



Universidad del Desarrollo
Facultad de Psicología

Magíster Intervención Psicológica Infantojuvenil: Abordaje Multinivel

Proyecto de Intervención I

FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL PARA MEJORAR EL BIENESTAR PSICOLÓGICO DE ADOLESCENTES CON ANSIEDAD GENERALIZADA y TDAH

Estudiante: Daniela Isabel Torres Briones

Santiago de Chile, 17 de noviembre de 2025

I. Problema de Intervención

1.1. Demanda Inicial:

Identificación:

Nombre consultante: H

Edad: 17 años

Ocupación: Estudiante de 3ero medio

El consultante H vive con su madre P (40 años) que es estudiante de Derecho y dueña de casa. Además, vive con su padre O (49 años) que es Ingeniero Comercial, aunque actualmente no ejerce, sino que se ha dedicado a emprender vendiendo pan y realizando algunas asesorías financieras. También vive con su hermano menor V (15 años), quien estudia en su mismo colegio, por lo que se acompañan y hacen actividades juntos fuera de la casa.

El paciente llega a consulta en el Servicio de Psicología Integral (SPI) de la Universidad del Desarrollo, mediante una solicitud espontánea, ya que, a finales del año 2023, se encontraba en tratamiento por Trastorno de Ansiedad Generalizada en un CESFAM, sin embargo, por constantes cambios en el profesional tratante, sus padres tomaron la decisión de desistir del proceso y buscar otra instancia de psicoterapia con mayor disponibilidad.

Así, en 2024 inicia un proceso de psicodiagnóstico en el SPI donde se sugiere que H pueda continuar con un tratamiento psicoterapéutico para precisar las hipótesis diagnósticas y dilucidar el diagnóstico diferencial, esto debido a que el paciente presentaría características compatibles con neurodivergencia, específicamente con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y un posible Trastorno del Espectro Autista (TEA). Además, habría experimentado un episodio depresivo, relacionado con las situaciones de bullying, ciberacoso y el término de relaciones significativas vivenciadas en ese momento.

Consecuentemente, a principios de 2025 H asiste a consulta por derivación con un neurólogo, quien confirma el diagnóstico de Déficit Atencional e Hiperactividad con predominio inatento, al mismo tiempo que descarta la comorbilidad con un Trastorno del Espectro Autista. Por tal motivo, comenzó a tomar Neurexan, aunque poco tiempo después se lo cambiaron por Rubifen 10 mg dos veces al día, en la mañana y al mediodía, lo que se complementa al tratamiento con Sertralina que sostiene desde hace un par de años aproximadamente y que es supervisado por un médico general del CESFAM. Sin embargo, no cuenta con un seguimiento especializado por parte de un psiquiatra. H describe estos medicamentos como facilitadores de su estabilidad emocional, a pesar de que también ha manifestado sentir cierta desconexión emocional asociada a los efectos secundarios, refiriéndose a sí mismo como un "robot" en algunas ocasiones.

Ante esto, al reiniciar el proceso psicoterapéutico, el motivo de consulta de ambos padres va dirigido a que su hijo pueda trabajar sus problemas de ansiedad, baja tolerancia a la frustración, malos hábitos de sueño, mucho uso del celular y otras tecnologías.

Por otro lado, H refiere que espera que la terapia con psicólogo le permita tener un "espacio seguro para comentar sus cosas personales" y que pueda obtener herramientas para lograr identificar las intenciones del resto al momento de relacionarse con los demás, también le gustaría trabajar en cómo evitar que la percepción de los demás le afecte.

Ahora bien, según lo relatado por los padres, ambos poseen horarios laborales flexibles, lo que les permite estar en casa y dedicarle tiempo a la familia, a diferencia de lo que sucedía en años anteriores, cuando el padre trabajaba en Santiago, implicando para la familia altos niveles de estrés y la pérdida de hitos importantes en la vida de sus hijos, como sus primeros pasos, actos del colegio, entre otras cosas.

Por su parte, en el espacio del hogar, se presentarían diferentes tensiones y conflictos entre H y sus familiares, quienes señalan tener la impresión de que en ocasiones se dan malentendidos donde a H se le dificulta comprender la intencionalidad de lo que le dicen, interpretándolo como retos o enojos, llevando a que se desencadenen desregulaciones emocionales en el paciente. Asimismo, manifiestan su preocupación por la intensidad de las reacciones emocionales de su hijo, su dificultad para regularse y su tendencia a buscar confrontaciones cuando está alterado emocionalmente. Señalan que, si bien H es muy expresivo y conversador, especialmente en el contexto familiar, en momentos de crisis tiende a provocar discusiones como una forma de canalizar su malestar, lo cual impacta la dinámica del hogar, notando que muchas veces formula preguntas provocadoras o instala temas sensibles como forma de iniciar conflictos, especialmente con su hermano menor o con alguno de los padres. Respecto a esto, los padres reconocen tener dificultad para controlar dichas situaciones, tomando una actitud más confrontacional con su hijo. A su vez, se presentarían tensiones entre H y su hermano menor, puesto que, desde la percepción del paciente, el trato y los límites que sus padres le ponen a ambos es distinto.

En cuanto a consultas previas de salud mental, en el 2018, tras una derivación del colegio, luego de que H insultará a un profesor, inicio un proceso terapéutico y psiquiátrico por un año y medio aproximadamente, tiempo durante el cual el paciente presentaba constantes desregulaciones emocionales, llantos descontrolados y actitudes con un tono agresivo, gatilladas por situaciones como perder en algún juego, o si la profesora entraba a la sala y nadie la saludaba. Sus padres lo describen como alguien "*ansioso e inquieto*", que habla mucho y a veces les es difícil entenderlo debido a lo rápido que habla, por lo que deben pedirle que vaya más lento o pararlo. Sobre esto, comentan que sus dificultades en el colegio se relacionan con lo mismo, lo que lo llevó a tener problemas para dormir, presentando insomnio de conciliación por el uso excesivo del celular en las noches. Sumado a esto, los padres mencionan que la terapia fue de mucha ayuda para que H pudiese adquirir herramientas y así poder ayudarlo desde la coregulación en estas crisis. En esa oportunidad, H fue diagnosticado con un Trastorno de Ansiedad Generalizada.

Análogamente, se deben destacar algunos antecedentes escolares importantes. Luego de terminar octavo básico H se cambia de colegio para realizar su educación media en un Liceo, donde ha sobresalido por su buen desempeño escolar, logrando representar a su colegio en actividades extracurriculares, a pesar de que el cambio significó un gran contraste en su dinámica escolar. No obstante, durante el segundo semestre del 2023, se produjeron conflictos interpersonales entre H y compañeras de su curso, lo que llevo al paciente a distanciarse de su grupo de amigos, significando para él un período de soledad, tristeza y angustia, frente a lo cual decide cambiarse de curso y solicitar ayuda a diferentes autoridades del Liceo, quienes le sugieren a los padres iniciar un proceso terapéutico. En 2024 los episodios de acoso escolar se mantuvieron, aumentando sus niveles de angustia, ansiedad y aislamiento, y no es sino hasta finales de ese año, cuando expulsan al compañero que más lo molestaba, que H comenzó a sentirse tranquilo al asistir al colegio, lo que se refleja en sus asistencias. Ya en 2025 el paciente fue incorporado al Programa de Integración Escolar (PIE) de su colegio, debido a su diagnóstico de TDAH, permitiéndole estructurar apoyos específicos para su situación y logrando una adherencia positiva con la psicopedagoga y el psicólogo escolar, a quienes considera personas importantes en su red de apoyo.

