiten verbalizar emociones, pensamientos y deseos propios y ajenos, favoreciendo la empatía y la conexión afectiva. Se busca que los cuidadores reconozcan cómo sus respuestas y estilos parentales impactan la regulación emocional del niño, mientras éste aprende a expresar sus emociones y necesidades de manera segura.

La finalidad es generar un contexto en el que el niño pueda construir su narrativa personal desde la resiliencia y la autonomía, integrando su experiencia emocional con la respuesta sensible de sus cuidadores y promoviendo una relación afectiva positiva y mentalizadora.

Técnicas empleadas:

- **Juego compartido con pausas reflexivas:** facilita la expresión emocional y la sintonía afectiva.
- **Preguntas metalizadoras:** promueven la comprensión de emociones propias y ajenas.
- **Enfoque narrativo:** construcción conjunta de relatos positivos sobre experiencias emocionales compartidas.

Sesión #9

El objetivo de esta sesión es favorecer la mentalización y el reconocimiento de patrones relacionales, ayudando al paciente a comprender cómo sus emociones y comportamientos se vinculan con las conductas y estados internos de las figuras significativas de su vida. Desde el enfoque de la mentalización, la capacidad de reconocer los propios estados mentales y los de los demás permite desarrollar una comprensión más flexible, empática y menos amenazante de las relaciones (Locati et al., 2025).

En esta sesión se busca que el paciente pueda distinguir entre la conducta de los otros y su propia valía emocional, comprendiendo que ciertas actitudes externas pueden reflejar dificultades personales. Este proceso es relevante considerando, además, su estilo socioemocional evitativo, en el cual tiende a retraerse y asumir que debe enfrentar solo sus emociones o necesidades. Diferenciar estos elementos contribuye a reducir sentimientos de culpa, abandono o autosuficiencia defensiva, y posibilita una experiencia relacional más segura.

Además, esta comprensión permite reparar internamente experiencias previas de desconexión emocional, fortalecer la resiliencia y avanzar hacia una narrativa más compleja, integrada y benigna respecto a sus vínculos y a sí mismo.

Técnicas empleadas:

- **Conversación guiada:** Se exploran emociones propias y ajenas, identificando cómo ciertas acciones de los otros influyen en su experiencia emocional, diferenciando entre conducta parental y valoración personal.

- **Contención y co-regulación emocional:** El terapeuta acompaña activamente al paciente en la gestión de emociones intensas, asegurando un espacio seguro para expresar vulnerabilidad sin temor a ser invalidado o abandonar la exploración.
- **Enfoque narrativo:** Se revisan y reestructuran las historias internas sobre las relaciones familiares, promoviendo una comprensión más amplia de las causas subyacentes a las conductas parentales y construyendo un relato más ajustado, empático y menos autculpabilizante. *Por ejemplo, reemplazar narrativas del tipo “No están disponibles para mí porque no soy lo suficientemente bueno” por comprensiones más realistas acerca de las dificultades propias de los adultos y de cómo estas influyen en su capacidad de disponibilidad emocional.*

La finalidad es que el paciente desarrolle mayor claridad sobre sus relaciones, comprenda la complejidad de las emociones y conductas de los padres, y construya un sentido de identidad emocional más seguro y autónomo, fortaleciendo su capacidad de resiliencia y vinculación afectiva saludable.

Sesión #10

En esta sesión final, el objetivo es consolidar las herramientas emocionales y narrativas adquiridas durante la terapia, promoviendo un sentido de agencia y autonomía en el paciente, así como facilitar un proceso de despedida significativo. Según Midgley et al. (2019), preparar adecuadamente al paciente para el cierre es fundamental para asegurar la continuidad de los avances logrados y fortalecer la confianza para enfrentar futuros desafíos emocionales.

Desde un enfoque narrativo, se implementará un trabajo de re-authoring, invitando al paciente a resignificar su historia personal y a reconocer los cambios y recursos internos desarrollados durante el proceso terapéutico. Este espacio permite reforzar la narrativa positiva construida, consolidar una identidad más integrada y resiliente, y promover la percepción de capacidad para afrontar dificultades futuras.

Para apoyar este proceso, se llevará a cabo un ritual de cierre que incluya la entrega de recursos gráficos (como registros de estrategias aprendidas o representaciones simbólicas de sus logros) que funcionen como recordatorios concretos de su progreso. Asimismo, se realizará una devolución verbal y afectiva, destacando los avances alcanzados y reafirmando el sentido de logro y autonomía.

La finalidad es que el paciente finalice el proceso terapéutico con un sentimiento de empoderamiento, integrando su experiencia emocional, reconociendo sus recursos y habilidades, y preparándose para enfrentar situaciones futuras de manera autónoma y resiliente.

Técnicas empleadas:

- **Re-authoring narrativo:** resignificación de la historia personal, reforzando narrativas más ajustadas y positivas.
- **Ritual de cierre:** estructuración simbólica del final del proceso terapéutico, favoreciendo la integración emocional y el sentido de logro.
- **Entrega de recursos gráficos:** recordatorios tangibles de estrategias y avances, que facilitan la generalización de los aprendizajes.
- **Devolución verbal y afectiva:** reconocimiento explícito de los progresos, fortaleciendo la autoestima y la agencia personal.

3.5 Consideraciones Éticas

Es fundamental garantizar en todo momento el cumplimiento de los principios éticos durante la intervención, siguiendo las normas nacionales e internacionales que regulan la práctica psicológica. Esta intervención se desarrolla bajo el marco del Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos de Chile (1999), los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta de la APA (2017), la Ley N° 20.584 sobre Derechos y Deberes de los Pacientes, el reglamento de la Universidad del Desarrollo y las normativas específicas de su Facultad de Psicología.

Además de su valor normativo, estos lineamientos orientan la toma de decisiones clínicas y la relación terapéutica establecida con el paciente, promoviendo el respeto, la protección de su bienestar emocional y el ejercicio responsable de la labor profesional.

Asimismo, se incorporan los principios de ética biomédica propuestos por Beauchamp y Childress (1979), aplicados de manera concreta en esta intervención:

Respeto por la autonomía

Se garantizó que tanto el paciente como su madre comprendieran los objetivos y alcances del proceso. Al inicio, se explicó que la participación era completamente voluntaria y se resolvieron sus dudas respecto a la naturaleza y duración de la intervención.

Durante las sesiones, se mantuvo una actitud de respeto hacia el ritmo y disposición del paciente, consultando si las actividades le resultaban adecuadas o si deseaba continuar con ellas. De esta forma, se promovió su participación activa y se resguardó su sensación de seguridad y colaboración dentro del espacio terapéutico.

No maleficencia

Se evitó cualquier acción que pudiera generar malestar o daño psicológico, priorizando la seguridad emocional del paciente. Para ello, se seleccionaron cuidadosamente las técnicas empleadas, procurando que fueran acordes a su edad, nivel de desarrollo y sensibilidad emocional.

Las actividades (como el uso de material gráfico, ejercicios lúdicos o narrativos) fueron presentadas de forma gradual, evaluando continuamente sus reacciones. Ante signos de cansancio o incomodidad, se realizaron pausas o adaptaciones, manteniendo una actitud empática y flexible que favoreciera su bienestar durante todo el proceso.

Beneficencia

Se promovió activamente el bienestar integral del paciente, brindando un espacio terapéutico seguro, validante y de acompañamiento emocional, orientado al fortalecimiento de sus recursos personales y a la construcción de una narrativa más positiva y esperanzadora de sí mismo.

Justicia

Se aseguró un trato equitativo y respetuoso hacia el paciente y su familia, garantizando la confidencialidad de la información y la igualdad de condiciones en el acceso a la intervención, sin ningún tipo de discriminación.

En este contexto, tanto el paciente como su madre fueron informados de manera clara sobre los objetivos, duración, naturaleza y características de la intervención. Se entregó un consentimiento informado firmado por la madre y un asentimiento informado firmado por el paciente, donde se explicitaron los fines clínicos del proceso, el carácter voluntario de la participación, la confidencialidad de la información y la posibilidad de interrumpir la intervención en cualquier momento, sin consecuencias.

Toda la información recabada durante el proceso fue utilizada exclusivamente con fines clínicos y académicos, bajo estrictas condiciones de anonimato y resguardo de datos, almacenada en entornos de acceso restringido. En el contexto de supervisión o discusión académica dentro del programa de Magíster, se emplearon fragmentos clínicos únicamente con propósitos educativos, eliminando cualquier dato que permitiera identificar al paciente o su familia.

Finalmente, esta intervención se desarrolló conforme a los lineamientos éticos institucionales de la Universidad del Desarrollo y bajo la supervisión del Comité de Ética de la Facultad de Psicología, asegurando el cumplimiento de los estándares profesionales y el respeto irrestricto a la dignidad, derechos y bienestar del niño y su familia.

IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

4.1 Informe de la evaluación de resultados de la intervención

Matriz de Evaluación organizada por sesión

Sesión #1

Objetivo planificado	<i>Externalización inicial a través de recursos lúdico-simbólicos (ruleta de preguntas, juegos conversacionales) y preguntas narrativas de apertura, orientadas a favorecer la construcción de la alianza terapéutica y la emergencia de la primera narración del paciente.</i>
Indicadores previstos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El paciente participa en actividades lúdicas sin presentar rechazo. ❖ Muestra disposición básica al diálogo y al encuadre. ❖ Comparte elementos de su experiencia personal. ❖ Se observa una reducción progresiva de la tensión inicial.
Actividades y técnicas aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Recursos lúdicos conversacionales (ruleta de preguntas, juegos breves). ❖ Conversación guiada abierta. ❖ Validación afectiva y contención emocional. ❖ Preguntas narrativas iniciales para favorecer la emergencia de la primera narración.
Resultados obtenidos (cualitativos)	El paciente se mostró participativo en los recursos lúdicos y logró mantener una conversación guiada en un ambiente seguro. Persistió un marcado estilo evitativo frente a la exploración emocional, manifestado en respuestas racionalizadas y minimizadoras. Aun así, se sentaron las bases de confianza inicial necesarias para avanzar hacia intervenciones más profundas.
Análisis crítico por sesión	<p>Durante esta primera sesión se buscó promover un ambiente cómodo y accesible para el paciente. Si bien establecer este espacio seguro no constituye un objetivo terapéutico clínico en sí mismo, dadas las características personales y el historial de experiencias relacionales inestables del paciente, se consideró fundamental como condición previa para cualquier proceso de cambio emocional significativo.</p> <p>De todas formas, la actitud del paciente se corresponde con el estilo socioemocional evitativo previamente identificado durante el proceso psicodiagnóstico, confirmando la relevancia de consolidar el espacio terapéutico como recurso de intervención.</p>
Ajustes realizados y justificación técnica	En esta sesión no se realizaron ajustes mayores al plan de acción, manteniéndose como foco el propiciar un espacio contenedor, validante y seguro.

Sesión #2

Objetivo planificado	<i>Facilitar tanto el reconocimiento como la validación emocional de la experiencia interna del paciente.</i>
Indicadores	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El paciente muestra disposición a explorar significados asociados a las

previstos	<p>emociones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Diferencia conceptos o matices emocionales cuando se le orienta. ❖ Tolerancia a la aproximación a contenidos emocionales sin evitar el diálogo.
Actividades y técnicas aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Uso del recurso narrativo-simbólico <i>"El pájaro del alma"</i> para favorecer la identificación de "cajoncitos" emocionales. ❖ Preguntas narrativas orientadas al reconocimiento emocional y a la distinción entre emociones y sensaciones corporales. ❖ Validación afectiva y reflejo emocional para reforzar sus experiencias. ❖ Acompañamiento verbal (no invasivo) para sostener la exploración emocional sin generar sobreexposición.
Resultados obtenidos (cualitativos)	<p>El paciente participó con buena disposición y logró identificar varios <i>"cajoncitos"</i>, distinguiendo entre emociones y sensaciones (p. ej., ansiedad vs. <i>"despaciencia"</i>). Sin embargo, mantuvo un estilo más racional que experiencial, describiendo emociones desde lo cognitivo y no desde la vivencia directa.</p>
Análisis crítico por sesión	<p>Si bien el paciente mostró habilidades para identificar emociones de manera conceptual, su tendencia a racionalizar evidencia el patrón de distanciamiento afectivo, ya descrito en el psicodiagnóstico. Este patrón confirma la pertinencia de continuar utilizando estrategias indirectas que no generen resistencia, pero también señala la importancia de acompañar al paciente hacia un mayor contacto experiencial.</p>
Ajustes realizados y justificación técnica	<p>Se mantiene el uso de recursos simbólicos, dado que favorecen una aproximación emocional segura y disminuyen la resistencia propia de su estilo evitativo. Sin embargo, considerando la brecha entre su comprensión cognitiva y su vivencia emocional, se ajusta el foco para promover una conexión más experiencial. Esto implica introducir de forma gradual intervenciones que ayuden a vincular lo que el paciente identifica "desde la cabeza" con lo que experimenta "desde el cuerpo y la sensación".</p>

Sesión #3

Objetivo planificado	<p><i>Profundizar en la identificación emocional en situaciones cotidianas y explorar el impacto de emociones complejas como la ansiedad.</i></p>
Indicadores previstos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identifica emociones en escenas cotidianas. ❖ Diferencia emociones complejas y sus posibles causas. ❖ Muestra mayor apertura a conectar con su propia vivencia emocional.
Actividades y técnicas aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Análisis de escenas emocionales (<i>Intensamente</i>). ❖ Preguntas narrativas y reflexivas. ❖ Externalización de la ansiedad como emoción <i>"que aparece"</i>.
Resultados obtenidos (cualitativos)	<p>El paciente identificó con claridad emociones complejas en las escenas y logró vincularlas con situaciones personales. Aunque persiste un estilo racional, se observó un leve aumento en la conexión con su experiencia emocional. Se reforzó la comprensión de la ansiedad como una emoción separada de su identidad.</p>
Análisis	<p>El paciente avanzó en reconocimiento emocional, pero aún utiliza la racionalización</p>

crítico por sesión	como estrategia de distancia afectiva. Esto confirma la necesidad de sostener intervenciones que faciliten el tránsito desde lo cognitivo hacia lo vivencial, sin generar sobrecarga emocional.
Ajustes realizados y justificación técnica	Se decidió flexibilizar el ritmo de profundización emocional, priorizando inicialmente la conexión con sensaciones, memorias emocionales y experiencias internas. Esto busca evitar que la intervención quede limitada al plano discursivo (o racional) y favorecer una resignificación emocional más profunda y vivencial. Se decide clínicamente integrar este enfoque de manera transversal en las siguientes sesiones.

Sesión #4

Objetivo planificado	<i>Identificar la historia dominante que influye en la percepción de sí mismo y su entorno.</i>
Indicadores previstos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconoce hechos relevantes de su historia personal. ❖ Expresa emociones asociadas a experiencias difíciles. ❖ Muestra disposición a explorar significados vinculados a su historia dominante.
Actividades y técnicas aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Exploración narrativa de experiencias vitales significativas. ❖ Validación emocional y acompañamiento afectivo. ❖ Preguntas para identificar discursos dominantes en la auto-narrativa.
Resultados obtenidos (cualitativos)	El paciente mostró buena disposición para revisar su historia, identificando eventos significativos como migración, cambios escolares y aislamiento social. Logró conectar con la carga emocional asociada a estas experiencias. Se evidenció apertura para comprender cómo estos hechos han influido en su autopercepción.
Análisis crítico por sesión	Dado su estilo socioemocional, fue central disponer de un espacio seguro que permitiera la expresión de experiencias dolorosas sin generar retraimiento, evitando que rápidamente pasara a un discurso racionalizador. Facilitar la conexión directa con la vivencia emocional (<i>antes de cualquier intento de "explicarla racionalmente"</i>) resultó clave. La sesión evidenció que validar estas experiencias era necesario antes de avanzar hacia la reconstrucción narrativa.
Ajustes realizados y justificación técnica	Se mantuvo un ritmo respetuoso orientado a consolidar una base emocional segura, posponiendo intervenciones más activas de re-autorización narrativa. Este ajuste permitió sostener la apertura emocional del paciente y evitar respuestas defensivas.

Sesión #5

Objetivo planificado	<i>Favorecer la construcción de una narrativa positiva en torno a los logros y capacidades personales.</i>
Indicadores previstos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Muestra disposición a explorar aspectos positivos de sí mismo. ❖ Identifica momentos de logro o adaptación en su historia. ❖ Verbaliza al menos dos cualidades o recursos personales.

Actividades y técnicas aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Revisión guiada de hitos personales de logro. ❖ Preguntas narrativas orientadas a su capacidad de autoeficacia y resiliencia. ❖ Validación afectiva y refuerzo positivo.
Resultados obtenidos (cualitativos)	El paciente identificó y verbaliza elementos positivos de su historia, reconociendo momentos en que logró adaptarse y superar dificultades (especialmente en el ámbito escolar, tanto académica como socialmente). Mostró mayor apertura a valorar sus propios recursos y pudo integrar elementos de resiliencia a su relato, evidenciando un avance en el reconocimiento de fortalezas personales.
Análisis crítico por sesión	La sesión permitió avanzar hacia una integración más equilibrada de su narrativa, incorporando aspectos de capacidad, adaptación y resiliencia. Aunque aún persiste cierta distancia emocional, la disposición y habilidad del paciente para identificar fortalezas constituye un indicador positivo.
Ajustes realizados y justificación técnica	No se realizaron ajustes, dado que el paciente respondió adecuadamente a las técnicas planificadas y mostró avances acordes al objetivo propuesto.

Sesión #6

Objetivo planificado	<i>Fortalecer habilidades de regulación emocional ante situaciones de estrés.</i>
Indicadores previstos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El paciente verbaliza experiencias emocionales asociadas al estrés. ❖ Identifica señales físicas vinculadas a ansiedad. ❖ Incorpora estrategias de regulación emocional.
Actividades y técnicas aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Exploración narrativa de experiencias vitales significativas. ❖ Validación emocional y acompañamiento afectivo. ❖ Preguntas para identificar discursos dominantes en la auto-narrativa.
Resultados obtenidos (cualitativos)	El paciente mostró un avance importante en la identificación y regulación de sus emociones. Se abrió emocionalmente al relatar cómo se había sentido al enfrentar situaciones estresantes (como ir al colegio, contexto en el cual se desencadena la ansiedad social) describiendo síntomas físicos asociados (somatización), lo que le permitió explorar la conexión entre su cuerpo y sus emociones y favorecer una mayor comprensión emocional. Por lo mismo, durante la conversación, se reconoció que las emociones funcionan como una puerta para comprender necesidades subyacentes y que atenderlas es fundamental para manejar la experiencia emocional de manera efectiva, sin recurrir a mecanismos de evitación. Asimismo, el paciente evidenció el uso de estrategias de regulación previamente trabajadas, como la respiración consciente, y expresó de manera espontánea la aplicación de la analogía del “pajarito” como recurso simbólico para conectarse con su mundo emocional. Señaló frases internas de autoacompañamiento, tales como “Tranquilo, pajarito, aquí estoy, nosotros podemos”, reflejando un proceso de autorregulación basado en la aceptación y la conexión con su estado emocional
Análisis	La sesión evidenció que el paciente no solo reconoce sus emociones, sino que

crítico por sesión	comienza a enfrentarlas, integrando herramientas trabajadas y disminuyendo la tendencia evitativa. La conexión entre cuerpo y emoción se fortaleció y permitió un avance significativo hacia una regulación más consciente y funcional.
Ajustes realizados y justificación técnica	Se amplió el foco terapéutico para incorporar la promoción de exposición emocional y social gradual, promoviendo que el paciente no solo identifique lo que siente, sino que pueda enfrentar progresivamente contextos ansiógenos. Este ajuste se basa en la necesidad de consolidar autonomía y afrontamiento real, evitando que la intervención se limite al plano interno sin generar impacto en situaciones cotidianas.

Sesión #7

Objetivo planificado	<i>Fortalecer la sensibilidad parental y el funcionamiento mentalizador, promoviendo la capacidad de identificar y responder a las necesidades emocionales del hijo, comprendiendo el origen de conductas difíciles y emociones no expresadas.</i>
Indicadores previstos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Participación activa de ambos cuidadores. ❖ Capacidad para reconocer necesidades emocionales subyacentes en la conducta del hijo. ❖ Apertura a explorar experiencias parentales propias.
Actividades y técnicas aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Psicoeducación sobre apego, mentalización y desarrollo socioemocional. ❖ Diálogo guiado, preguntas mentalizadoras y metáforas (<i>por ejemplo, iceberg como representación de necesidades emocionales subyacentes a lo observable</i>).
Resultados obtenidos (cualitativos)	<p>El padre asistió a la sesión (la madre no participó). Inicialmente mantuvo una lectura centrada en la conducta del niño (atribuyendo su “irritabilidad” y escasa expresividad a temas de disciplina y límites), coherente con el patrón previamente observado en la dinámica familiar. A través de preguntas reflexivas y recursos orientados a ampliar el foco más allá de la conducta, se facilitó que considerara la posibilidad de malestares emocionales subyacentes en su hijo.</p> <p>El proceso permitió abrir espacio para la mentalización, conectando estas dificultades con aspectos de su propia historia de crianza. El padre reconoció patrones personales de evitación afectiva y cómo estos han influido en su relación con su hijo.</p>
Análisis crítico por sesión	<p>La sesión evidenció un avance importante en cuanto a la mentalización parental, aunque la participación uniparental limita el impacto esperado. De todas formas, la apertura del padre permitió profundizar en la comprensión de las necesidades del niño. Si bien su comprensión inicial se mantenía en un plano conductual, la intervención favoreció una ampliación del marco interpretativo y un primer acercamiento a un funcionamiento más mentalizador.</p> <p>Es relevante considerar que el padre no había participado del proceso psicoterapéutico hasta ahora, sin embargo, tras una experiencia personal significativa (<i>situación médica personal</i>), refiere haber tomado la decisión de involucrarse más activamente en su vida familiar.</p>
Ajustes realizados y	Considerando que la familia tiende a centrarse en las manifestaciones conductuales del niño, y que recién comienzan a abrirse espacios para explorar el mundo

justificación técnica	emocional subyacente, se estima necesario disponer de más sesiones con ambos padres . Esto permitirá acompañar de forma gradual el desarrollo de una mirada más comprensiva y sensible a las necesidades emocionales del paciente, favoreciendo el impacto esperado del proceso terapéutico.
-----------------------	---

Sesión #8

Objetivo planificado	<i>Sesión conjunta: promover experiencias de sintonía emocional entre niño y cuidadores.</i>
Indicadores previstos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Participación conjunta de los cuidadores y el niño en actividades de juego estructurado. ❖ Evidencia de sintonía emocional básica (miradas, turnos, respuestas contingentes). ❖ Capacidad de los cuidadores para realizar pausas reflexivas y reconocer estados emocionales propios y del niño.
Resultados obtenidos (cualitativos)	La sesión no pudo llevarse a cabo según lo planificado, ya que no se logró la participación conjunta de ambos cuidadores. La madre no ha mostrado disponibilidad para asistir en la intervención (a diferencia de su participación en el proceso psicodiagnóstico) y, si bien el padre evidencia una mayor disposición en el último tiempo, no ha logrado coordinar una fecha para realizar el encuentro. Por lo tanto, no fue posible desarrollar la actividad de juego vincular ni las intervenciones orientadas a favorecer la sintonía emocional triádica.
Análisis crítico por sesión	Esto sugiere que los avances del proceso podrían verse ralentizados si no se logra una participación más estable y colaborativa de ambos cuidadores.
Ajustes realizados y justificación técnica	Se reprograma la sesión conjunta, priorizando la coordinación con los cuidadores. Se contempla la necesidad de realizar mayor trabajo previo con los padres, especialmente orientado a favorecer su disponibilidad y comprensión del valor clínico de la participación conjunta, antes de retomar actividades de juego vincular y sintonía emocional.

Sesión #9

Objetivo planificado	<i>Promover la mentalización y el reconocimiento de patrones relacionales, ayudando al niño a diferenciar las conductas de otros de su propia valía emocional</i>
Indicadores previstos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El paciente reconoce la relación entre emociones, pensamientos y la propia conducta. ❖ El paciente reconoce la relación entre emociones, pensamientos y la conducta de los demás.
Actividades y técnicas aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conversación guiada y preguntas mentalizadoras (focalizadas en causas y efectos emocionales). ❖ Co-regulación y contención emocional por parte de la terapeuta. ❖ Analogías (<i>por ejemplo, iceberg para mapear lo no observable</i>). ❖ Ejemplos y reflexiones vinculadas a experiencias concretas.

Resultados obtenidos (cualitativos)	<p>El paciente mostró buena disposición para explorar sus estados internos, logrando identificar cómo sus emociones y pensamientos influyen en su conducta. A través de analogías comprendió, por ejemplo, que su aparente desconexión puede ser interpretada externamente como desinterés, cuando en realidad responde a un malestar interno no visible. Del mismo modo, reconoció que las conductas de otros tampoco necesariamente se relacionan con su propia valía emocional.</p> <p>Además, durante la sesión se abrió espontáneamente a expresar el dolor que le generan experiencias personales. Esta apertura permitió profundizar en la conexión entre sus experiencias ansiosas, la anticipación social y el impacto de los contextos externos en su vivencia emocional.</p>
Análisis crítico por sesión	<p>La sesión permitió avanzar significativamente en su capacidad de mentalizar, articulando cómo pensamientos, emociones y contextos externos influyen en su comportamiento. La apertura emocional mostrada al hablar del dolor asociado a las críticas familiares evidencia un progresivo fortalecimiento de la confianza terapéutica y una disminución en su tendencia a retraerse o racionalizar.</p>
Ajustes realizados y justificación técnica	<p>Si bien se mantuvo la planificación inicial, se incorporó un énfasis mayor en la exploración emocional cuando el paciente expresó de forma espontánea experiencias dolorosas. Dado su estilo evitativo, esta apertura representó una oportunidad clínica relevante, por lo que se ajustó momentáneamente el foco para profundizar en la vivencia emocional y promover la conexión con esta.</p>

Sesión #10

Objetivo planificado	<i>Consolidar las herramientas emocionales y narrativas adquiridas, promoviendo sentido de agencia, autonomía y cierre significativo del proceso terapéutico.</i>
Indicadores previstos	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Identificación de avances y recursos emocionales adquiridos. ❖ Expresión de sentido de agencia y autoeficacia respecto a su proceso.
Actividades y técnicas aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Conversación guiada orientada a identificar logros y recursos internos. ❖ Integración y síntesis de aprendizajes terapéuticos.
Resultados obtenidos (cualitativos)	<p>El paciente logró identificar y verbalizar diversos avances alcanzados durante el proceso, mostrando claridad respecto a las herramientas emocionales y cognitivas que ha incorporado. Manifestó un mayor sentido de agencia al reconocer que hoy enfrenta situaciones desafiantes (como la ansiedad escolar, los comentarios externos o la exposición social) utilizando estrategias aprendidas para regularse y permanecer en el presente.</p> <p>Asimismo, pudo reflexionar sobre el rol adaptativo de ciertas emociones, diferenciando mejor sus reacciones internas y reconociendo que posee recursos para afrontarlas. En conjunto, los logros mencionados por el paciente reflejan una integración efectiva de aprendizajes terapéuticos y un fortalecimiento progresivo de su autonomía emocional.</p>
Análisis crítico por sesión	<p>La sesión permitió consolidar los avances del proceso terapéutico, especialmente en lo referido a la ansiedad, la resolución de conflictos y la capacidad reflexiva. Además, su apertura emocional y reconocimiento de logros, en comparación a sesiones anteriores, reflejan una relación terapéutica sólida y la internalización</p>

	progresiva de recursos desarrollados durante las sesiones.
Ajustes realizados y justificación técnica	Aunque la sesión estaba planificada como un cierre del proceso, se tomó la decisión clínica de no finalizarlo a la fecha, dado que aún se identifican áreas relevantes de trabajo y la necesidad de apoyar en el fortalecimiento de habilidades parentales. Por lo mismo, el ajuste consistió en proyectar una continuidad terapéutica con un enfoque más infante-parental, manteniendo a la vez sesiones individuales para consolidar los avances emocionales logrados por el paciente.