A pesar de las diferentes complejidades emocionales y sociales que el paciente ha enfrentado, durante este año H ha mostrado avances significativos en el ámbito escolar, refiriendo sentirse más cómodo, con mayor capacidad para integrarse, establecer amistades y resolver conflictos interpersonales, a partir de procesos de mentalización de las situaciones ocurridas. Incluso, ha logrado reconciliarse con algunos de los compañeros que previamente lo habían hostigado, lo que ha favorecido su sensación de pertenencia.

Sin embargo, más allá de estos logros, se mantiene un temor persistente a confiar plenamente en los demás, por miedo a volver a ser herido o vivir situaciones de rechazo similares a las ya experimentadas. En el último mes, el paciente ha presentado crisis de angustia de alta intensidad, llevando a sus padres a acudir a urgencias del SAPU como medida de contención frente a la gran desregulación emocional de su hijo. Estas crisis fueron desencadenadas por una experiencia afectiva significativa, donde, tras volver a retomar el contacto con su expareja, esta le manifestó no estar interesada en una relación formal, prefiriendo mantener algo casual para poder explorar vínculos y momentos de placer con otras personas, lo que se suma a las actitudes que tomaba de no responderle a H durante largos periodos de tiempo. Tal experiencia generó en H sentimientos de decepción, tristeza profunda y confusión afectiva, llevándolo a expresar que *“no se siente preparado para vivir una relación amorosa”*, dada la carga emocional que conlleva y la intensidad de sus reacciones frente al rechazo o la ambigüedad vincular.

En síntesis, esta situación no solo movilizó aspectos emocionales profundos del paciente, sino que también reflejó su necesidad de herramientas para manejar vínculos afectivos complejos y autorregularse en momentos de frustración o desilusión emocional.

1.2. Caracterización del objeto de intervención y problematización inicial:

La presente intervención, se centra en el fortalecimiento de las habilidades de regulación emocional en un adolescente con Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y Trastorno por Déficit Atencional e Hiperactividad (TDAH) con predominio inatento, lo que afectaría su bienestar psicológico. Esta comorbilidad configura un perfil clínico caracterizado por alta reactividad emocional, rigidez cognitiva y dificultades atencionales que inciden directamente en su capacidad para elaborar experiencias internas y sostener relaciones interpersonales (Barkley, 2015; Fonagy et al., 2002). Por tanto, la intervención reconoce la influencia de ambas condiciones, comprendiendo que la neurodivergencia de H modela la expresión y mantenimiento de su ansiedad, y que requiere un abordaje psicoterapéutico adaptado a sus necesidades.

Para ello, la regulación emocional se vuelve pertinente, por ser la capacidad de identificar, comprender y gestionar las emociones de manera efectiva, resultando esencial para el desarrollo y mantenimiento del bienestar psicológico (Gross, 2015). La intervención entonces se justifica en base a la presencia sostenida de sintomatología ansiosa, dificultades en la autorregulación emocional, baja tolerancia a la frustración y conflictos relaciones tanto en el ámbito familiar como escolar, con antecedentes de desregulaciones conductuales que han impactado significativamente su bienestar psicológico y funcionamiento cotidiano.

Es importante destacar que, el consultante se encuentra, al igual que muchos adolescentes, en una etapa crítica de su desarrollo, por lo que la falta de habilidades para regular sus emociones podría llevar a una serie de problemas emocionales y sociales. En este caso, los elementos mencionados con anterioridad estarían exacerbando su ansiedad, llevándolo a experimentar síntomas físicos que se han manifestado en crisis emocionales de angustia, influyendo y afectando no solo su bienestar personal, sino que también su capacidad para socializar y mantener relaciones óptimas con sus compañeros (Canals & Moya, 2019).

En vista de ello, desde una perspectiva multinivel se podría considerar el caso de H abordando diferentes factores que serán expuestos a continuación y que contribuyen a la comprensión multinivel del objeto de intervención.

A nivel individual, el funcionamiento de H se configura como un sistema reactivo y vulnerable, marcado por la coexistencia de sintomatología ansiosa y alteraciones propias del TDAH con predominio inatento, que no solo abarcan las dificultades atencionales, sino que también se vinculan con un déficit en las funciones ejecutivas. Estas limitaciones en el control inhibitorio, la memoria de trabajo, la organización y la flexibilidad cognitiva inciden en sus procesos regulatorios, afectando la capacidad de modular respuestas emocionales, sostener la atención, organizar la conducta y planificar acciones de forma ajustada. De modo que, tal combinación incide en su rendimiento escolar o adaptabilidad social, así como en su capacidad para elaborar internamente las experiencias emocionales, interpretar adecuadamente las señales del entorno y modular sus respuestas conductuales (Barkley, 2015). En lo cognitivo, H presentaría un estilo de pensamiento concreto y rígido, con importantes dificultades para organizar, expresar y sostener procesos reflexivos complejos. Esto, sumado a la rumiación y las distorsiones cognitivas, lo sitúa en un modo de procesamiento marcado por la inmediatez y el pensamiento dicotómico, donde tiende a organizar sus vivencias en términos de todo o nada, especialmente en los vínculos significativos (Fonagy et al., 2002). En el plano emocional, predomina una baja diferenciación afectiva, con dificultades para identificar y simbolizar sus emociones, lo que lo lleva a actuar más que a elaborar. Su tendencia a la heteroculpabilidad, junto con la evitación de asumir responsabilidades personales, refleja una falla en los procesos de mentalización que limitan la comprensión de sí mismo y de los

demás. Su modo de afrontamiento frente al malestar suele ser reactivo y proyectivo. Asimismo, según Porges (2011) H presentaría una neurocepción alterada, que lo lleva a interpretar estímulos neutros y ambiguos como amenazas, activando respuestas desreguladas de ansiedad, retraimiento o confrontación. Esta hipervigilancia vincular sugiere una configuración psíquica estructurada desde la defensa, donde lo social se percibe como potencialmente hostil. Si bien estas dinámicas comprometen su funcionamiento, es posible reconocer factores protectores importantes, como la existencia de vínculos significativos que ofrecen validación, contención y pertenencia. Estas relaciones, aunque frágiles, constituyen una base potencial para el fortalecimiento de su regulación emocional y el desarrollo de una narrativa interna más coherente y segura.

A nivel familiar, según Minuchin (1974), la familia es una matriz de identidad que fomenta el sentido de pertenencia, en el caso de H y su familia existirían patrones comunicacionales y vinculares ambivalentes que impactan en su malestar emocional. Esto debido a que, aunque reconoce a sus padres como figuras importantes, en momentos de crisis suele percibirlos como amenazantes, en parte asociado a una historia relacional cargada de conflictos no resueltos, asimetrías percibidas y una validación emocional inconsistente. El paciente manifiesta que en momentos de crisis, sus padres tienden a responder con expresiones confrontativas o minimizantes del malestar como *“deja de pedirme cosas”*, *“tienes que estar bien”*, reforzando la sensación de incompreensión e invalidez emocional, por lo que las expresiones emocionales intensas tienden a ser ignoradas, criticadas o exageradas (Linehan, 1993). Análogamente, H expresa constantemente una vivencia de trato desigual con su hermano menor, siendo este un foco recurrente de tensión e inseguridad afectiva, que puede debilitar la sensación de pertenencia familiar, fomentando los niveles de frustración y contribuyendo a que el malestar de H se canalice en forma de conductas provocadoras o verbalizaciones cargadas de intensidad emocional. Por su parte, la familia ha intentado responder a estas situaciones mediante diferentes estrategias, a pesar de no contar con un seguimiento psiquiátrico especializado ni mayores recursos clínicos estructurados para abordar la sintomatología de H, por lo que esta falta de continuidad y apoyo especializado contribuye al desgaste familiar y a la sensación de ineptitud parental en el manejo de las crisis emocionales de H. En efecto, la relación familiar es un factor clave en la capacidad de H para manejar sus emociones y, a pesar de que esta familia se muestre unida, en momentos de crisis la comunicación se ve mermada, incidiendo en la desregulación emocional de H. Sobre esto, para Thompson (2014) el apoyo emocional dentro del entorno familiar influye directamente en el desarrollo de habilidades de regulación emocional en los adolescentes, por las interacciones que promueven la validación y la expresión emocional sin juicio, ayudando a internalizar estrategias más adaptativas.