Análisis clínico del cumplimiento de objetivos

1. Facilitar la externalización de la ansiedad, separando la identidad del paciente de la sintomatología internalizante.

Logrado: A lo largo del proceso, el paciente logró diferenciar de manera clara su identidad personal de la experiencia ansiosa, describiendo la ansiedad como un fenómeno que ocurre en él, pero que no lo define. Reconoce situaciones en que esta emoción se manifiesta y cómo influye en sus pensamientos, sensaciones corporales y conductas.

En la última sesión, expresó: *“la ansiedad es una emoción que está en los momentos malos, es algo que te hace pensar que te va a ir mal, pero he aprendido mucho de cómo relajarme, y hay momentos en los que también puede ser buena”*. Esta forma de conceptualizar la ansiedad muestra no solo la externalización lograda, sino también una comprensión más compleja y flexible de su función emocional. El paciente distingue entre momentos en que la ansiedad puede ser adaptativa y aquellos en los que requiere ser regulada, lo que evidencia un avance significativo en su conexión emocional y en su capacidad para observar sus experiencias internas desde una perspectiva más integrada y mentalizadora.

2. Promover la resignificación y reconstrucción de la narrativa personal del paciente, favoreciendo una visión más integrada y positiva de sí mismo

Logrado: El paciente logró reconstruir su narrativa personal incorporando elementos de autoeficacia, adaptación y resiliencia, reconociendo tanto las dificultades vividas como los recursos que desarrolló para enfrentarlas. A lo largo del proceso, pudo revisar experiencias iniciales de aislamiento y malestar en el contexto escolar y familiar, integrando estas vivencias en un relato que ya no se centra únicamente en la dificultad, sino también en su capacidad para *“salir adelante”* y fortalecerse a partir de ellas.

Además, actualmente expresa disfrutar de asistir al colegio (evaluándolo con un 7 en una escala del 1 al 10), destacando especialmente el vínculo con sus amigos y las actividades compartidas, lo que da cuenta concretamente de una adaptación emocional y relacional más positiva. Asimismo, reconoce espontáneamente aprendizajes personales significativos, como la capacidad para resolver conflictos y adaptarse a situaciones nuevas. Estos elementos reflejan una narrativa más integrada, donde el paciente reconoce las experiencias dolorosas que marcaban su historia inicial, pero también incorpora activamente los recursos y logros que hoy configuran una visión más sólida, positiva y coherente de sí mismo.

3. Fomentar la comprensión de los estados emocionales propios, fortaleciendo la capacidad de mentalización y gestión emocional

Logrado con alcances: El paciente muestra un avance significativo en su capacidad de mentalización a nivel cognitivo. Actualmente identifica con precisión sus emociones, reconoce sus causas, comprende los contextos en que se activan y es capaz de atribuir estados mentales tanto a sí mismo como a los demás. Esto refleja un adecuado desarrollo de la dimensión cognitiva de la mentalización, logrando totalmente en base a lo propuesto en términos de reconocimiento y organización discursiva de la experiencia emocional.

De todas formas, como alcance, se observa que el desafío actual se sitúa en profundizar la conexión emocional auténtica con aquello que identifica de manera verbal o racional. Si bien puede nombrar, explicar y analizar sus emociones, aún predomina un estilo más cognitivo que experiencial, por lo que resulta relevante continuar fortaleciendo la vivencia emocional interna y la capacidad de registrar el impacto afectivo de sus propias experiencias.

4. Desarrollar habilidades de regulación emocional para que el paciente maneje situaciones de estrés y ansiedad de manera adaptativa

Logrado: El paciente ha desarrollado habilidades de regulación emocional que le permiten enfrentar situaciones de estrés y ansiedad de manera cada vez más adaptativa. En línea con el objetivo anterior, demuestra con un repertorio emocional más amplio y organizado, identificando emociones, causas, contextos y situaciones concretas que pueden generarle malestar.

Además, durante el proceso, ha incorporado diversos recursos metafóricos contruidos en conjunto, los cuales utiliza de forma flexible y significativa. Sin embargo, más allá de la técnica puntual, demuestra una comprensión profunda del propio proceso emocional: reconoce temores (normativos para su etapa evolutiva) y distingue entre anticipaciones ansiosas y la experiencia del momento presente. A su vez, logra identificar señales corporales asociadas al miedo (como temblores y agitación), así como la presencia de pensamientos anticipatorios, lo que le permite activar estrategias de regulación acordes a estas señales.

El paciente muestra conciencia de que las emociones pueden generar malestar y que requieren una respuesta reguladora, y expresa haber aprendido a “*volver al presente*” y relajarse cuando detecta signos de ansiedad. También reconoce sus propios mecanismos socioemocionales (por ejemplo, que cuando está enojado tiende a retraerse o evitar la interacción) lo que abre espacio para seguir explorando formas de regulación ajustadas a su estilo socioemocional personal.

5. Apoyar a los padres en su capacidad para comprender y responder de forma sensible a las necesidades emocionales del paciente

Parcialmente logrado: Si bien hubo avances en la comprensión del rol parental desde una mirada más sensible, el trabajo con la figura cuidadora se desarrolló sólo de manera inicial debido a la limitada cantidad de sesiones. En este espacio, fue posible comenzar a instalar reflexiones clave respecto a la importancia de mirar más allá de la conducta observable, promoviendo una reconceptualización del comportamiento del paciente desde un enfoque comprensivo, emocional y relacional, en contraposición a un modelo centrado exclusivamente en disciplina o corrección conductual.

Durante la sesión, se favoreció la toma de conciencia sobre cómo las experiencias personales y la propia historia emocional del padre influyen en la manera de interpretar y responder al paciente. Además, se abordó el significado del espacio terapéutico, enfatizando que su propósito no es únicamente “mejorar la conducta”, sino comprender las necesidades afectivas que subyacen al actuar del niño y apoyar su desarrollo socioemocional.

No obstante, este avance corresponde a un primer acercamiento, por lo que se reconoce como un punto de partida. Para consolidar este indicador, será necesario continuar fortaleciendo el trabajo parental en futuras intervenciones, profundizando en estrategias concretas de sensibilidad, mentalización y respuesta ajustada a las necesidades emocionales del paciente.

Evaluación del cambio sintomatológico post-intervención

En la línea base evaluada a través del BAI, el paciente obtuvo 37 puntos, correspondiente a un nivel severo de ansiedad (26-63). En la evaluación actual, su puntaje descendió a 12 puntos, ubicándose en el rango de ansiedad muy baja (0-21).

Esta disminución de 25 puntos representa un cambio clínicamente significativo, evidenciando una reducción sostenida y consistente de la sintomatología ansiosa a lo largo del proceso terapéutico.

Esta mejoría se alinea con los avances observados en sesión: mayor capacidad para identificar y comprender estados emocionales, reconocimiento de activadores ansiosos, uso autónomo de estrategias de regulación emocional y una narrativa personal más integrada y menos centrada en el malestar.

Si bien persisten temores propios de la etapa evolutiva, como el nerviosismo ante exposiciones orales, el paciente hoy cuenta con herramientas para manejar estas situaciones sin que escalen hacia un malestar intenso. Esto refleja un funcionamiento emocional más ajustado y una mayor percepción de autoeficacia frente a la ansiedad, lo que no implica ausencia de malestar, sino una gestión emocional eficaz y autorregulación frente a este.

4.2 Conclusiones del proceso psicoterapéutico.

4.2.1 Análisis crítico de la etapa diagnóstica desde la perspectiva multinivel

Análisis etapa diagnóstica: Nivel individual.

La etapa diagnóstica permitió construir un marco comprensivo inicial del funcionamiento emocional y relacional del paciente, identificando la presencia de sintomatología ansiosa de carácter internalizante, asociada a experiencias recientes de adaptación adversas y a un estilo socioemocional caracterizado por el uso de mecanismos de afrontamiento como el aislamiento y la evitación afectiva. La planificación de los objetivos diagnósticos permitió delimitar un foco pertinente para abordar los factores psicológicos y contextuales que contribuían a sus niveles de ansiedad, considerando además las particularidades propias de su etapa evolutiva.

Las técnicas de levantamiento de información, principalmente entrevistas clínicas y técnicas proyectivas seleccionadas en función de su estilo socioemocional y su actitud inicial, facilitaron complementar y profundizar el análisis, al permitir acceder a contenidos emocionales que no aparecían necesariamente en un discurso directo. Del mismo modo, la aplicación del BAI entregó una línea base cuantificable que posteriormente resultó fundamental para medir de manera objetiva el cambio clínico.

No obstante, se reconoce que hubiese sido beneficioso incorporar herramientas específicas orientadas a evaluar de manera más estructurada la capacidad de mentalización, considerando que este constructo se transformó en un eje central del proceso psicoterapéutico. De haberse evaluado formalmente este aspecto en la etapa diagnóstica, habría sido posible contar con una línea base más precisa respecto de su capacidad para identificar y reflexionar sobre estados mentales propios y de otros, lo que habría permitido afinar aún más el diseño de los objetivos posteriores y las intervenciones seleccionadas.

Análisis etapa diagnóstica: Nivel relacional.

En la etapa diagnóstica se recopiló información general sobre el funcionamiento familiar, particularmente en relación con las expectativas de los padres, los estilos parentales y las interpretaciones que los cuidadores realizaban respecto de la conducta del paciente. Esta información fue fundamental para comprender cómo ciertas prácticas disciplinarias, las exigencias normativas y la lectura adulta de los comportamientos influían en la experiencia ansiosa del paciente y en la forma en que procesaba emocionalmente los desafíos de adaptación.

Sin embargo, se reconoce que habría sido valioso incorporar una evaluación parental más sistemática. Además de las entrevistas clínicas, podría haberse aplicado algún instrumento estandarizado que permitiera explorar con mayor profundidad las habilidades parentales, tales como la Escala de Estrés Parental (PSS) o la Escala de Parentalidad Positiva (E2P) lo que habría posibilitado una comprensión más estructurada del repertorio de prácticas, recursos y tensiones presentes en los cuidadores.

De haberse implementado esta evaluación desde el inicio, habría sido posible identificar con mayor precisión los puntos críticos de las dificultades relacionales (por ejemplo, qué aspectos de la contención emocional resultaban más desafiantes, en qué momentos se dificulta más la escucha o la sintonización afectiva, o qué aspectos particulares limitaban la sensibilidad parental). Esta información habría permitido afinar de mejor forma la planificación de la intervención y, en un escenario de mayor disponibilidad por parte de los cuidadores, facilitar la adquisición temprana de herramientas más sensibles y reflexivas, promoviendo un ambiente emocionalmente más contenedor para el paciente.

Análisis de la etapa diagnóstica: Nivel sociocultural.

La etapa diagnóstica incorporó elementos relevantes del contexto sociocultural que permitieron comprender mejor la emergencia y mantención de la sintomatología ansiosa. Se integraron factores contextuales como la reciente adaptación a un nuevo país, dinámicas familiares asociadas al estilo de vida particular de la familia, y los efectos residuales de la pandemia por COVID-19, todos los cuales configuraron un escenario de mayor vulnerabilidad emocional para el paciente.

Si bien el paciente ha mostrado una buena adaptación escolar y académica, y sus conductas han sido mayormente de carácter internalizante, con expresiones comportamentales en el hogar, se reconoce que el proceso diagnóstico podría haberse beneficiado de información más específica proveniente del sistema escolar, lo que habría permitido complementar la comprensión de su funcionamiento socioemocional en este contexto.

De haberse incorporado esta perspectiva tempranamente, se habría obtenido una mirada más completa de su participación escolar, identificando con mayor claridad recursos disponibles (vínculos significativos, apoyos institucionales) y posibles barreras relacionales. Esto habría facilitado una planificación más fina de la intervención, particularmente en lo relativo al fortalecimiento de las redes de apoyo social en el entorno escolar.

Síntesis análisis etapa diagnóstica: En términos generales, el diagnóstico integró adecuadamente dimensiones emocionales, relacionales y socioculturales, lo que permitió comprender la emergencia y mantención de la ansiedad. Se utilizaron técnicas pertinentes al estilo del paciente y se estableció una línea base cuantificable. No obstante, pudo haberse profundizado en la capacidad de mentalización y complementado la evaluación parental con instrumentos estandarizados. Asimismo, un breve reporte escolar habría enriquecido la comprensión del funcionamiento del paciente en ese contexto. Incorporar estos aspectos habría entregado líneas base más específicas para afinar tempranamente el diseño de la intervención.

4.2.2 Análisis crítico de la etapa de planificación desde la perspectiva multinivel

Análisis etapa de planificación: Nivel individual.

La planificación estableció objetivos claros y alcanzables para el paciente, especialmente en relación con la externalización de la ansiedad, la estimulación de su narrativa y el desarrollo de recursos de regulación emocional. Los pasos secuenciados fueron técnicamente adecuados y demostraron efectividad, reflejada en la disminución sintomatológica significativa y en el aumento del repertorio emocional y reflexivo del paciente. Asimismo, la planificación estuvo bien alineada a sus características particulares, aprovechando sus capacidades discursivas para fomentar un trabajo emocional más profundo y una comprensión progresiva de sus estados internos, lo que facilitó el uso de recursos metafóricos altamente pertinentes para su proceso.

Si bien la planificación inicial fue coherente y pertinente, se podría haber incorporado de manera más explícita la tendencia del paciente a recurrir a lo cognitivo como estrategia para evitar una conexión emocional más encarnada. Esto generó momentos en los que el proceso avanzó principalmente en lo narrativo-descriptivo, dejando en segundo plano la experiencia afectiva directa. Integrar desde el inicio estrategias orientadas a promover la vivencia emocional encarnada (como técnicas de sintonía afectiva, pausas mentalizadoras o anclaje corporal) habría favorecido un tránsito más fluido del plano cognitivo al emocional, potenciando una conexión afectiva más temprana y un fortalecimiento inicial de la conciencia corporal asociada a la ansiedad.

Análisis etapa de planificación: Nivel relacional.

La planificación contempló un objetivo orientado al trabajo parental, y la intención de integrar a los cuidadores desde un enfoque sensible y mentalizador fue pertinente y consistente con las necesidades del caso.

Sin embargo, la estructura de las sesiones familiares podría haberse sistematizado de manera más clara, de modo de favorecer un trabajo más paralelo entre el espacio individual y el vincular. Si bien en este proceso los padres no mostraron disponibilidad temprana para participar, se reconoce como una oportunidad de mejora el prever, para futuras intervenciones, una planificación más definida que facilite la incorporación temprana del trabajo infante-parental cuando las condiciones lo permitan. En escenarios donde sí exista la disponibilidad requerida, una integración parental más temprana podría favorecer una comprensión más profunda de las necesidades emocionales del paciente y promover un entorno familiar más contenedor, potenciando la regulación emocional y facilitando ciertos avances terapéuticos.

Análisis etapa de planificación: Nivel sociocultural.

En la planificación se reconoció el rol del contexto escolar como un espacio significativo para el malestar del niño, y se integraron objetivos orientados a fortalecer sus capacidades de adaptación, mentalización y vinculación con sus pares.

Sin embargo, se podrían haber proyectado en la estructura inicial, estrategias específicas para articular el trabajo clínico con el entorno educativo, ya que la intervención se centró principalmente en el espacio individual y en el componente vincular familiar. Dado que el proceso terapéutico se extendió, aún existe la posibilidad de establecer comunicación con el colegio, lo que podría enriquecer la comprensión del funcionamiento socioemocional del paciente.

Para futuras intervenciones, se identifica como un aspecto relevante considerar desde la planificación la opción de solicitar retroalimentación docente o coordinar apoyos escolares breves cuando sea pertinente. La articulación temprana con el sistema educativo favorece avances adaptativos y permite orientar intervenciones más contextualizadas y coherentes con las demandas del entorno cotidiano del niño.

Síntesis análisis etapa de planificación: La planificación resultó globalmente adecuada para orientar el proceso terapéutico, con objetivos claros, secuenciados y coherentes con la problemática ansiosa del paciente, aprovechando sus recursos narrativos y favoreciendo avances significativos en regulación emocional y mentalización. Se identifican como fortalezas la claridad técnica del plan, la pertinencia de los recursos utilizados y la consideración inicial de componentes individuales y vinculares. No obstante, se reconocen áreas de mejora relacionadas con la necesidad de integrar desde el inicio estrategias orientadas a mecanismos defensivos más específicos, sistematizar con mayor precisión la participación parental cuando las condiciones lo permitan y considerar tempranamente la articulación con el contexto escolar. Ajustes en estos aspectos permitirían enriquecer futuras planificaciones, haciéndolas más integrales, contextualizadas y sensibles a los distintos niveles que influyen en el bienestar del paciente.

4.2.3 Análisis crítico de la etapa de intervención desde la perspectiva multinivel

Análisis etapa de intervención: Nivel individual.

La intervención individual se centró en aspectos fundamentales para el abordaje de la sintomatología ansiosa del paciente, comenzando por la externalización de la ansiedad mediante recursos metafóricos, el fortalecimiento de las habilidades de identificación emocional y la incorporación gradual de psicoeducación para facilitar posteriormente procesos más complejos de autorregulación y mentalización básica. Entre las fortalezas del proceso destaca una progresión técnica coherente (desde la construcción de la alianza terapéutica, la identificación emocional y la externalización, hasta el desarrollo de capacidades reguladoras) acompañada de un uso integrado de enfoques narrativos, elementos de MBT y estrategias de regulación emocional, configurando una intervención completa y ajustada a sus necesidades. Esto se reflejó en evidencia clínica de reducción sintomatológica y en el logro de la mayoría de los objetivos propuestos.

De todas formas, como oportunidad de mejora, una vez consolidado este trabajo más basal y habiéndose ampliado la capacidad reflexiva y regulatoria del paciente, se identifica la necesidad de orientar la intervención hacia niveles emocionales más profundos, especialmente aquellos posiblemente vinculados a experiencias de soledad que emergieron de manera incipiente en etapas más tardías del proceso. Asimismo, dado su funcionamiento predominantemente internalizante y la persistencia de dinámicas parentales poco sintonizadas, sería relevante proyectar una línea de trabajo que continúe fortaleciendo la conexión emocional del paciente, a la vez que acompañe a los cuidadores en la comprensión y validación de estas necesidades. Esto permitiría no solo sostener y consolidar los avances logrados, sino también desarrollar una intervención de carácter preventivo frente a posibles dificultades afectivas futuras.

Análisis etapa de intervención: Nivel relacional.

Las intervenciones dirigidas al trabajo vincular fueron adecuadamente planificadas, siguiendo una secuencia lógica que incluyó psicoeducación, uso de metáforas mentalizadoras y espacios para que los cuidadores reflexionaran sobre sus propias experiencias y desafíos relacionales. Sin embargo, la implementación enfrentó una limitación central: la baja participación parental y el número reducido de sesiones, lo que dificultó consolidar los objetivos originalmente trazados para esta dimensión.

De haberse llevado a cabo sesiones conjuntas centradas en el juego y en la exploración del vínculo (particularmente aquellas orientadas a favorecer experiencias tempranas de sintonía y responsividad) se habría promovido una implicación parental más sistemática, tanto en sesiones como en tareas para el hogar. Clínicamente, esto habría permitido esperar una mayor magnitud y rapidez en los cambios del paciente, especialmente en la disminución de conductas evitativas en contextos familiares, además de una mayor sostenibilidad del cambio emocional alcanzado. Asimismo, con un trabajo más dirigido y supervisado, es probable que los cuidadores hubiesen mostrado incrementos observables en capacidades mentalizadoras.

Análisis etapa de intervención: Nivel sociocultural.

Durante la intervención, el abordaje sociocultural se manifestó principalmente mediante la exploración de las experiencias del paciente en su entorno escolar y comunitario, lo que permitió contextualizar el avance terapéutico dentro de las demandas reales a las que estaba expuesto. A través del trabajo narrativo y mentalizador, el niño logró elaborar con mayor claridad situaciones vinculadas a la adaptación escolar, a la interacción con pares y a los sentimientos de desajuste que

previamente habían potenciado su ansiedad, observándose una mayor capacidad para interpretar señales sociales y solicitar apoyo cuando lo necesitaba.

No obstante, en esta etapa no se ha establecido una articulación directa con el sistema educativo, lo que podría limitar la posibilidad de acompañar de manera más integrada los avances logrados en sesión. Una coordinación breve con el colegio (por ejemplo, un intercambio puntual con docencia o convivencia escolar) permitiría fortalecer la coherencia entre los distintos sistemas que acompañan su desarrollo.

A futuro, integrar acciones que conecten explícitamente el trabajo clínico con el entorno escolar, resguardando éticamente la confidencialidad, podría facilitar una intervención más ecológica, permitiendo monitorear cómo se trasladan los avances terapéuticos al espacio social cotidiano y potenciando redes de apoyo que favorezcan la sostenibilidad del cambio.

Síntesis análisis etapa de intervención: La intervención logró avances clínicos significativos, destacando una secuencia terapéutica coherente que integró recursos narrativos, elementos de mentalización y técnicas de regulación emocional, favoreciendo la externalización de la ansiedad y la ampliación del repertorio reflexivo del paciente. A nivel vincular, la baja participación parental limitó el impacto del trabajo relacional, quedando pendiente un mayor acompañamiento para fortalecer la sintonía emocional y la mentalización en el hogar. En el plano sociocultural, la exploración de experiencias escolares permitió contextualizar los avances, pero una mayor articulación con el contexto escolar permitiría potenciar la sostenibilidad del cambio.

4.3 Reflexiones sobre el proceso psicoterapéutico.

Reflexiones sobre el proceso desde una mirada multinivel

El trabajo con este paciente evidenció la complejidad y riqueza que puede surgir cuando se aborda una problemática desde una perspectiva integral y multinivel. El proceso en sí fue exitoso, la sintomatología disminuyó considerablemente, incluso más allá de lo que se había establecido como criterio de verificación de logro inicialmente. Asimismo, como ya se ha mencionado anteriormente, el paciente no solo integró los cambios esperados y desarrolló herramientas desde la terapia narrativa, la autoeficacia y la mentalización básica como comprensión de estados emocionales y medio de regulación, sino que también logró aprendizajes personales significativos.

A partir del trabajo realizado, surgieron habilidades que fueron más allá de los objetivos iniciales, por ejemplo, una mayor capacidad de resolución de conflictos, una postura autocompasiva y un modo de autorregulación que emergió desde recursos narrativos, metafóricos y simbólicos. Las estrategias utilizadas, se transformaron en un mecanismo basado, además, en la conexión corporal, el momento presente y un autodiálogo comprensivo. El paciente aprendió a escuchar su mundo interno, reconocer cómo este se manifiesta en su cuerpo y cómo influye en la percepción del entorno y, a partir de ello, darse ánimo y sostén emocional. En un contexto sociocultural donde predomina la evitación del malestar, la tendencia a minimizar emociones desagradables y la presión por mantener funcionalidad, el paciente logró incorporar estrategias reguladoras profundas, que implican transitar el malestar en vez de evitarlo. Escuchar el mensaje de la emoción, abrir la puerta a esa experiencia y, desde ahí, responder con compasión.

Esto fue posible en parte gracias a las habilidades personales del paciente, como por ejemplo, su sensibilidad y su inteligencia, recursos que pueden ser potenciados a través de la intervención. Por otra parte, la integración de distintos modelos terapéuticos enriqueció el proceso. El trabajo desde el modelo de regulación emocional permitió comprender con mayor claridad cómo se habían ido configurando sus mecanismos, la desconexión de las propias necesidades, la priorización del otro y la autosuficiencia como forma de protección. Al mirar estos patrones a la luz de las experiencias vinculares tempranas, marcadas por la percepción de no ser visto y por una disponibilidad afectiva percibida como limitada, fue posible entender cómo, desde edades muy tempranas, se fueron construyendo interpretaciones, respuestas y modos de adaptación frente a un entorno emocionalmente desafiante. En ese sentido, reconocer que estos mecanismos emergieron originalmente como respuestas protectoras, pero que en la actualidad se vuelven restrictivos, constituye un aspecto fundamental en el proceso.

En esta línea, la terapia narrativa se configuró como un recurso especialmente pertinente para la etapa evolutiva del paciente. Al encontrarse previo al ingreso a la adolescencia, un periodo en el que el discurso personal aún está en pleno proceso de formación, este enfoque permite intervenir sobre narrativas que todavía son flexibles y susceptibles de cambio. Desde esta perspectiva, el paciente fue comprendido como un sujeto en desarrollo, cuyas historias internas aún no se encuentran plenamente cristalizadas, lo que abre una ventana de oportunidad para reescribir significados antes de que se consoliden con mayor rigidez.

Dado que este es un periodo crítico para la construcción de identidad, autonomía y sentido de pertenencia, intervenir en esta etapa permite favorecer una narrativa más coherente, compasiva y ajustada a las experiencias reales del niño. Desde este marco, la terapia narrativa facilitó la exploración de quién es, qué valora y cuáles son sus fortalezas, promoviendo una mayor sensación de agencia personal. En lugar de quedar atrapado por experiencias adversas o por interpretaciones tempranas restrictivas, este enfoque le ofreció la posibilidad de posicionarse como autor activo de su historia, ampliando la comprensión de sí mismo y las alternativas de acción disponibles.

Asimismo, complementar lo anterior con elementos del MBT permitió profundizar su capacidad mentalizadora: comprender estados emocionales propios y ajenos, reducir la confusión emocional, interpretar señales sociales. Este desarrollo puede ser un aspecto fundamental en experiencias de dolor afectivo, donde suele haber una tendencia a atribuir la causa al propio “ser” cuando aún no se cuenta con las herramientas para entender que muchas veces tiene relación con el mundo interno de los demás. Fomentar comprensión, reflexividad, empatía y autocompasión fue clave, especialmente considerando que el paciente no contaba con un historial de educación emocional suficiente para explicar la complejidad del comportamiento humano.

Por lo mismo, la integración flexible de distintos modelos terapéuticos se configuró como una decisión clínica pertinente. En lugar de adherir a un único protocolo de intervención, se optó por articular componentes centrales de enfoques que se complementaban en sus objetivos y procesos. Esta integración permitió responder de manera más ajustada a las necesidades del paciente, priorizando no solo la técnica, sino la comprensión profunda de su experiencia emocional y de los mecanismos que organizan su funcionamiento.

De todas formas, cabe destacar que la selección de estrategias no fue arbitraria, sino que se sostuvo en una planificación ordenada, coherente y orientada al fortalecimiento de habilidades convergentes (como la mentalización, la regulación emocional y la elaboración narrativa), favoreciendo así un proceso terapéutico más integrado y consistente, promoviendo avances estables y alineados con las metas evolutivas y relacionales del paciente.

Por otro lado, a nivel relacional, es importante valorar la disposición de los padres para llevar a su hijo a terapia, aunque la motivación inicial estuviera centrada en mejoras conductuales, esta apertura permitió encauzar el proceso hacia lo que realmente necesitaba el paciente. Sin embargo, es importante reconocer que hay variables que no se pueden controlar, como la disponibilidad real de los cuidadores o los factores contextuales y personales. Las historias de cada miembro de la familia, así como las creencias socioculturales, influyen directamente en el nivel de participación.

Por ejemplo, el caso del padre del paciente es especialmente ilustrativo. Reconoció que solo una experiencia adversa intensa lo llevó a revisar su forma de vincularse. Su motivación no había surgido espontáneamente, sino a partir de un impacto emocional. Esto invita a reflexionar, desde el rol profesional, acerca de la urgencia de seguir promoviendo una cultura preventiva en salud mental. El cuerpo y las emociones entregan señales desde mucho antes. El paciente presentaba dolores de pecho y síntomas ansiosos desde el inicio; el padre relató haber vivido lo mismo en su infancia. Sin embargo, ninguno recibió apoyo hasta que el malestar se volvió ineludible.

En esta misma línea, un aprendizaje central del proceso fue constatar que, por más avances que logre un niño o adolescente a nivel individual, el trabajo con sus cuidadores es indispensable para que esos cambios se mantengan en el tiempo. Durante el proceso se observó que ciertos patrones parentales seguían influyendo directamente en el bienestar del paciente, lo que evidenció que las herramientas incorporadas requieren un entorno que pueda reconocerlas y sostenerlas. Cuando los cuidadores desarrollan mayor comprensión emocional y reflexividad, la terapia deja de ser solo un espacio semanal para convertirse en un soporte cotidiano. Este caso refuerza, por tanto, que la intervención infanto-parental no sólo complementa el trabajo individual, sino que constituye una pieza clave para la continuidad y profundidad del cambio terapéutico. Así como también, esto recuerda que es también responsabilidad del equipo clínico seguir promoviendo una mirada preventiva y relacional en salud mental, ayudando a las familias a reconocer señales tempranas, comprender su propio funcionamiento emocional y situar el bienestar del niño dentro de un sistema que necesita ser acompañado y fortalecido.