A nivel sociocultural, el desarrollo emocional de H se encuentra profundamente influenciado por su trayectoria dentro del sistema escolar, la cual ha estado marcada por experiencias de acoso escolar, ciberacoso y exclusión social. Estos eventos han generado en él una percepción del entorno como potencialmente hostil, promoviendo un estado de hipervigilancia emocional y dificultando el establecimiento de vínculos seguros y sostenidos. Tal como plantea la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987), el mesosistema, que incluye las interacciones entre escuela, familia y pares, ha sido un espacio de alta complejidad para H, donde las relaciones con sus compañeros han promovido respuestas de retraimiento, aislamiento y ansiedad social, afectando su adaptación y regulación emocional. En su liceo, aunque ha logrado ampliar su círculo social e iniciar algunos vínculos protectores, su adaptación aún es parcial. Persiste un temor al juicio, la traición o el rechazo, lo que limita su capacidad para confiar y sentirse seguro en contextos sociales. El cronosistema también resulta relevante en su caso, donde la ampliación del entorno, las nuevas normas y la presión por integrarse a un grupo han alterado su rutina y zona de confort, aumentando su ansiedad anticipatoria y su sensación de desregulación frente a lo nuevo. Estas condiciones

contextuales, presión académica, exigencias sociales y falta de integración plena configuran un entorno que no siempre logra responder de forma suficiente a sus necesidades emocionales, a pesar de los esfuerzos del equipo de convivencia escolar y el ingreso al PIE. Según, Eisenberg, Spinrad y Eggum (2016), la ausencia de entornos de apoyo emocional y seguridad social puede exacerbar los problemas psicológicos en adolescentes vulnerables, mientras que la promoción de relaciones empáticas y sostenidas favorece el desarrollo de estrategias de regulación emocional y resiliencia. En este sentido, si bien la escuela ha mostrado disponibilidad para intervenir, aún se requiere una mayor coordinación clínica y continuidad en el acompañamiento, fortaleciendo la colaboración entre el entorno escolar y familiar.

Desde una perspectiva comprensiva, podría decirse que H presenta un funcionamiento emocional y relacional altamente vulnerable, influido por una historia marcada por experiencias de exclusión social, invalidación emocional y una configuración psíquica reactiva que ha dificultado el desarrollo de recursos internos de autorregulación. La comorbilidad entre su diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada y TDAH con predominio inatento, junto con una estructura cognitiva rígida y una emocionalidad intensa poco simbolizada, han limitado su capacidad para elaborar los conflictos y adaptarse a las exigencias del contexto escolar y familiar. Las dificultades relacionales con sus padres, atravesadas por la percepción de trato desigual y respuestas confrontativas frente a su malestar, refuerzan en H una narrativa de incomprensión y amenaza, lo que lo lleva a actuar sus emociones más que a elaborarlas. Esta dinámica se replica en su entorno escolar, donde la historia de acoso y presión por integrarse ha incrementado su hipervigilancia social y su ansiedad anticipatoria frente a lo nuevo, afectando su sentido de pertenencia y su capacidad de confiar. Según Porges (2011) y Fonagy et al. (2002), esta combinación entre desregulación emocional, percepción de amenaza y escasa mentalización del otro limita el despliegue de estrategias adaptativas en la adolescencia. La interacción de estos factores a nivel individual, familiar y social afecta directamente su bienestar psicológico, generando una sintomatología ansiosa sostenida, retraimiento afectivo y desregulación conductual.

Ahora bien, en la actualidad, la adolescencia representa una etapa particularmente sensible al desarrollo de problemáticas emocionales como el estrés, la ansiedad crónica y la desregulación afectiva, especialmente cuando se presentan entornos escolares exigentes, dinámicas familiares disfuncionales y contextos sociales por contenedores (Daros et al., 2021). En este marco, la regulación emocional se ha consolidado como una competencia central para la adaptación psicológica, entendida como la capacidad de identificar, comprender, expresar y modular emociones de forma flexible (Gross, 2015). La evidencia ha señalado que adolescentes con déficits en esta área son más vulnerables a desarrollar sintomatología ansiosa, depresiva y dificultades de vinculación interpersonal. En otras palabras, la regulación emocional, es definida por Mestre, Núñez, Gómez, Zayas y Guil (2017) como la capacidad para gestionar y modificar las emociones, convirtiéndose en un factor crucial para enfrentar las demandas de la vida diaria, mientras que, su falta podría contribuir al deterioro del bienestar psicológico, esto debido a que las investigaciones consideran que los adolescentes con habilidades deficientes de regulación emocional son más vulnerables a desarrollar algún trastorno emocional internalizante, como la ansiedad crónica, depresión y conductas de evitación.

En el caso de un adolescente como H, se observa un funcionamiento psíquico caracterizado por una estructura emocional y cognitiva vulnerable, con una comorbilidad diagnóstica, lo que afecta significativamente su capacidad para elaborar experiencias internas, sostener la atención, organizar el pensamiento y responder de forma ajustada ante estímulos interpersonales desafiantes (Barkley, 2015). En situaciones de estrés, H tiende a operar desde la reactividad más que desde la

reflexión, con un estilo cognitivo rígido, rumiativo y dicotómico, lo que complica aún más el manejo de su ansiedad y las interacciones sociales.

En ese sentido, el paciente reflejaría la complejidad de las experiencias adolescentes y la importancia de intervenir para fortalecer sus habilidades emocionales. Por lo que, la intervención en este contexto se centraría en mejorar las habilidades de regulación emocional de H para enfrentar la ansiedad, lo que sería importante para poder promover su bienestar psicológico. Se buscará que el paciente pueda tener estrategias para afrontar las emociones negativas, reducir la rumiación y mejorar la resiliencia emocional, ya que, su posible desregulación emocional estaría influyendo en sus dificultades para socializar con sus pares y potencia la aparición de síntomas físicos (Mestre, Núñez, Gómez, Zayas & Guil, 2017). Para ello, es necesario desarrollar dimensiones que contribuyen a la comprensión multinivel del objeto de la problemática, las cuales son:

En primer lugar, se encuentra la dimensión psicológica. Esta es relevante porque durante la adolescencia, el cerebro sufre cambios importantes, particularmente en el córtex prefrontal y el sistema límbico, generando mayor susceptibilidad a las emociones intensas y a la impulsividad, por tanto, la capacidad de regularse emocionalmente no estaría completamente desarrollada, lo que explicaría las dificultades de los adolescentes y jóvenes para gestionar el estrés y la ansiedad (Mestre, Núñez, Gómez, Zayas & Guil 2017). Así pues, los adolescentes que no poseen estrategias efectivas para regular sus emociones tienden a experimentar niveles más altos de malestar emocional, como impulsividad y reactividad ante situaciones que consideran estresantes, derivando en síntomas de rumiación o evitación y exacerbando los niveles de ansiedad (Daros, et al., 2021). Por ende, desde la dimensión psicológica, estas características lo sitúan en un lugar de constante desregulación emocional, con una baja capacidad de mentalización, dificultades para simbolizar el malestar y una escasa diferenciación afectiva. La presencia de una neurocepción alterada (Porges, 2011), en la que estímulos neutros o ambiguos son percibidos como amenazas, mantiene a H en una postura de defensa, lo que refuerza patrones de retraimiento, conductas provocadoras y una creciente desconfianza interpersonal.

En segundo lugar, se encuentra la dimensión social. Es fundamental destacar que el contexto social de un adolescente influye directamente en su capacidad para manejar el estrés. De modo que, un entorno familiar con apoyo emocional, en el que se acepten y validen las emociones del adolescente y se promueva la comunicación, puede facilitar el desarrollo de estrategias adecuadas de regulación emocional. En cambio, en ambientes familiares disfuncionales o de gran estrés, los adolescentes serían más propensos a presentar dificultades en el manejo emocional (Daros, et al., 2021). Por su parte, las instituciones educativas son un elemento crucial para el desarrollo de las habilidades emocionales de los adolescentes, a esto se suman las presiones académicas, sociales y la dinámica de los compañeros para relacionarse, lo que podría generar niveles elevados de estrés y ansiedad, afectando su capacidad para concentrarse y gestionar su salud mental (Easdale-Cheele, Parlatini, Cortese & Bellato, 2024). En el caso de H, se observa una trayectoria marcada por relaciones ambivalentes, especialmente en el núcleo parental. La percepción persistente de un trato desigual respecto a su hermano, junto con respuestas minimizantes frente a su malestar, ha generado una narrativa interna de incompreensión, exclusión afectiva y lucha constante por ser validado. En paralelo, las experiencias de acoso escolar y ciberacoso han erosionado su sentido de pertenencia e incrementado su hipervigilancia social, reforzando un modelo interno de las relaciones como inestables o amenazantes. Tal como plantea Bronfenbrenner (1987), el mesosistema, interacción entre familia, escuela y pares, ha operado de forma disgregada, sin lograr articular un entorno de sostén emocional coherente.

En tercer lugar, estaría la dimensión económica. Aquí se podría considerar que los adolescentes de bajos recursos económicos son más vulnerables, dado que, el acceso a servicios de salud mental especializados y a intervenciones que promuevan la regulación emocional es limitado en muchos contextos, lo que agravaría la falta de apoyo necesario para desarrollar estrategias de manejo emocional saludables (Pedrini, Meloni, Lanfredi & Rossi, 2022). Asimismo, el estrés derivado de las dificultades económicas en las familias también podría transferirse a los adolescentes, incrementando sus niveles de ansiedad y limitando sus oportunidades de acceso a intervenciones preventivas (Easdale-Cheeley, Parlatini, Cortese & Bellato, 2024). La dimensión económica, aunque menos explícita, también es relevante. Si bien la familia de H cuenta con cierta estabilidad, esta se ha visto tensionada por cambios laborales importantes, como el emprendimiento del padre y la preparación profesional de la madre, lo que podría influir en la disponibilidad emocional de los cuidadores y en el acceso sostenido a atención especializada (Pedrini et al., 2022).

En cuarto lugar, se tiene la dimensión cultural. Esta es importante porque explica cómo las diferencias culturales en la percepción y manejo de las emociones juegan un papel importante en la forma en que los adolescentes regulan sus emociones. En algunas culturas, la expresión emocional puede ser más reprimida, llevando a una supresión emocional y a mayores niveles de ansiedad. En efecto, la intervención debe considerar las particularidades culturales para ser efectiva en su enfoque (Easdale-Cheeley, Parlatini, Cortese & Bellato, 2024). Por otro lado, las expectativas sociales, como el rendimiento escolar y académico, las relaciones interpersonales y las normas de comportamiento pueden generar presiones adicionales en los adolescentes. De ahí que, la regulación emocional se vea impactada por estas expectativas, afectando su capacidad para gestionar el estrés derivado de las interacciones sociales y el entorno (Daros, et al., 2021). En efecto, desde una perspectiva cultural, H se inserta en un entorno donde las expectativas sociales sobre el rendimiento escolar, la estabilidad emocional y la autonomía precoz pueden resultar excesivas para adolescentes con vulnerabilidad psíquica. Estas exigencias, sumadas a una historia de rechazo y conflicto interpersonal, han incrementado su ansiedad anticipatoria y su temor a la desconfirmación en los vínculos. La cultura emocional del entorno familiar parece además favorecer respuestas pragmáticas por sobre la exploración emocional, lo que refuerza en H el aprendizaje de estrategias centradas en la evitación, el silencio o la confrontación.

En quinto lugar, se encuentra la dimensión biológica. En este punto, el desarrollo de las habilidades de regulación emocional estaría influido por cambios neurobiológicos, esto debido a que las áreas del cerebro relacionadas con la regulación emocional, como la amígdala y la corteza prefrontal, están todavía en desarrollo durante la adolescencia, contribuyendo a que exista una dificultad en el manejo de las emociones. Asimismo, los adolescentes son más propensos a actuar impulsivamente en situaciones de estrés por la inmadurez neural y de los circuitos cerebrales encargados de la inhibición emocional (Pedrini, Meloni, Lanfredi & Rossi, 2022). En el caso de H, esta dimensión se reflejaría en su impulsividad, dificultad para sostener la atención y tendencia a desbordarse frente a situaciones frustrantes o conflictivas, como en discusiones familiares o evaluaciones escolares. Estas reacciones podrían explicarse por la inmadurez de sus circuitos de autorregulación, en interacción con su diagnóstico de TDAH, lo que refuerza la necesidad de intervenciones que consideren sus particularidades neurobiológicas.

En síntesis, el caso de H permite comprender cómo la interacción entre factores psicológicos, vinculares, sociales, económicos, culturales y biológicos contribuyen a la configuración de un funcionamiento emocional frágil y desregulado. Esta comprensión multinivel permite no solo describir su sintomatología, sino también identificar nudos críticos que orientan una intervención

centrada en el fortalecimiento de habilidades emocionales, la validación de su experiencia subjetiva y la reconstrucción de vínculos seguros.

Como se ha destacado antes, este estudio se enfoca en el fortalecimiento de las habilidades de regulación emocional como vía principal para mejorar el bienestar psicológico de adolescentes que, como H, presentan sintomatología ansiosa, TDAH, dificultades atencionales y alta reactividad emocional frente al estrés interpersonal. La elección de este eje responde tanto a la sintomatología expresada como a las condiciones contextuales que mantienen y retroalimentan el malestar del paciente, especialmente la vivencia de incomprensión emocional, la inestabilidad relacional y las presiones de adaptación social. Lo anterior, lleva a plantear una interrogante, una pregunta clínica, que intentará ser respondida durante el desarrollo de esta intervención.

¿Cómo el fortalecimiento de habilidades de regulación emocional puede mejorar el bienestar psicológico de adolescentes con ansiedad generalizada y TDAH?

Según Gross (2015), la capacidad de regular las emociones es un predictor clave del ajuste psicológico en la adolescencia, especialmente en contextos complejos como los que enfrenta H. Del mismo modo, estudios recientes destacan que los adolescentes con habilidades de regulación emocional deficitarias son más propensos a desarrollar ansiedad, retraimiento social y desorganización en sus relaciones (Daros et al., 2021). Esto es particularmente relevante cuando existen antecedentes de acoso escolar, conflictos familiares persistentes y falta de redes de apoyo estables, como ocurre en el caso de H.