Reflexiones personales sobre el rol como terapeuta

A nivel personal, destaco una serie de aprendizajes relevantes respecto a mi rol como terapeuta. Uno de los principales facilitadores del proceso fue la construcción temprana de una alianza terapéutica sólida. El paciente mostró disposición al trabajo interno y, progresivamente, fue encontrando en el espacio terapéutico un lugar seguro para explorar experiencias emocionales con mayor apertura. Este acercamiento fue posible gracias a una combinación de factores, entre ellos la constancia vincular, la calidez, el tono contenedor y habilidades blandas como una empatía y escucha activa que permitiera al paciente avanzar a su propio ritmo desde un discurso más cognitivo hacia una emocionalidad más sentida.

De todas formas, reconozco que el estilo socioemocional evitativo del paciente presentó un desafío clínico significativo. Tal como se ha señalado previamente, siguiendo las ideas de Mark Dangerfield y el enfoque ECID para adolescentes, cuando las experiencias vinculares tempranas han sido limitadas o inseguras, la apertura emocional puede vivirse como riesgosa, lo que activa mecanismos defensivos ante la vulnerabilidad. En este caso, además, el paciente había experimentado vínculos poco disponibles y la ausencia de redes de apoyo estables y duraderas, lo que complejiza aún más la posibilidad de confiar y abrirse. Esto reforzó en mí la importancia de sostener un ritmo terapéutico paciente, consistente y respetuoso, donde la meta inicial no fuera “mover” emociones rápidamente, sino permitir que la experiencia misma de mostrarse no resultara amenazante.

En ese sentido, la modalidad online se vivió simultáneamente como un obstáculo y un facilitador. Obstáculo, porque la virtualidad puede volver más difícil la construcción de un vínculo cercano: faltan elementos sensoriales, el encuadre se vuelve más técnico y el espacio terapéutico se traslada al hogar del paciente, lo que implica distracciones y un nivel atencional distinto, sobre todo en etapas evolutivas intermedias. Sin embargo, también emergió como un aprendizaje relevante: la necesidad de desarrollar mayor flexibilidad terapéutica y creatividad para sostener el proceso. Adaptar técnicas al contexto digital fue un ejercicio que enriqueció mi práctica y permitió que el paciente contara con vías alternativas de expresión emocional.

Al mismo tiempo, la intervención online resultó ser un facilitador inesperado en un proceso caracterizado por frecuentes cambios en el entorno del paciente. El hecho de que pudiera mantener su espacio terapéutico pese al traslado de ciudad y colegio evitó rupturas adicionales en un contexto donde los vínculos estables habían sido escasos. Poder ofrecer un vínculo sostenido, predecible y no sujeto a las variaciones externas se transformó en un elemento que fortaleció la continuidad del proceso y dio lugar a experiencias relacionales nuevas y reparadoras.

Finalmente, valoro haber ejercido flexibilidad para ajustar el ritmo y los contenidos de las sesiones cuando fue necesario. Considero que, si bien la planificación y la estructura son fundamentales, no pueden ubicarse por sobre la experiencia viva del paciente. Saber ralentizar, detenerse o dar espacio a temáticas que emergen espontáneamente, aunque no se ajusten al guión inicial, resulta esencial para preservar la integridad del proceso terapéutico. Esta experiencia reforzó en mí la importancia de sostener una postura clínica flexible, sensible al contexto y siempre orientada a lo que el paciente realmente necesita, más que a lo que está previsto “debería ocurrir”.

Por otro lado, este proceso también evidenció la importancia de escuchar con atención y desde ahí equilibrar el tipo de intervención. En el trabajo infanto-juvenil es común recurrir a la psicoeducación y a la contención, recursos que son fundamentales; sin embargo, a lo largo de la intervención y de las supervisiones comprendí que también es necesario fomentar el funcionamiento reflexivo y los mecanismos de afrontamiento del paciente, siempre considerando su nivel de complejidad y momento evolutivo.

Este tránsito, desde intervenciones más prescriptivas hacia intervenciones más reflexivas, requiere desarrollar un ojo clínico sensible, capaz de adaptar la técnica, el ritmo y la forma de implementación según lo que el paciente muestra en sesión. En este sentido, uno de los aprendizajes más valiosos fue reconocer que la eficacia terapéutica no depende solo de “qué” se hace, sino de cómo y cuándo se hace, siempre en sintonía con la experiencia subjetiva del niño o adolescente.

En última instancia, este proceso reafirmó que la labor terapéutica es siempre un camino de aprendizaje continuo. Cada paciente, con su singularidad, invita a revisar nuestras hipótesis, ajustar nuestras técnicas y ampliar nuestra mirada. Las variaciones del proceso, los avances y retrocesos, y los desafíos que emergen en el vínculo no solo moldean la intervención, sino que también transforman al profesional que la acompaña. Desde esta perspectiva, comprender que la práctica clínica se construye en diálogo constante entre teoría, técnica y experiencia viva permite mantener una postura humilde, flexible y abierta a seguir aprendiendo de quienes atendemos.

Reflexiones personales más amplias

Tal como señaló Norka Malberg en el Congreso MBT, *“cuando las palabras se repiten demasiado, dejan de describir y comienzan a construir”*. Esta reflexión me resultó especialmente significativa, porque resume de manera precisa el enorme poder que tienen el lenguaje, las narrativas y las categorías en la vida psíquica. Parte de nuestro rol como psicólogos, a mi juicio, consiste justamente en promover espacios terapéuticos donde sea posible ir más allá de la superficie del malestar y escuchar su función subyacente. El malestar no es solo un síntoma a erradicar, sino un modo de expresión que informa acerca de necesidades, significados, heridas y formas particulares de estar en el mundo. En esa línea, la buena salud mental no se define por la ausencia de psicopatología, sino por la capacidad de reconocer, elaborar y darle sentido a la experiencia interna.

En esta línea, destaco la decisión clínica de adoptar una postura transdiagnóstica orientada al mecanismo subyacente más que al cuadro categorial. Esta manera de comprender la psicoterapia me permitió enfatizar procesos de autoconocimiento, mentalización y desarrollo de habilidades de autorregulación adaptativa, en lugar de ubicar la eliminación del malestar como objetivo central. Esto no implica restar valor a los diagnósticos, que son herramientas relevantes para dar sentido a la presentación clínica y orientar la comprensión del caso, pero sí supone utilizarlos como un marco flexible, evitando que se conviertan en un destino rígido que limite la exploración o determine por completo la identidad del paciente.

El mundo afectivo es un sistema profundamente complejo, dinámico y constitutivo de quienes somos. Por lo mismo, considero esencial que las intervenciones terapéuticas no clausuren posibilidades, sino que abran puertas: a la curiosidad, a la flexibilidad mental, al descubrimiento interno y, desde ahí, a procesos de cambio significativos. En concordancia con esto, retomo nuevamente una idea planteada por Malberg: *“las etiquetas, si bien necesarias, tienen también un efecto silencioso, pues moldean la imaginación social acerca de quienes las portan”*. En la práctica clínica, esto implica una responsabilidad ética importante: cuidar el lenguaje, sostener narrativas abiertas y acompañar al paciente en la construcción de explicaciones de sí mismo que sean más amplias que cualquier categoría diagnóstica.

En definitiva, este proceso fortaleció en mí la convicción de que la psicoterapia es un encuentro donde co-construimos nuevos significados, nuevas maneras de comprender el malestar y nuevas posibilidades de experiencia emocional. Las narrativas importan, el lenguaje importa y la forma en que miramos al paciente, y lo invitamos a mirarse, tiene efectos reales en su desarrollo psicológico. Desde esta perspectiva, uno de los aprendizajes más valiosos fue reconocer que, más allá de técnicas o modelos específicos, lo verdaderamente transformador ocurre cuando ofrecemos un espacio que

amplía, en lugar de restringir, la capacidad del paciente para imaginar versiones más integradas, auténticas y posibles de sí mismo.

Plan de mejora

A partir del análisis del proceso clínico y los aprendizajes derivados de la intervención, se proponen las siguientes líneas generales de mejora continua. Estas metas buscan orientar el desarrollo profesional a futuro, fortaleciendo tanto la calidad técnica como el posicionamiento ético y relacional del quehacer clínico.

Tipo de competencia	Competencia específica
Competencias técnicas	<p>Incorporar de manera más sistemática evaluaciones de dimensiones específicas relevantes para cada caso.</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ En el caso individual: incluir evaluaciones específicas de mentalización, regulación emocional y estrategias de afrontamiento. ❖ En el caso de los cuidadores: evaluar específicamente mentalización parental, regulación emocional, funcionamiento parental y estilo de respuesta.
	<p>Implementar un sistema de monitoreo continuo que permita ampliar y profundizar la comprensión clínica desde etapas tempranas y observar de manera progresiva los avances del paciente y cuidadores.</p>
	<p>Integrar al contexto escolar de forma más temprana dentro del proceso diagnóstico y, cuando corresponda, dentro de la intervención, reconociendo su relevancia en la trayectoria adaptativa del niño o adolescente y actuando siempre dentro del marco ético correspondiente.</p>
Competencias relacionales	<p>Fortalecer el trabajo con los cuidadores, promoviendo una implicación más temprana y sostenida a lo largo del proceso clínico, de manera que la intervención infanto-parental acompañe y refuerce los cambios logrados en el trabajo individual.</p> <p>Esto implica afinar el encuadre, no sólo en términos estructurales, sino también en su sentido y significado desde el inicio del proceso.</p>
Competencias éticas y metaclínicas	<p>Promover narrativas abiertas y un uso éticamente responsable del lenguaje clínico, evitando etiquetas rígidas y favoreciendo comprensiones que amplíen las posibilidades del paciente en lugar de restringirlas.</p>
	<p>Fortalecer una mirada preventivo-promocional en salud mental, integrando acciones clínicas que permitan identificar, anticipar y abordar tempranamente factores de riesgo y señales emergentes</p>

	dentro del proceso psicoterapéutico.
--	--------------------------------------

4.4 Recomendaciones al proceso psicoterapéutico.

A partir de lo aprendido e integrado durante la intervención, se proponen las siguientes recomendaciones para orientar la continuidad del trabajo terapéutico y fortalecer las acciones futuras. Estas sugerencias se organizan según niveles de intervención (individuo, familia, escuela/red y contexto sociocultural) e incorporan criterios operativos y resguardos éticos.

Nivel individuo: profundización del trabajo reflexivo y regulatorio

Recomendación: Continuar fortaleciendo la capacidad reflexiva del paciente, promoviendo mayor elaboración de sus vivencias internas, estados emocionales y patrones relacionales.

Justificación: El desarrollo del funcionamiento reflexivo y de habilidades de regulación emocional constituye un eje central para sostener cambios a largo plazo, especialmente en el caso del paciente, donde la integración emocional requiere tiempo, consistencia y un encuadre seguro.

Acciones sugeridas:

- Mantener espacios terapéuticos orientados a la exploración de experiencias internas.
- Reforzar y consolidar estrategias de regulación emocional y mentalización ya iniciadas.
- Implementar prácticas complementarias (registros breves, notas o ejercicios diarios) que permitan monitorear la aplicación real de las estrategias en la vida cotidiana.
- Incorporar de manera estructurada estrategias de exposición gradual y ejercicios aplicados que permitan asegurar la generalización de habilidades a múltiples contextos.

Nivel familia: continuidad del trabajo infanto-parental

Recomendación: Priorizar el fortalecimiento del trabajo con los cuidadores, promoviendo un acompañamiento infanto-parental que complemente y sostenga el avance individual.

Justificación: En este caso clínico se observó que los patrones parentales continuaban influyendo directamente en el bienestar del paciente. La intervención infanto-parental no solo potencia los cambios terapéuticos, sino que constituye la base para que estos se mantengan en el tiempo.

Acciones sugeridas:

- Realizar sesiones específicas con cuidadores para trabajar comprensión emocional, responsividad y ajuste del acompañamiento cotidiano.
- Fomentar la construcción de un ambiente familiar predecible que valide emociones y apoye la aplicación de estrategias regulatorias.

Nivel escuela/red: articulación temprana y sostenida

Recomendación: Favorecer la coordinación con el contexto escolar para garantizar coherencia en las intervenciones y generar un entorno contenedor en todos los espacios significativos del paciente.

Justificación: El colegio constituye un escenario central para la expresión de dificultades socioemocionales y para la consolidación de habilidades regulatorias.

Acciones sugeridas:

- Contacto con profesionales del establecimiento para compartir orientaciones generales, resguardando la confidencialidad.
- Acordar apoyos concretos en el aula cuando corresponda.
- Monitorear ajustes necesarios en períodos de cambio o transición escolar.

REFERENCIAS

- Achenbach, T.M. & Rescorla, L.A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T.M., Ivanova, M.Y., Rescorla, L.A., Turner, L.V., & Althoff, R.R. (2016). Internalizing/Externalizing Problems: Review and Recommendations for Clinical and Research Applications. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(8), 647-656. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1995). Empirically based assessment and taxonomy of psychopathology for ages 1½–90+ years: Developmental, multi-informant, and multicultural findings. *Comprehensive Psychiatry*, 36(5), 393–395. <https://doi.org/10.1007/BF01977734>
- Achtergarde, S., Müller, J. M., Postert, C., Wessing, I., Mayer, A., & Römer, G. (2015). Attachment patterns and their relation to the development of anxiety symptoms in childhood and adolescence. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr*, 64(7), 496-526. <https://doi.org/10.13109/prkk.2015.64.7.496>
- American Psychological Association. (2017). Ethical principles of psychologists and code of conduct (2002, amended effective June 1, 2010, and January 1, 2017). <https://www.apa.org/ethics/code>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Alarcón-Parco, D. & Bárrig, P. (2015). Conductas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Liberabit. Revista Peruana de Psicología*, 21(2), 253-259. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000200008
- Arango, N., Escoffié, E. & Ruiz, V. (2024). Efectividad de la psicoterapia integrativa en una adolescente parentalizada con síntomas de ansiedad. *Psicología y Salud*. 34(2). <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2902>
- Araújo, L., Veloso, C., Souza, M., Azevedo, J. & Tarro, G. (2021). The potential impact of the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review. *J Pediatr (Rio J)*. 97(4), 369–77. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2020.08.008>
- Barboza, M., Moori, I., Zárate, S., López, A., Muñoz, K. y Ramos, S. (2017). Influencia de la dinámica familiar percibida en el proyecto de vida en escolares de una institución educativa de Lima. *Psicología Escolar e Educativa*, 21(2), 157-166.