Desde una perspectiva teórica, esta investigación podría contribuir a fortalecer modelos clínicos centrados en la regulación emocional y la mentalización como estrategias clave en adolescentes con comorbilidad ansiosa y neurodivergencia. Al integrar los aportes de Fonagy y colaboradores (2002) sobre mentalización y los desarrollos neurofisiológicos de Porges (2011) en torno a la neurocepción del peligro, se busca comprender con mayor profundidad cómo la desregulación emocional impacta en la construcción del sí mismo.

A nivel práctico, este trabajo tiene el potencial de generar herramientas clínicas aplicables para profesionales que trabajan con adolescentes con características similares a las de H, promoviendo intervenciones que incluyan psicoeducación emocional, validación afectiva, fortalecimiento del yo y estrategias de afrontamiento. Esto permitiría no solo disminuir la sintomatología ansiosa, sino también mejorar su capacidad para sostener vínculos, adaptarse a contextos cambiantes y construir una narrativa interna más integrada y coherente.

En base a lo anterior, podría decirse que el desarrollo de intervenciones en el caso de H es viable y pertinente, considerando que cuenta con una red familiar presente, acceso a apoyo escolar a través del PIE, y una disposición personal al cambio reflejada en su participación activa en las sesiones. Su perfil clínico, requiere de estrategias específicas que pueden ser abordadas dentro de un proceso psicoterapéutico adaptado a sus necesidades evolutivas y neuropsicológicas. Además, el vínculo terapéutico ya establecido y el compromiso de sus cuidadores ofrecen un contexto favorable para implementar intervenciones centradas en la regulación emocional, mentalización y fortalecimiento del yo. Desde una perspectiva logística, se trata de un caso que permite una atención continua y personalizada, en un entorno seguro, con herramientas clínicas accesibles y ajustadas, lo que facilita el acompañamiento terapéutico sostenido sin requerir recursos complejos o de alta especialización externa.

1.3. Antecedentes Contextuales y Teórico-Conceptuales:

1.3.1. Antecedentes Contextuales:

En la presente intervención se indaga en la Regulación Emocional (RE) y el bienestar psicológico, asociado a sintomatología ansiosa y TDAH en adolescentes, temas que han ganado mayor relevancia. La regulación emocional es un componente clave en la promoción del bienestar en población infantojuvenil, autores como Bulnes, Álvarez y Morales (2018) destacan su papel junto a la ansiedad social dentro del desarrollo socioemocional, relevante para la salud psicológica, la protección y promoción de la salud y el ajuste psicosocial, favoreciendo así las relaciones interpersonales, el bienestar e incluso potenciando el rendimiento escolar.

Por tal motivo, diversas instituciones globales, regionales y nacionales han implementado políticas y programas para fortalecer estas habilidades, también para prevenir o mitigar los efectos negativos del estrés y la ansiedad en los jóvenes. En vista de ello, la importancia de la salud mental infantojuvenil ha sido ampliamente reconocida por la OMS y UNICEF, así como por el MINSAL, el INJUV y la Defensoría de la Niñez, entre otras instituciones que, hoy en día, desarrollan iniciativas y publican informes de interés sociocultural.

1.3.1.1. Programas, políticas y evidencia en torno a la Regulación Emocional en adolescentes:

En la última década, la OMS sitúa desde su *Plan de Acción en Salud Mental 2013–2030* la promoción de habilidades socioemocionales como eje de las políticas de salud pública y educación, advirtiendo que la disregulación emocional incrementa el riesgo de ansiedad y estrés crónico en adolescencia. Por ello, recomienda intervenciones preventivas en sistemas educativos, integradas a currículum y comunidad, con enfoque intersectorial (salud, educación y protección social) y metas compartidas entre Estados miembros, dado que ninguna intervención aislada logra por sí sola los objetivos poblacionales (OMS, 2013). Esta perspectiva prioriza la detección temprana, la psicoeducación y la creación de entornos seguros que permitan a los jóvenes entrenar habilidades de identificación, modulación y expresión emocional en contextos reales.

En su *World Mental Health Report*, la OMS (2022) reafirma que la salud mental juvenil debe ser prioridad de las políticas educativas y comunitarias, subrayando que los trastornos emocionales en adolescencia aportan una carga sustantiva de DALYs. El informe enfatiza que programas tempranos y evolutivamente adaptados a la etapa, con componentes de regulación emocional y participación de familias y escuelas, pueden alterar el curso del malestar y mejorar funcionamiento y permanencia escolar. Este enfoque favorece intervenciones multinivel y culturalmente contextualizadas, especialmente en poblaciones vulnerables.

Por su parte, UNICEF estima que hasta un 20% de los adolescentes presenta algún trastorno mental y alerta sobre el riesgo suicida, sumado a esto, la OMS informó que el suicidio representa un 8,5% de las muertes entre jóvenes de 15 a 29 años (y 17,6% en países de mayores ingresos) (UNICEF, 2019; OMS, 2014, citado en WHO, 2014). Además, UNICEF (2021) recuerda que gran parte del malestar adolescente no es necesariamente clínico, pero impacta relaciones, rendimiento y participación social; por ello propone que la regulación emocional sea una competencia transversal del sistema escolar y no solo parte de programas focalizados. A su vez, la OECD (2023) converge en que la RE se asocia con mayor satisfacción vital, resiliencia y permanencia escolar, reforzando el valor de intervenciones universales en centros educativos.

En Latinoamérica, implementaciones basadas en el programa CASEL (2020) muestran mejoras en regulación emocional, reducción de ansiedad y pertenencia escolar (Moreno et al.,

2021). En Chile, la Estrategia Nacional de Salud 2021–2030 y el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 impulsan contención emocional e intervenciones intersectoriales en espacios educativos y comunitarios (MINSAL, 2017, 2022), mientras que el MINEDUC (2022) orienta la convivencia escolar hacia apoyos socioemocionales y protocolos de cuidado. Estas directrices dialogan con necesidades locales como el malestar, el ausentismo y los síntomas emocionales, promoviendo acciones como el PIE y dispositivos de apoyo psicosocial en liceos.

En conjunto, la evidencia respalda que invertir tempranamente en la adolescencia, con foco en la familia, la escuela, los pares y la comunidad, previene trayectorias de riesgo y potencia un desarrollo saludable, coherente con la naturaleza biopsicosocial del bienestar (Fernández & Villamarín, 2021). La investigación sugiere priorizar programas que integren psicoeducación, entrenamiento en regulación emocional, participación familiar y ajustes escolares, abordando factores de riesgo y protección (Jacka et al., 2013). Este marco justifica, además, la articulación con salud y redes territoriales para asegurar continuidad y sostenibilidad de los cambios.

1.3.1.2. Programas, políticas y evidencia sobre el Bienestar psicológico en adolescentes:

Respecto al bienestar psicológico en la adolescencia, este ha sido reconocido como una dimensión esencial del desarrollo integral, siendo abordado en políticas públicas desde un enfoque biopsicosocial, preventivo y de derechos. La OMS (2022) define el bienestar psicológico como un estado en el que el individuo puede afrontar los desafíos de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad. En adolescentes, esto implica no solo la ausencia de síntomas clínicos, sino también la capacidad de experimentar satisfacción vital, sentido de pertenencia, propósito y regulación emocional.

Globalmente, el informe *The State of the World's Children 2021: On My Mind* de UNICEF (2021) alerta que los adolescentes están experimentando crecientes niveles de angustia emocional, aislamiento social y pensamientos autodestructivos, señalando que hasta un 15-20% de los adolescentes presentan problemas significativos de salud mental. En este contexto, propone integrar el bienestar psicológico como un derecho, y no solo como una meta clínica, promoviendo ambientes familiares, escolares y comunitarios que garanticen contención emocional, escucha activa y desarrollo de habilidades adaptativas.