- Bardhoshi, G., Duncan, K., & Erford, B.T. (2016). Psychometric meta-analysis of the English version of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Counseling & Development*, 94(3), 356-373. <https://doi.org/10.1002/jcad.12090>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. Psychological Corporation.
- Bekteshi, V. & Bellamy, J. (2024). Adapting for Well-Being: Examining Acculturation Strategies and Mental Health among Latina Immigrants. *Social Sciences*. 13(3), 138. <https://doi.org/10.3390/socsci13030138>
- Bellak, L. & Sorel, S. (2011). *Test de Apercepcion Infantil - CAT-A*. Paidós.
- Berry, J.W. (2005). Acculturation: living successfully in two cultures. *International Journal of Intercultural Relations*. 29(6), 697-712. <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2005.07.013>
- Berry, J.W. (1997). Immigration, acculturation and adaptation. *Applied Psychology: An International Review*. 46(1), 5-68. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.1997.tb01087.x>
- Bhattacharya, S., Goicoechea, C., Heshmati, S., et al. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Meta-Analysis of Recent Literature. *Current Psychiatry Reports*, 25, 19–30. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01402-8>
- Bifulco, A., Brown, G. W., & Harris, T. (1992). Childhood loss of a parent and depression in adulthood: a systematic review. *Development and Psychopathology*, 4(3), 431–447. <https://doi.org/10.1017/s0033291700010394>
- Bolsoni-Silva, A. & Loureiro, S. (2019). Niños con problemas de comportamiento internalizantes y externalizantes: un estudio de caso de control. *Temas em Psicologia*. 27(1), 39-52. <https://doi.org/10.9788/TP2019.1-04>.
- Bowlby, J & World Health Organization (1952). Maternal care and mental health: a report prepared on behalf of the World Health Organization as a contribution to the United Nations programme for the welfare of homeless children, 2nd ed. *World Health Organization*. <https://iris.who.int/handle/10665/40724>
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1*. Basic Books.

- Bravo, D., Errázuriz, A., Calfucoy, P., & Campos, D. (2024). *Termómetro de la salud mental en Chile ACHS-UC: Octava ronda*. Centro UC de Encuestas y Estudios Longitudinales, Pontificia Universidad Católica de Chile <https://www.achs.cl/docs/librariesprovider2/2024/achs-221357/termometro-de-la-salud-mental-en-chile-achs-uc-octava-ronda.pdf>
- Breedvelt, J., Zamperoni, V., South, E., Uphoff, E., Gilbody, S., Bockting, C., Churchill, R. & Kousoulis, A. (2020) Una revisión sistemática de las escalas de medición de la salud mental para evaluar los efectos de las intervenciones de prevención de la salud mental, *European Journal of Public Health*, 30(3), 510–516. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz233>
- Bryson, S., Brady, C., Childs, K., & Gryglewicz, K. (2020). A Longitudinal Assessment of the Relationship Between Bullying Victimization, Symptoms of Depression, Emotional Problems, and Thoughts of Self-Harm Among Middle and High School Students. *International Journal of Bullying Prevention*. 3(10). <https://doi.org/10.1007/s42380-020-00073-4>
- Caplan, S. (2007). Latinos, Acculturation, and Acculturative Stress: A Dimensional Concept Analysis. *Policy Politics & Nursing Practice*. 8(2), 93-106. <https://doi.org/10.1177/1527154407301751>
- Campillo Rodríguez, M. (2010). *El uso de la metáfora y la terapia de juego en la conversación externalizante con el modelo de narrativa* [Archivo en PDF]. Universidad Veracruzana. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2013/06/El-uso-de-la-metafora-y-la-terapia-de-juego.pdf>
- Caqueo, A., Mena, P., Flores, J., Narea, M. & Irrázaval, M. (2020). Problemas de regulación emocional y salud mental en adolescentes del norte de Chile. *Terapia Psicológica*, 38(2), 203-222. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082020000200203>
- Casares, M., Díez-Gómez, A., Pérez-Albéniz, A., Lucas-Molina, B., & Fonseca-Pedrero, E. (2024). Screening for anxiety in adolescents: Validation of the Generalized Anxiety Disorder Assessment-7 in a representative sample of adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 354, 331–338. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.047>
- Cuttler, C., Bridley, A., & Daffin, L. W. Jr. (2022). *Fundamentals of psychological disorders*. Washington State University. <https://opentext.wsu.edu/fundamentalsofpsychologicaldisorders>
- Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de ética profesional* [PDF]. <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2019/01/Codigo-de-Etica-Colegio-de-Psicologos.pdf>
- Copeland, W.E., Wolke, D., Shanahan, L. & Costello, E.J. (2015). Adult Functional Outcomes of Common Childhood Psychiatric Problems: A Prospective, Longitudinal Study. *JAMA Psychiatry*. 72(9), 892–9. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0730>
- Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become

- adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(10), 1015-1025. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x>
- Craven-Staines, S. & Finch, J. (2024). *A Beginner's Guide to Cognitive Analytic Therapy. Practitioner and Service User Perspectives*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003308256>
- Crittenden, P. M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment theory: Social, developmental, and clinical perspectives* (pp. 367–406). Analytic Press.
- Demiralay, B. (2025). The Role of Mentalization in Therapy. *Journal of Clinical Psychology*. 1.
- Doering, S., Larsson, H., Halldner, L., Gillberg, C., Kuja-Halkola, R. & Lundström, S. (2022). Internalizing symptoms in adolescence are modestly affected by symptoms of anxiety, depression, and neurodevelopmental disorders in childhood. *BMC Psychiatry*. 22(1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03875-6>
- Dowell, M., C. Baer, W. & Seong-Youn, C. (1996). The changing problem of overcrowded housing. *Journal of the American Planning Association* 62, 66–84.
- Dueñas, L. J. (2019). Factores de predisposición genéticos y epigenéticos de los trastornos de ansiedad. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12 (2), 61-68.
- Eisenberg, N., Cumberland, A., Spinrad, T. L., Fabes, R. A., Shepard, S. A., & Reiser, M. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child Development*, 72(4), 1112–1134. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00337>
- Expósito-Duque, V., Torres-Tejera, M. & Domínguez, J.A. (2024). Determinantes sociales de la ansiedad en el siglo XXI. *Atención Primaria Práctica*, 6(2). <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100192>
- Feixas, G., Viaplana, D., Muñoz, V., & Montesano, F. (2016). *El modelo sistémico en la intervención familiar* [Manuscrito no publicado]. Universitat de Barcelona, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics.
- Fonagy, P., & Target, M. (1998). Mentalization and changing aims of child psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 87–114.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Gallagher, M., Payne, L., White, K., Shear, K., Woods, S., Gorman, J., & Barlow, D. (2013). Mechanisms of change in cognitive behavioral therapy for panic disorder: The unique effects of self-efficacy and anxiety sensitivity. *Behaviour Research and Therapy*, 51(11), 767–777. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.001>

- Gaviria, A., Correa, L. F., Dávila, C. E., Burgos, G., Osorio, E. D., & Valderrama, J. (2017). *Guía metodológica para el observatorio nacional de salud mental*. Ministerio de Salud y Protección Social. [Archivo en PDF]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/ride/vs/ed/gcfi/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Gilmore, K., & Meersand, P. (2014). *The little book of child and adolescent development*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199899227.001.0001>
- González, O., Navarro, J., Ortiz, L., Alarcón, Y., Ascanio, C., & Trejos, A. (2019). Relación entre prácticas parentales y ajuste psicológico de adolescentes escolarizados. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(5), 661–667. https://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aavft/article/view/17438
- González, D., Cernuda, J. A., Alonso, F., Beltrán, P., & Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145–166. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>
- Grant, D. M., & Beck, J. G. (2010). What predicts the trajectory of rumination? A prospective evaluation. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(5), 480–486. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.004>
- Grienenberger, J., Kelly, K., & Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, mother-infant affective communication, and infant attachment: Exploring the link between mental states and observed caregiving behavior in the intergenerational transmission of attachment. *Attachment & Human Development*, 7(3), 299–311. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Gross, J., & John, O. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Gutiérrez, A., Méndez, C., Riveros, A., & Gutiérrez, M. (2021). Intervención cognitivo-conductual en trastornos de ansiedad infantil. *Revista de Psicología y Salud*, 31(1), 37–49. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2674>
- Hartmann, P. M., MD. (2023). Anxiety. *Magill's Medical Guide* (Online Edition).
- Hayes, S. C. (2019). Terapia de aceptación y compromiso: Hacia un modelo unificado de cambio de conducta. *World Psychiatry*, 18(2), 226–227. <https://doi.org/10.1002/wps.20626>
- Hodann-Caudevilla, R. & Serrano-Pintado, I. (2016). Revisión sistemática de la eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*. 39-45. <https://10.1016/j.anyes.2016.04.001>

- Hofmann, S. G., & Hayes, S. C. (2019). El futuro de la ciencia de la intervención: La terapia basada en procesos. *Clinical Psychological Science*, 7(1), 37–50. <https://doi.org/10.1177/2167702618772296>
- Hostinar, C. E., & Cicchetti, D. (2020). Emotion dysregulation and internalizing spectrum disorders. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780190689285.013.18>
- Jordán, P. (2019). TERAPIA ESTRUCTURAL APLICADA A UNA FAMILIA DE LA CIUDAD DE LA PAZ. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 17(2), 462-476.
- Kerns, K. A., & Brumariu, L. E. (2014). Is insecure parent–child attachment a risk factor for the development of anxiety in childhood or adolescence? *Child Development Perspectives*, 8(1), 12–17. <https://doi.org/10.1111/cdep.12054>
- King B. R. , Boswell J. F. (2021). Therapist and client attitudes toward client independent review of psychotherapy sessions. *Journal of Clinical Psychology*. 77, 1894–1904. <https://doi.org/10.1002/iclp.23122>
- Kowalchuk, A., González, S., & Zoorob, R. (2022). Anxiety disorders in children and adolescents. *American Family Physician*, 106(6), 657–664. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36521463/>
- Langveldt, B. (2023). *Understanding the psychological effects of bullying on children and teens* (Tesis doctoral, Atlantic International University).
- Latorre-Gentoso, Í. (2013) Terapia narrativa: algunas ideas y prácticas. En F. García (Ed.) *Terapia Sistémica Breve. Fundamentos y Aplicaciones*.
- Liu, J. (2004). Childhood externalizing behavior: Theory and implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17(3), 93–103. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x>
- Locati, F., Conte, F., Ensink, K., Midgley, N. & Parolin, L. (2025). Mentalization, theory of mind and socioemotional development in middle childhood. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07475-x>
- Loya-Valdez, M., & Becerra-Hernández, A. (2025). Funcionalidad familiar, depresión y ansiedad de adolescentes en Tabasco, México. *Horizonte Sanitario*, 23(3). <https://doi.org/10.19136/hs.a23n3.5688>
- Lozano, L. & Lozano, L. (2017). Los trastornos internalizantes: un reto para padres y docentes. *Journal of Parents and Teachers*, (372), 56–63. <https://doi.org/10.14422/pym.i372.y2017.009>

- Martinez, J. & Yeomans, M. (2024). Depression, Anxiety, and Stress in the Chilean Educational System: Children and Adolescents Post-pandemic Prevalence and Variables. *Frontiers in Education*, 9, <https://doi.org/10.3389/feduc.2024.1407021>
- McCartan, C., Adell, T., & Cameron, J. (2021). Una revisión de las respuestas políticas internacionales a la recuperación de la salud mental durante la pandemia de COVID-19. *Health Research Policy and Systems*, 19(58). <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00652-3>
- Meade J. (2021). Mental Health Effects of the COVID-19 Pandemic on Children and Adolescents: A Review of the Current Research. *Pediatr Clin North Am*, 68(5), 945-959. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2021.05.003>
- Medina, R. (2018). *Cambios modestos. Grandes revoluciones: Terapia familiar crítica*. Imagia Comunicación.
- Midgley, N., Ensink, K., Lindqvist, K., Malberg, N. & Muller, N. (2019). *TRATAMIENTO BASADO EN LA MENTALIZACIÓN PARA NIÑOS: Un abordaje de tiempo limitado*. Desclée De Brouwer, S.A.
- Ministerio de Salud (MINSAL). (2024). *Construyendo salud mental*. Subsecretaría de Salud Pública; Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Nillni, Y., Rohan, K., & Zvolensky, M. (2012). The role of menstrual cycle phase and anxiety sensitivity in catastrophic misinterpretation of physical symptoms during a CO2 challenge. *Archives of Women's Mental Health*, 15(6), 413-422.
- Noreña, A., Alcaraz, N., Rojas, J. & Rebolledo, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *AQUICHAN*, 12(3), 263-74.
- Organización de las Naciones Unidas [ONU] (2020). *Documento de políticas: COVID-19 y la necesidad de actuar en materia de salud mental*. Nueva York: Naciones Unidas. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_-_covid_and_mental_health_spanish.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Día mundial de la salud mental*.. <https://www.who.int/mental-health/world-mental-health-day/2017/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- Piotrowski, C. (2018). The status of the Beck inventories (BDI, BAI) in psychology training and practice: A major shift in clinical acceptance. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 23(3), e12112. <https://doi.org/10.1111/jabr.12112>
- Prades, I. (2020). *The relationship between socioeconomic status and the level of anxiety*. (Tesis doctoral, Universitat de Girona).

- Philippot, A., Meerschaut, A., Danneaux, L., Smal, G., Bleyenheuft, Y. & De Volder, A.G. (2019). Impact of Physical Exercise on Symptoms of Depression and Anxiety in Pre-adolescents: A Pilot Randomized Trial. *Frontiers in Psychology*, 10, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01820>
- Rendón, L., & Pacheco, R. (2019). Terapia narrativa aplicada a un caso de ansiedad generalizada en un adolescente de 14 años. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBS*, 17(2), 236–268.
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6512). <https://doi.org/10.1126/science.aay0214>
- Rivas, S. (2022). Artículo histórico sobre la terapia familiar y su evolución en la medicina familiar. *Revista mexicana de medicina familiar*, 9(3). <https://doi.org/10.24875/rmf.21000113>
- Rodríguez, J. F., Senín, C., & Perona, S. (2014). Del DSM-IV-TR al DSM-5: Análisis de algunos cambios. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 14 (3), 221–231. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.05.002>
- Rutter, M. (1972). *Reevaluación de la privación materna*. Penguin.
- Santelices, M. P., Zapata, J., Fischersworing, M., Pérez, F., Mata, C., Barco, B., Olhaberry, M., & Farkas, C. (2016). Intervenciones basadas en la mentalización para padres y educadores: Una revisión sistemática. *Terapia Psicológica*, 34(1), 71–80. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000100008>
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(2), 39–48.
- Schaefer, H. y Rubí, P. (2015). Abordaje narrativo y estratégico en el trastorno por ansiedad social. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 53 (1), 35-43.
- Serna, D., Terán, C., Vanegas, A., Medina, Ó., Blandón, O. & Cardona, D. (2020). Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19(5), 1-17
- Schoeps, K., Tamarit, A., Postigo, S., Zegarra, J., & Montoya-Castilla, I. (2021). The long-term effects of emotional competencies and self-esteem on adolescents internalizing symptoms. *Revista de Psicodidáctica*, 26(2), 113–122. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2020.12.001>
- Silva, J. (2023). *Formulación de caso: Terapia de regulación emocional* [Material de entrenamiento, SCDE].
- Silva, J. & Medina, F. (2023). Socioemotional styles: When affectivity meets learning. In P. Fossa & C. Cortés-Rivera (Eds.), *Affectivity and learning: Bridging the gap between neurosciences, cultural and cognitive psychology* (pp. 305–331). *Springer Nature Switzerland AG*. https://doi.org/10.1007/978-3-031-31709-5_17

- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., y Locker, A. (2005). Maternal Reflective Functioning, Attachment, and the Transmission Gap: A Preliminary Study. *Attachment and Human Development*, 7, 283-298.
- Solbakken, A., Hansen, R., y Monsen J. (2011). Affect Integration and Reflective Function: Clarification of Central Conceptual Issues. *Psychotherapy Research*, 21, 482-496.
- Spencer, A.E. (2024). Trajectories and correlates of mental health among urban, school-age children during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18, 32. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00712-4>
- Szuhany, K., & Simon, N. (2022). Anxiety disorders: A review. *JAMA*, 328(24), 2431–2445. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744>
- Toro, R., Vulbuena-Martin, M., Riveros-Lopez, D., Zapata-Orjuela, M. & Florez-Tovar, A. (2021). Rumiación cognitiva y su relación con las psicopatologías internalizantes: una revisión sistemática. *Psicumex*. 10(1). <https://doi.org/10.36793/psicumex.v10i2.345>
- Troncoso-Pantoja, C. & Amaya-Placencia, A. (2017). The interview: a practical guide for qualitative data collection in health research. *Rev. Fac. Med*, 65, 329-32. <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- Trujillo, A., Andrade, L. & Puentes, K. (2023). Efectos de las prácticas de comunicación parental en las conductas internalizantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 15(1), 129–144. <https://doi.org/10.17151/rlef.2023.15.1.7>
- UNICEF. (2021). *Estado mundial de la infancia 2021: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. <https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>
- UNICEF Chile. (2025). *Análisis de la situación de la niñez y adolescencia en Chile (SITAN 2025)*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/chile/informes>
- Vinet, E., Rodríguez-Cancino, M., Sandoval, A., Rojas, P. & Saiz, J.L. (2023). El Empleo de Test por Psicólogos/as Chilenos/as: Un Inquietante Panorama. *Psykhé*, 32(1), 00109. <https://dx.doi.org/10.7764/psykhe.2020.25293>
- Vizioli, N. & Pagano, A. (2022). Inventario de Ansiedad de Beck: validez estructural y fiabilidad a través de distintos métodos de estimación en población argentina. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 28-41. <https://doi.org/10.14718/acp.2022.25.1.3>
- White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona, España: Paidós.
- Xiong, L. (2023). A comprehensive review of anxiety disorders: Understanding, diagnosis and treatment. *Clinical Neuropsychology: Open Access*, 6(4), 185. <https://doi.org/10.4174/chnoa.1000185>

ANEXOS

Anexo A. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (Instrumento)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:					
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)					
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1	Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11	Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17	Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18	Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19	Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20	Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
		En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21	Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo B. Inventario de Ansiedad de Beck (Resultados Pre-Intervención)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo C. Test de Apercepción Temática Infantil (CAT-A) (Relatos)

Lámina 1

Veo unos pollitos sentados en una mesa, comiendo y disfrutando su tiempo entre hermanos y familia. Y su mamá los está viendo ahí cómo comen.

¿Qué pasó antes? *Una de dos, la mamá estaba cocinando, la mamá encontró algo para cocinar. Yo creo una de dos.*

¿Qué pasó después? *Los pollitos se terminan su comida y se van a dormir. ¿Y cómo se sienten estos pollitos?* *Felices.*

Lámina 2

Hay una competencia de jalar la cuerda y un oso, no sé qué es eso, no puede y un osito pequeño viene a ayudarte. ¿O sea, el que no podía es el que está a la derecha y después llega el osito pequeño a ayudarlo? *Sí, porque tiene cara como de que le costaba, estaba como cansado. ¿Y cómo lo están pasando con esto de tirar la cuerda?* *Bien. A la vez le venía una parte de cansado y otra de feliz. ¿Al de la derecha?* *Sí. ¿Y el otro? ¿El que está solo? ¿Cómo se siente?* *Yo creo que como poderoso. Porque le estaba ganando al de la derecha, pero cuando llegó el pequeño lo ayudó y empezó a saltar la cuerda. ¿Y ahora entonces quién está ganando?* *Los que están a la derecha. O sea, nos van como dando vueltas. Porque el de la izquierda va ganando y cuando llegó el pequeñito empezó a ganar el de la derecha. ¿Son amigos, son familia, son desconocidos? ¿Quiénes son?* *Seguramente son amigos. Pero el pequeñito me da duda. A lo mejor el grande debe ser el tío, el papá, no sé. ¿Y el pequeñito fue a ayudar al tío o al papá?* *Sí.*

¿Qué pasó antes? *O se estaban divirtiendo o estaban haciendo una competencia.*

¿Qué pasó después? *Van a terminar ganando los de la derecha. Y después se van a cansar y se van a ir. O van a salir.*

Lámina 3

Como un león viejo longevo. Una persona millonaria o famosa. Es un león viejo millonario famoso. ¿Cómo se siente este león? *Pensativo y feliz a la vez, porque no sé qué estaría mirando. ¿Y está solo?* *No. No. Hay un ratón ahí. ¿Y ese ratón? ¿Qué está haciendo? ¿Quién es?* *Creo que lo está observando. O está mirando algo. O le llamó la atención el color del león. Porque los leones son como medio amarillos. Ahí aparece algo negro, pero los leones son como amarillos. ¿Y cómo se siente el ratón?* *Pensativo también.*

¿Qué pasó antes? *El león salió a caminar, mientras que el ratón estaba buscando queso y cuando vio que llegó el león, se fue a su hueco. ¿A esconderse?* *Sí. Los leones son como los que se comen a los ratones.*

¿Qué pasó después? *Eso, que llegaba a la casa el león y el ratón se fue a esconder.*

Lámina 4

Pueden ser unos canguros que vivían en la selva, o sea, en el bosque. O pasaban por el bosque porque eso, habitan en el desierto normalmente. Y estaban en el bosque de fondo incendiándose cosas. O

estaban escapando de algo. **¿Y cómo se sienten entonces?** Mmm... Yo supongo que bien o mal. Porque pueden estar huyendo de algo, o pueden estar saliendo a pasear, por ejemplo. Por el canguro bebé. **¿El canguro bebé?** Sí, ese que está andando en bici. Se ve como alegre. O parece que van como un picnic, puede ser también. Tienen una canasta.

¿Qué pasó antes? Estaban en un lugar como su casa, para ellos. Y llegó algo e incendió todo el bosque, y después los empezó a perseguir, yo creo.

¿Qué pasó después? Se terminan escapando, pero el bosque se va a incendiar todavía. Porque los canguros no pueden hacer nada. No pueden salvar al bosque, por así decirlo. Pero ellos van a lograr escapar.

Lámina 5

¿Hay personas en la cama? ¿O no?... Creo que se trata de una familia con su bebé, que salieron de la casa y por ejemplo así salieron a pasear. Y dejaron todo así como medio desordenado.

¿Qué pasó antes? Estaban durmiendo y se despertaron para irse. **¿Y a dónde fueron?** A pasear. O por ejemplo fueron al hospital o algo así. Por un pariente o algo así. **¿Y por qué se te ocurre esto del pariente?** No sé, porque... Dije, porque si puede ser urgente. Y se me ocurrió una idea nomás.

¿Qué pasó después? Van a llegar a la casa tristes porque el pariente no se recuperó de su enfermedad.

Lámina 6

¿Es una cueva? Claro, podría ser. Los osos están hibernando o descansando en su cueva. ¿Cuántos osos hay? Uno, dos, tres, cuatro, creo que cinco, cuatro. O tres. Creo que tres. ¿Y están hibernando los tres? Supongo que sí. Pero no veo mucho. Pero el de acá, que está ahí cerquita, los veo con un poquito el ojo abierto, pero los del fondo los veo con el ojo cerrado. ¿O sea, el de cerquita, puede que esté despierto? Sí, como vigilando. Por la duda, si llega un animal peligroso. ¿Está como alerta? Si, de que pueda pasar algo.

¿Qué pasó antes? A lo mejor por el oso de acá, pero antes había pasado un problema allá y por eso está alerta. **¿El que está más cerquita?** Sí. A lo mejor antes hubo un problema y por eso está alerta. **¿Y los otros?** Decidieron dormir como pensando que no iba a pasar nada. Pero él (señalando al otro) sí se quedó alerta.

¿Qué pasó después? Para mí después, al final se va a quedar durmiendo y se lo van a terminar. Y si llegan a estar hibernando, el de acá adelante se va a dormir y puede que los animales esos roben sus cosas y eso, su comida y eso. Su miel.

Lámina 7

*Un mono que está escapando de un jaguar porque seguramente se mandó alguna "cagada". **¿Cómo se sienten?** Uno está enojado y el otro está impaciente, algo así. **¿Cuál está impaciente?** El mono. Creo que el mono... pero no me acuerdo como se decía la palabra... como loco está, no se cual es la... está como loco por escapar porque el tigre está muy cerca. **¿Está asustado?** Si. **¿Y dijiste que algo hizo el mono antes de que el tigre se enojara?** Probablemente sí o el tigre lo estaba cazando. **¿Cuál de esas dos opciones crees que es lo que es más probable que haya pasado?** Si tuvieras que escoger una. Que el mono estaba comiendo banana y el tigre lo vio y lo cazó. O sea, lo está intentando.*

¿Qué pasó después? *Una de dos. O el mono se salvó o terminó siendo mono rostizado dentro de la casa del tigre. ¿Cuál crees tú, si tuvieras que quedarte con una? ¿Qué crees que va a pasar?* Yo creo que el mono se escapó porque es más rápido. Y el tigre escala árboles pero no escala, no trepa. O sea, no trepa de esas lienzas o algo así. Cuerda, ah se me olvidó como se llama... **¿Lianas?** ¡Sí!

Lámina 8

Para mí estos son monos, así como somos los humanos en la actualidad, son como monos revolucionarios. ¿Revolucionarios? Sí, sentados en un sofá viendo tele. Hay uno que está hablando con su hijo y otros dos están hablando en Chile. **¿A qué te refieres con revolucionarios?** Porque es como un humano pero en el cuerpo de un mono, es como así un mono evolucionado. Porque están como hablando, haciendo pancitos, tomando té. **¿Y cómo lo están pasando?** Yo creo que bien, pero están como separados porque si estuvieran bien, bien, estarían hablando todos juntos. **¿Quiénes son, son amigos, familia...?** Si son familia, y la que está así debe ser la prima del monito chico. Y el que está tomando té debe ser el hermano del que está hablando con el coso. O son amigos, simplemente. **¿Qué pasó antes?** Bueno, esa casa debe ser de un mono, así que un mono tuvo que haber estado esperando a los invitados. Y ahí llegaron los invitados y se pusieron a conversar. **¿Qué pasó después?** Y después los invitados se van a ir a su casa y los dueños de la casa se van a quedar a comer. Porque solamente les invité un té. Por lo que veo.

Lámina 9

Esta creo yo que es la habitación de un bebé. ¿Hay alguien? ¿O no hay nadie? Un conejo, no sé si es un conejo. Peluche. Yo creo que es la habitación del bebé. Un bebé recién nacido o un bebé no tan recién nacido. **¿Y qué está pasando en esta habitación?** Al fondo hay como una ventana y al lado es como un muñeco gigante. Y hay un conejo en la cama de madera. Y está todo oscuro. **¿Qué pasó antes?** Yo creo que el bebé estaba dormido y se lo pasaron. O está dormido ahí y no lo vemos. **¿Y si el bebé estaba dormido y se despertó? ¿Cómo se sintió cuando se despertó?** Como triste porque normalmente los bebés cuando se despiertan se ponen a llorar o no quieren levantarse. **¿Qué pasó después?** Conociendo a los bebés se va a volver a dormir, va a tomar leche y va a volver a dormir con peluche en la mano. **¿El conejo su peluche?** Sí. **¿Y alguien lo ayudó? ¿Alguien fue a ver al bebé?** Sí, a llevarlo a la cama, los padres.

Lámina 10

Una perrita mamá. Creo que está lavando la colita a la perrita o... o... no sé. O algo así. O la está bañando, puede ser. ¿Cómo se sienten? La perrita está creo que asustada por su cara y la mamá se ve como enojada con cara seria. Y están en el baño. Que yo creo que la debe estar bañando. **¿Qué pasó antes?** La perrita no se quería meter a bañar. **¿Qué pasó después?** Después la perrita al final se bañó pero quedó muy enojada con la mamá. Porque la... Porque ella no quería.