En Chile, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social han articulado esfuerzos desde el año 2015 a partir de la Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2015-2025 (MDS & MINSAL, 2015), que plantea como eje fundamental la promoción del bienestar psicológico, el fortalecimiento del proyecto vital y la salud mental integral. A su vez, se propone avanzar en estrategias comunitarias que favorezcan el sentido de pertenencia, la autoestima, la participación social y el acompañamiento emocional de los adolescentes.

De hecho, en el plano educativo, iniciativas como el Plan de Formación Ciudadana y la incorporación del Bienestar Escolar en proyectos educativos institucionales (PEI) buscan promover climas relacionales positivos, reducir factores de riesgo psicosocial y asegurar el derecho de los estudiantes a una experiencia escolar saludable y emocionalmente segura (MINSAL, 2020).

En definitiva, tanto el marco internacional como nacional respaldan que el bienestar psicológico en adolescentes debe ser una prioridad de las políticas intersectoriales. Este sustento normativo y empírico no solo permite comprender el contexto que rodea el malestar emocional de H, sino también fundamenta la necesidad de intervenir en esta etapa del desarrollo desde un enfoque preventivo, centrado en el fortalecimiento de sus recursos emocionales y vinculares.

1.3.1.3. Programas, políticas y evidencia alrededor del Trastorno de Ansiedad Generalizada en adolescentes:

El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es uno de los más comunes en la adolescencia, se caracteriza por una preocupación excesiva, anticipación negativa, tensión constante y síntomas somáticos como insomnio, fatiga, dificultad para concentrarse o irritabilidad. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 2022) el TAG puede llegar a interferir significativamente en el funcionamiento académico, familiar y social, especialmente cuando se presenta junto a otros trastornos como el TDAH, como ocurre en el caso de H.

Internacionalmente, la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2022) ha señalado que la ansiedad constituye el grupo de trastornos mentales más prevalentes en adolescentes, y que el Trastorno de Ansiedad Generalizada representa una de las formas más persistentes y discapacitantes, especialmente cuando no es abordado de manera temprana. El informe destaca que la ansiedad en adolescentes tiende a pasar desapercibida o a confundirse con problemas de personalidad, lo que retrasa la intervención y agrava la sintomatología, afectando la autoestima, el sentido de pertenencia, la adaptación escolar y las relaciones interpersonales.

Un informe reciente emitido por la UNICEF y la London School (2021) afirma que la ansiedad no tratada en adolescentes genera un impacto económico y social significativo a largo plazo, incluyendo el aumento del ausentismo escolar, los conflictos familiares, las conductas evitativas y la cronificación del malestar en la vida adulta. El informe propone fortalecer los sistemas de salud escolar y primaria con enfoques específicos para la detección, acompañamiento y contención de adolescentes con trastornos de ansiedad, integrando a la familia, el colegio y el sistema de salud.

A nivel regional, el Plan de Acción Mundial sobre la Salud Mental 2013-2030 de la OMS (2021) establece la necesidad de un enfoque diferenciado para adolescentes con TAG, recomendando intervenciones centradas en el desarrollo de habilidades de afrontamiento, estrategias cognitivas para reducir la rumiación, y técnicas de regulación emocional adaptadas a la etapa evolutiva. Acá, la regulación emocional no solo se visualiza como una herramienta preventiva, sino también como un componente esencial del tratamiento clínico del trastorno.

En el contexto nacional, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 (MINSAL, 2017) reconoce explícitamente a los trastornos de ansiedad como una prioridad dentro de las estrategias de salud mental en niños, niñas y adolescentes. Este plan promueve la capacitación de equipos escolares y de atención primaria para aplicar estrategias psicoeducativas, intervenciones breves de regulación emocional y acciones de prevención secundaria. Además, establece la importancia de la derivación oportuna a psicoterapia en aquellos casos donde la sintomatología ansiosa interfiere significativamente con la dinámica familiar o el desempeño escolar.

Ahora bien, estudios en adolescentes chilenos han evidenciado una fuerte asociación entre el TAG, las dificultades en la regulación emocional, estilos de apego inseguros y contextos familiares poco contenedores emocionalmente (González-Peña et al., 2020; Araya et al., 2022). Estos hallazgos refuerzan la importancia de abordar el TAG desde una perspectiva integral y contextualizada, que contemple tanto los síntomas clínicos como las dinámicas relacionales que los sostienen.

En conjunto, estos antecedentes permiten afirmar que el abordaje del TAG en adolescentes requiere una mirada multinivel, que integre intervenciones psicológicas, familiares, escolares y comunitarias. En este marco, el fortalecimiento de las habilidades emocionales, como la regulación emocional, se constituye como una vía necesaria y respaldada empíricamente para reducir el malestar, favorecer la adaptación social y promover el bienestar psicológico en esta etapa vital.

1.3.1.4. Programas, políticas y evidencia alrededor del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en adolescentes:

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que, en la adolescencia, suele expresarse con mayor peso del predominio inatento y dificultades en la autorregulación. De acuerdo con el *DSM-5*, se caracteriza por patrones persistentes de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfieren significativamente en el funcionamiento académico, familiar y social (APA, 2022). Además, implica alteraciones en las funciones ejecutivas, es decir, control inhibitorio, memoria de trabajo, planificación, organización y flexibilidad cognitiva, que sostienen los procesos de regulación emocional y conductual (Barkley, 2015; Brown, 2013). Estas dificultades contribuyen a mayor reactividad emocional, sesgos de interpretación, problemas de mentalización y trayectorias de rendimiento escolar irregular, especialmente cuando coexiste con trastornos ansiosos, como en H.

A nivel internacional, la Organización Mundial de la Salud ha señalado la necesidad de detección oportuna y de apoyos intersectoriales para condiciones del neurodesarrollo, integrando salud, educación y comunidad, con énfasis en habilidades socioemocionales y en la reducción de barreras para la participación escolar (OMS, 2022). UNICEF (2021) ha llamado a fortalecer entornos educativos capaces de ajustar la enseñanza y la evaluación a las necesidades de adolescentes neurodivergentes, promoviendo pertenencia, participación y bienestar socioemocional. Cuando el TDAH no es abordado apropiadamente, se incrementa el riesgo de desajuste académico, conflictos vinculares y trayectorias de exclusión, con impacto social y económico a largo plazo.

La comorbilidad de TDAH con el TAG es frecuente y se asocia a mayor severidad clínica y a conflictos interpersonales. La desregulación emocional y los déficits ejecutivos median la relación entre TDAH y ansiedad, potenciando rumiación, evitación y vulnerabilidad al estrés (Sciberras et al., 2014; Seymour et al., 2022). Este patrón coincide con lo observado en H, donde aparece la hipervigilancia, la rigidez cognitiva, el pensamiento dicotómico y la lectura amenazante del contexto social, lo que sostiene crisis ansiosas y dificultades de adaptación.

En el plano de las políticas, el Plan de Acción Mundial sobre la Salud Mental 2013–2030 de la OMS promueve enfoques diferenciados para adolescentes con condiciones del neurodesarrollo, priorizando intervenciones evolutivamente pertinentes, trabajo con la familia, la escuela, la salud y el entrenamiento de habilidades que integren funciones ejecutivas y RE (OMS, 2021).

En Chile, el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 y la Estrategia Nacional de Salud 2021–2030 recomiendan dispositivos de apoyo escolar, como por ejemplo, el PIE, ajustes razonables y coordinación clínica-pedagógica para garantizar accesibilidad y continuidad del cuidado (MINSAL, 2017; 2022). Estas orientaciones son coherentes con las necesidades de H y con las acciones que ya se han implementado en su establecimiento.