Anexo D. Test Desiderativo - (Respuestas)

Primera pregunta (aceptación)

¿Qué es lo que más te gustaría ser si no pudieras ser una persona? *Un perro*

¿Por qué? *Son leales, se llevan bien con los humanos, en general tienen familia. Además, si fuera un perro afortunado juro que lo aprovecharía y sería un perro sano.*

Segunda pregunta (aceptación)

¿Qué es lo que más te gustaría ser si no pudieras ser una persona, ni un animal? *Una estrella.*

¿Por qué? *Porque ilumina todo lo que uno no puede iluminar.*

Tercera pregunta (aceptación)

¿Qué es lo que más te gustaría ser si no pudieras ser una persona, ni un animal, ni un “fenómeno”? *Un vaso de agua.*

¿Por qué?: *Para demostrar que uno tiene que aprovechar cada milímetro de agua que tiene para hidratarse, hay gente que no tiene, si fuera un vaso protegería el agua.*

Cuarta pregunta (rechazo)

¿Qué es lo que menos te gustaría ser si no pudieras ser una persona?: *Un tiburón.*

¿Por qué?: *A nadie le gustaría ser odiado y temido por las personas.*

Quinta pregunta (rechazo)

¿Qué es lo que menos te gustaría ser si no pudieras ser una persona, ni un animal?: *La luna.*

¿Por qué?: *Porque si no tuvieramos luna no tendríamos noche para dormir ¡Ah no! Es menos.. Un cuchillo entonces, porque toda la gente tendría miedo de correr, agarrarlo mal o clavárselo.*

Sexta pregunta (rechazo)

¿Qué es lo que menos te gustaría ser si no pudieras ser una persona, ni un animal, ni un objeto?: *La playa de Australia.*

¿Por qué?: *No la cuidan, está muy sucia, tiene muchas bolsas de basura, residuos, contamina y le hace daño a los animales.*

Anexo E. Extractos de Entrevistas Clínicas

1.- Sesión 11-09 (Sesión con el paciente)

(El contexto de la sesión, es que se están realizando preguntas para conocer mejor al paciente y profundizar en sus gustos e intereses).

E: ¿Tienes mascota?

P: Si, 3, Tom, que es un perro viejito de 9-10 años que está en Argentina, Rufo, también un perrito y Miguel, una tortuga. A Tom lo extraño mucho, lo veo solamente en las vacaciones de verano cuando voy a Argentina con mis abuelos.

E: ¿Tu familia está en Argentina?

P: Si, nos vinimos a Chile antes de la pandemia.

E: ¿Y cómo fue este cambio para ti? ¿Me quieres contar?

P: Me costó mucho... pero me fui acostumbrando. Se me hizo difícil y me costó mucho hacer amigos, el 2020 tuve clases 1 semana presencial y luego por la pandemia estuve todo el resto del año sin salir, tuve algunas clases y tareas en video al principio, pero después todo el resto del año libre.

E: Me imagino que debe haber sido difícil.

P: Ese año fue pésimo para mi, extrañaba a mi familia, era la primera vez que salía de Argentina estando grande. Además, cuando llegamos no teníamos auto, nos íbamos caminando a la escuela y me costaba respirar por la altura.

E: ¡Me imagino! ¿Cuánto se demoraban?

P: Como quince minutos, me costó como un mes acostumbrarme a eso y poder respirar mejor...

E: Pucha... Y durante el tiempo que no fuiste a clases, ¿qué hacías?

P: Como fue todo el año libre, todo el día veía tele o dormía, a veces hacía actividades con mi papá, como jugar monopoly o a las escondidas, pero lo pasé muy mal, necesitaba a alguien para pasar el tiempo, además era un lugar muy pequeño. Luego el año siguiente partió presencial, al principio en las clases me aburría, en los recreos pasaba solo, comía, miraba como los demás jugaban y trataba de acercarme... Pero a finales de ese año, me hice un amigo que me empezó a invitar.

E: Que bueno, y hoy en día, ¿es tu amigo?

P: Si, hoy tengo muchos amigos... Mateo, Nahuen, Máximo, Cristóbal.

E: ¡Qué bueno! ¿Y qué suelen hacer juntos?

P: Jugar a la pelota. También tengo amigos más grandes por la escuela de fútbol.

2.- Sesión 30-10 (Sesión con el paciente)

(El contexto de la sesión, es que se está realizando un juego de preguntas y aparece una pregunta sobre "qué hacemos cuando nos sentimos tristes").

P: Yo solamente hago una cosa.

E: ¿Qué cosa?

P: Quedarme solo hasta que se me pase. Yo no hago nada cuando estoy triste. Puede que me acueste, pero nunca duermo... Nunca.

E: Entiendo, ¿Y si te acuestas qué haces mientras esperas que se te pase?

P: Nada, me entretengo con algo.

E: ¿Así como, por ejemplo, con el teléfono o la tele?

P: Sí, puede ser, sí. Hago varias cosas, pero lo que más me satisface es quedarme solo. No quiero que nadie me hable.

E: Entiendo...

P: Me da cosa que la gente me vea triste porque siempre anda... *¿Qué te pasó? ¿Qué te pasó? (imita a la gente).*

E: ¿Y eso como que te molesta un poquito?

P: Sí.

E: ¿Y quiénes son estas personas que de repente andan así con el... "¿Qué te pasó? ¿Qué te pasó?"

P: Bueno, nadie... Solamente en la escuela nomás.

E: Entiendo, no te gusta tanto que te pregunten en la escuela entonces..

P: Si, no me gusta.

E: ¿Y conversar con alguien más cercano, como tu mamá de repente, o tu papá?

P: No, nunca he conversado con ellos cuando me pasaron estas cosas.

E: ¿Y por qué tú crees que no?

P: No es que no crea, es que no lo hago.

E: ¿Pero por qué crees que no lo haces?

P: Porque yo quiero guardar mis cosas, no quiero que se hagan cosas. Sé que es bueno hablar con los papás y todo, pero me da cosa hablar a mí. Ya. Yo no quiero contar lo que me pasó.

E: ¿Se te hace un poco incómodo quizás? ¿O no te dan ganas?

P: Sí.

E: Oye, ¿Y esto tú dirías que te pasa solo para contar cosas malas?

P: Si, son muchas cosas malas.

E: ¿Y hay alguna otra persona quizás que no sean tus papás?

P: No, nunca hablo con nadie. Prefiero guardarlo solo.

3.- Sesión 05-11 (Sesión con la madre)

(El contexto de la sesión, es que la madre está contando sobre una reacción que tuvo el paciente tras un corte de pelo).

M: Resulta que hace tres, cuatro días se fue a cortar el pelo. Y le digo, ya le digo, hacete un buen corte, tratá de sacarte volumen acá. Bueno, fue con el padre. El padre, no sé qué tuvo que hacer, lo deja en la peluquería. Y se viene. No sé si tenía una videollamada, una reunión, no sé qué bien. Que le dijo, ya deciles vos. Bueno, la cuestión es que lo llama el padre y le dice, pa, ¿qué me hago? ¿Qué corte me hago? Y dijo, hijo, hacete el que vos te sientas más cómodo, lo que sí cortate más cortito. Y antes le había dicho yo quiero un corte como vos, pero el papá tiene todo cortado acá. Y como la cubana acá, ¿viste?

E: Ya.

M: Y le dijo, yo quiero un corte como vos, pero no tan corto. Bueno, decíselo, expresá, que sí, le hablas, aprenderá, tenés que aprender a hablar, le dice. Así que... Cuestión que no le dijo... Dice, bueno, no le vas a decir, pásame con el peluquero. ¿Y qué hizo el padre? Dice, córtale como yo.

E: Van al mismo peluquero entonces. O sea, ¿era el mismo peluquero que el del papá?

M: Sí, el mismo. Pero le dijo, córtale como yo. Pero no es que fue una obligación, tipo, córtale igual que yo, córtale parecido a mí, ¿viste? Porque él también deseaba eso. No es que le dijo, córtale igual que yo, ¿cachai?

E: Ya, entiendo.

M: Cuestión que viene enojado del peluquero. No me dijo ni hola, ni a mí, ni el padre. Lo estaba hablando y estaba con el celular, no me pescaba. Y en un momento le digo, te queda hermoso el corte. Estaba comiendo y estaba así, con la cabeza para abajo. Estaba enojado. Dice, no, no, no me gusta el corte de pelo, no me gusta, no me gusta. Y yo lo abracé, le dije, hijo, te queda hermoso, te queda hermoso. Vino la hermana lo abrazó y le dijo que quedaba hermoso. El padre le dijo, hijo, te queda espectacular ese corte. Y él dice no, pero yo no quería esto, yo no quería esto. Hay un tema ahí que, hablábamos con el papá... se le burla en el colegio. Siento como que a él le quedó eso... ¿viste?

E: Sí, me lo comentaste en la primera sesión. Es súper importante considerar eso.

M: Bueno, entonces yo dije, bueno, con las terapias, como está, noto una leve mejoría desde que empecé y demás. Siento como que a él le quedó eso, ¿viste? Que tiene que aparentarse al del grupo, estar con el mismo corte y la misma ropa que el grupo, ¿cachai? Para que sea aceptado. Entonces yo lo hablé y le dije, hijo, un corte, una vestimenta, un arito, un sombrero, todo lo que vos te quieras poner, no te hace mejor persona y estar identificado con ese grupo. A vos lo que te corresponde ser es tu esencia, tenés que potenciar tu esencia. Y si a vos te quieren todos, lo único que te falta es carácter. Entonces tenés que trabajarlo, tenés que trabajar. No podés dejar que se te burlen por un corte de pelo... Me pidió gorro para ir al colegio, fuimos a la cancha el sábado, me pidió gorro, gorro de invierno, ¿viste esos gorritos? No, y con el calor que hacía... pero él no quería ir así. O sea, ya quedó marcado en su psiquis, ¿me entendés? Ese bullying, entonces a él le da vergüenza

E: Claro, porque ya lo han molestado antes por los cortes de pelo...

M: Si, y tiene toda esa parte con sarpullida, claro, si se pone el gorro y la capucha del coso arriba. Le da vergüenza andar así. Y sumale, que se enoja conmigo, se enoja con el padre, se enoja con la hermana, tiene su enojo acá en la casa, porque afuera no dice nada.

4.- Sesión 06-11 (Sesión con el paciente)

(El contexto de la sesión, es que el paciente está hablando sobre lo que hace en los recreos en la escuela).

E: Y aparte de las clases y los recreos, ¿aprovechaste de estar con tus compañeros?

P: Sí.

E: ¿Qué han hecho? ¿Jugar?

P: Jugar... Yo me quedo quieto normalmente en los recreos. Siempre ando con dolores de rodillas y esas cosas. No sé por qué.

E: ¿Y al quedarte quieto, qué es lo que haces? ¿Te quedas sentado en algún lugar?

P: Sí.

E: ¿Y tus amigos te acompañan cuando te quedas sentado?

P: Ellos, la mayoría de las veces, se van a... se van a... jugar.

E: ¿Y a qué suelen jugar?

P: Y juegan a poquito ladrón. Juegan en el celular. Hablan.

E: ¿Y cuando hacen cosas en las que no hay que moverse tanto? ¿Cuando, por ejemplo, juegan al teléfono o hablan, ¿ahí te quedás con ellos?

P: Sí.

E: ¿Es más que nada entonces que a veces no juegas cuando son cosas como de moverse más por si es que tienes algún dolor?

P: Sí.

E: ¿Y hace cuánto tiempo te pasa esto de que tienes dolores en las rodillas?

P: Dos días y mes.

E: Hace harto

P: Sí.

E: ¿Y le has comentado a tus papás que tienes estos dolores?

P: Sí.

E: ¿Qué te han dicho?

P: Ellos dicen que es por crecimiento o algo así.

E: ¿Pero te duele mucho?

P: Más o menos. Me cuesta correr a veces. Algunos días.

E: Ya... ¿Y si de nuevo ponemos ese dolor del uno al diez en un termómetro? ¿Dónde crees que lo pondrías?

P: Así como en general. En los días más dolorosos, me cuesta moverme un ocho, un siete.

E: Ah, ¿te cuesta moverte?

P: Sí.

E: Te duele hartito entonces.

P: Yo cuando camino, la pierna derecha como que la hago... como que la doblo. Por eso camino así. Me cuesta mover la pierna derecha.

E: Entiendo... ¿Qué será? Bueno, en realidad, yo no podría decirte porque no soy doctora, pero pensando en alguna posibilidad, podría tener que ver que de repente al jugar fútbol, por algún movimiento... ¿Algún tipo como de lesión?

P: Sí, yo pienso que a lo mejor una lesión. A lo mejor. Pero, a ver, para caminar me cuesta una rodilla, pero en total me duele en las dos.

E: Ah, ya... Quizás en algún minuto, si es que te duele mucho o ya te cuesta mucho caminar o es muy frecuente, quizás sería bueno que lo volvieras a conversar con tus papás. Para poder indagar en qué será, ver de dónde viene este dolor, porque me imagino que igual es... es un poco fome que te duela. Sobre todo porque también es un dolor que te impide algunas actividades, como el poder jugar con tus amigos, poder de repente correr, moverse, caminar.

P: Si.

E: ¿Y esta semana te dolió hartito? ¿Esta semana entonces también te quedaste en los recreos más sentado o hiciste otras cosas con tus amigos?

P: Si, todas las veces me duele, no sé por qué será.

E: ¿Pero esta semana también?

P: Sí. Sí.

E: ¿Y tus amigos estuvieron ahí contigo o también se fueron a jugar a otras cosas?

P: Ah, nunca les cuento a mis amigos.

E: Y aparte de jugar en los recreos, ¿hay otro momento del día en el que veas a tus amigos?

P: No. No, no los veo. Solamente los veo después.

Anexo F. Inventario de Ansiedad de Beck (Resultados Pre-Intervención)

Cuestionario	No	Leve	Moderado	Bastante
1. Torpe o entumecido	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Acalorado	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Con temblor en las piernas	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Con temor a que ocurra lo peor	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mareado, o que se le va la cabeza	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Con latidos del corazón fuertes y acelerados	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Inestable	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Atemorizado o asustado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Nervioso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Con sensación de bloqueo	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Con temblores en las manos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Inquieto, inseguro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Con miedo a perder el control	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Con sensación de ahogo	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Con temor a morir	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Con miedo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Con problemas digestivos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Con desvanecimientos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Con rubor facial	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Con sudores, fríos o calientes	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>