En conjunto, los antecedentes sugieren que el abordaje del TDAH en la adolescencia requiere de una mirada multinivel que articule apoyos ejecutivos y funcionales (rutinas visuales, segmentación de tareas, externalización de memoria de trabajo, chequeos breves), así como fortalecimiento de la flexibilidad cognitiva y la tolerancia a la incertidumbre, incluyendo el entrenamiento en regulación emocional (rotulado afectivo, reevaluación cognitiva, mindfulness adaptado a pensamiento concreto), e integrando la validación y la mentalización en la relación terapéutica y en la familia (Barkley, 2015; Gross, 2015; Hervás & Moral, 2017). En el caso de H, la comorbilidad del déficit atencional y la ansiedad generalizada hace imprescindible un plan que combine intervenciones clínicas con apoyos escolares y participación familiar, orientado a reducir la desregulación, mejorar la adaptación académica y promover el bienestar psicológico.

1.3.2. Antecedentes Teórico-Conceptuales:

Considerando lo anterior, para poder prevenir, promocionar, diagnosticar e intervenir en la población infantojuvenil, se definen conceptos claves, como el bienestar psicológico, la regulación emocional, la ansiedad, ya que, “los problemas y trastornos de ansiedad son los más frecuentes en niños y adolescentes” (Canals & Moya, 2019, p.8) y el déficit atencional con predominio inatento.

1.3.2.1. Definición ansiedad:

En la infancia los miedos y las ansiedades son frecuentes, y suelen emerger ante desafíos evolutivos como el ingreso al sistema escolar o la separación de las figuras de apego, la mayoría de los niños/as logra manejarlos adecuadamente, aunque en algunos los síntomas se cronifican, se intensifican y afectan su funcionamiento cotidiano, convirtiéndose en un problema para ellos y su entorno (Fernández & Villamarín, 2021). La APA (2013) define los trastornos de ansiedad como cuadros que cursan con miedo, entendido como respuesta emocional ante una amenaza real o imaginaria, mientras que la ansiedad corresponde a la respuesta anticipatoria a una amenaza.

En el TAG, el patrón central es la preocupación excesiva, persistente y difícil de controlar respecto de diversos eventos o actividades, que se mantiene por al menos seis meses y se acompaña de inquietud, fatiga, dificultades atencionales, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño, según criterios de la APA (2013). En la adolescencia este cuadro suele confundirse con rasgos propios del desarrollo y pasar inadvertido, sin embargo, la evidencia muestra que puede producir un deterioro significativo en el rendimiento académico, la vida social y el ámbito familiar, con impacto funcional relevante en quienes lo presentan, como han documentado investigaciones recientes en población adolescente (Beesdo-Baum et al., 2021). Además, en el TAG se observan sesgos cognitivos característicos, entre ellos la sobreestimación de amenazas futuras, la intolerancia a la incertidumbre y estilos de afrontamiento evitativos, lo que compromete el bienestar psicológico y la autoeficacia percibida en la vida diaria, tal como describen Kertz, Lee y Björgvinsson (2022).

Complementariamente, Sánchez y Ruiz (2023) definen la ansiedad como una respuesta natural del organismo ante estrés o peligro, que se transforma en trastorno cuando interfiere de manera significativa en la vida de la persona. En adolescentes, múltiples factores contribuyen a su aparición, como la presión académica, los desafíos de integración social y la búsqueda identitaria, junto con la incertidumbre respecto del futuro y las expectativas del entorno, situaciones que pueden generar sentimientos de sobrecarga y llevar a problemas personales, familiares o relacionales. En estos casos, la sintomatología somática, que incluye sudoración, palpitations, temblores, disnea y mareos, evidencia el malestar y la activación fisiológica asociada a la ansiedad.

En esa misma línea, Rapee (2016) describe un cambio sustantivo en la comprensión de la ansiedad infantojuvenil, que pasó de considerarse poco frecuente y de bajo impacto a constituir un foco de investigación creciente en las últimas dos décadas. A diferencia del abordaje en adultos, en niños/as y adolescentes, la investigación ha tendido a examinar la ansiedad como parte del conjunto de trastornos internalizantes, entendidos como problemas que se procesan internamente, por lo que generan alta angustia para quienes los padecen y menor visibilidad para el entorno. La evitación emerge como rasgo central, desde conductas manifiestas frente a situaciones específicas hasta formas sutiles como indecisión, retraimiento o ritualización, por lo que distinguir el detonante de la evitación resulta clave para el diagnóstico, ya que lo definitorio es la expectativa de amenaza. Como ejemplifica Rapee, dos niños pueden rehusarse a ir a la escuela por razones distintas, solo uno de ellos expresará ansiedad si su conducta está motivada por una amenaza percibida, por ejemplo, temor a la burla de pares, mientras que el otro no, si su motivo es preferir una actividad más

gratificante y sin amenaza asociada, lo que ilustra la importancia del componente anticipatorio en la ansiedad infantojuvenil y la necesidad de precisar su contenido y sus manifestaciones somáticas inespecíficas, como cefalea, dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, tensión muscular y problemas de sueño, que dificultan su detección temprana y su diagnóstico clínico adecuado, tal como expone el propio autor (Rapee, 2016, p.3).

1.3.2.2. Definición Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH):

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón persistente de inatención o hiperactividad e impulsividad que interfiere de manera significativa en el funcionamiento académico, familiar y social, con inicio en la infancia y persistencia frecuente en la adolescencia, en esta etapa la presentación se desplaza desde manifestaciones motoras evidentes hacia inquietud interna, desorganización, dificultades para planificar y mantener la atención, y variabilidad del rendimiento, y cuando coexiste con otros trastornos como la ansiedad generalizada el impacto funcional tiende a ser mayor, como ocurre con H (APA, 2022). Más allá de los síntomas conductuales, se reconoce que el TDAH involucra alteraciones en funciones ejecutivas que sostienen la autorregulación, como el control inhibitorio, la memoria de trabajo, la planificación, la organización y la flexibilidad cognitiva, lo que se expresa en dificultades para iniciar y sostener tareas, gestionar el tiempo, resistir distracciones, cambiar de estrategia ante el error y mantener metas bajo estrés, con evidencia meta analítica de déficits robustos especialmente en inhibición y memoria de trabajo que explican buena parte del deterioro funcional cotidiano (Barkley, 2015, Brown, 2013, Willcutt, 2005).

En la adolescencia estas limitaciones se vinculan estrechamente con la regulación emocional, se observa mayor reactividad ante la frustración, baja tolerancia a la incertidumbre, cambios afectivos rápidos y tendencia a estrategias desadaptativas, y la desregulación emocional puede mediar la relación entre TDAH y ansiedad incrementando la rumiación, la hipervigilancia y los conflictos interpersonales, lo que se asocia a problemas de adaptación escolar, tensiones familiares y dificultades en la pertenencia con pares cuando no se implementan apoyos específicos (Seymour et al., 2022). La comorbilidad entre TDAH y TAG es frecuente en la adolescencia y se relaciona con mayor severidad clínica y deterioro funcional, la preocupación excesiva y la intolerancia a la incertidumbre propias del trastorno ansioso se combinan con déficits ejecutivos del TDAH y potencian bucles de rumiación, evitación y autocrítica, con la vivencia de estar siempre atrás y a punto de fallar, y con oscilaciones entre hipercontrol ansioso y desorganización ejecutiva que alimentan vergüenza, pérdida de autoeficacia y temor a la evaluación social (Barkley, 2015, Brown, 2013, Beesdo Baum et al., 2021, Kertz, Lee y Björgvinsson, 2022).

En el plano cognitivo y afectivo esta combinación favorece un pensamiento dicotómico de todo o nada y una atención sesgada a la amenaza, con dificultad para detener o redirigir cadenas de preocupación por problemas de inhibición y de memoria de trabajo, lo que limita la mentalización, la toma de perspectiva y la reevaluación de significados ante la incertidumbre. A nivel corporal la neurocepción tiende a leer estímulos ambiguos como peligrosos, activando hipervigilancia y respuestas de lucha, huida o congelamiento, con irritabilidad y fatiga asociadas, que se traducen en retiro o confrontación, conflictos con pares y figuras parentales y uso de afrontamientos evitativos que perpetúan la ansiedad y el fracaso percibido (Kertz et al., 2022, Porges, 2011, Beesdo Baum et al., 2021). El abordaje requiere un marco de regulación emocional articulado con andamiaje ejecutivo, con tolerancia a la incertidumbre y reevaluación guiada mediante psicoeducación sobre preocupación y rumiación, con ejercicios de escalas de grises, con exposición graduada y prevención de evitación y de conductas de seguridad, con mindfulness y prácticas breves de seguridad autónoma, con soportes ejecutivos como segmentación de tareas, recordatorios externos y

rutinas visuales, y con coordinación contextual para alinear demandas y apoyos (Gross, 2015, Hervás y Moral, 2017, Barkley, 2015, Seymour et al., 2022). Este diseño reduce la reactividad, mejora la autoeficacia y promueve experiencias de dominio que corrigen el ciclo ansioso-ejecutivo.

1.3.2.3. Definición adolescencia:

Por tal motivo, se vuelve relevante definir y caracterizar una etapa como la adolescencia, según Morales y Moysén (2015) esta es considerada como una etapa de adaptación, crisis, estrés y desajuste, también es un periodo que le demanda al adolescente todo su esfuerzo para adaptarse a nuevas necesidades personales y sociales. En otras palabras, es una etapa de profundos cambios, lo que supone una reorganización de las interacciones sociales, entendiéndose que hay modificaciones en las relaciones interpersonales con pares, padres e incluso pareja. De modo que, el adolescente podría verse obligado a cumplir ciertos papeles sociales en relación a sus compañeros, a sus padres, personas del sexo opuesto y, al mismo tiempo, tener que conseguir buenos resultados escolares y tomar decisiones sobre su carrera profesional o su futuro, lo que sin lugar a dudas les puede generar estrés y afectar el bienestar psicológico de los jóvenes.

Etimológicamente, la palabra adolescencia proviene del latín “adolecere”, que significa crecer hacia la madurez, por lo que puede ser considerada como una etapa de transición entre la infancia y la adultez, en la que se presentan múltiples y complejos cambios físicos, psicológicos y sociales. En ese sentido, puede entenderse como una fase de transición del ciclo vital en la que se experimentan problemas complejos y duraderos, que llevan a un período de vulnerabilidad, aunque no todos los adolescentes la vivencian por igual (Siguenza, Quezada & Reyes, 2019). Ahora, a pesar de las complejidades que puedan enfrentarse, la adolescencia es una de las etapas más sanas de la vida, donde lo fundamental es preparar a los jóvenes para que sean capaces de desarrollar sus potencialidades a partir de las dificultades que se presenten, ya que, si no se aborda en el momento adecuado podría convertirse en una situación problemática y en un período vulnerable que fomenta la aparición de conductas de riesgo, factores que podrían presentarse por sí solos o pueden concurrir por situaciones externas y traer consecuencias para la salud.

En efecto, durante la adolescencia se distinguen dos aspectos íntimamente relacionados, por un lado, la persona se reconoce y, por el otro lado, la persona es consciente. Al reconocerse se identifica como un sujeto con deberes y derechos. Mientras que, al estar consciente logran dar cuenta que pertenecen a una comunidad a la que aportan realidad individual y donde comparten valores y proyectos con quienes la integran, entendiéndose que esta es una etapa que se caracteriza por la búsqueda del sí mismo y de la identidad, así como de una necesidad de independencia y agrupamiento social con pares, lo que, en conjunto con los cambios físicos lleva a cambios mentales y del estado de ánimo, que de no contar con un adecuado manejo del entorno que lo rodea puede conducir a un estado ansioso-depresivo (Cortés, Román, Suárez & Alonso, 2021).

1.3.2.4. Definición bienestar psicológico:

En vista de lo anteriormente expuesto, se vuelve necesario abordar un término como lo es el bienestar psicológico, para Méndez, Klos y Lemos (2021) desde el campo de la psicología positiva se pueden definir con mayor precisión los contornos del bienestar humano, incluyendo el estudio de recursos y fortalezas positivas, que amplían el marco de investigación y actuación de la psicología. A partir de ahí, uno de los conceptos fundamentales de investigación de la psicología positiva es el bienestar psicológico, el cual es especialmente importante en la adolescencia por tratarse de un período en el que se producen transformaciones sustanciales en la personalidad, se define la identidad personal y se lleva a cabo la elaboración de un proyecto de vida. Para poder conceptualizar

el bienestar psicológico se presentará una perspectiva ampliamente difundida, la cual corresponde a la definición del bienestar a partir de un enfoque eudaimónico.

Desde la perspectiva eudaimónica del bienestar psicológico, uno de los modelos más estudiados es el de Ryff (1989), quien define al bienestar como el desarrollo de las capacidades y el crecimiento personal, donde el individuo muestra indicadores de funcionamiento positivo. Para el autor el bienestar psicológico se encuentra conformado por seis dimensiones, tales como la autoaceptación, las relaciones positivas, la autonomía, el dominio del entorno, el propósito en la vida y el crecimiento personal como el sentimiento de desarrollo continuo, de expansión y de crecimiento a través del tiempo. Así pues, los recursos y fortalezas psicológicas positivas intrapersonales (autocompasión) e interpersonales (compasión, empatía y alivio del sufrimiento) favorecen el cumplimiento de necesidades psicológicas básicas que resultan fundamentales para el bienestar psicológico desde la perspectiva eudaimónica.

Por otro lado, según Cordero, Gracia-Leiva, Moyano y Páez (2024), progresivamente las investigaciones en psicología se orientan hacia una comprensión positiva de la adolescencia y de los mecanismos que promueven el bienestar en esta etapa; muchas de ellas se concentran en estudiar la satisfacción con la vida, el bienestar subjetivo o el bienestar psicológico. En el caso del bienestar psicológico también destacan los aspectos eudaimónicos del desarrollo humano y abarcan dimensiones como la autoaceptación, el crecimiento y la expansión personal, la autonomía, el propósito vital, los vínculos positivos y el dominio del entorno. Por ende, el bienestar psicológico se ha asociado a más emociones positivas y a mayor satisfacción con la vida.

Consecuentemente, al hablar de bienestar psicológico se deben pensar en aquellas variables que pudiesen promoverlo, como es el caso de la regulación emocional, para Vargas y Muñoz (2013) durante los últimos años la literatura en psicología clínica ha señalado la importancia de la disregulación emocional, como uno de los elementos centrales asociados a problemas psicológicos por los que consultan los niños, niñas y adolescentes que asisten a terapia. En ese sentido, las investigaciones realizadas desde las perspectivas conductuales señalan que la disregulación emocional parece estar íntimamente relacionada con problemas de ansiedad, estrés, depresión y otros problemas psicológicos. En síntesis, “el término disregulación emocional se refiere a dificultades en la habilidad para regular o modular la emoción” (p.226). Por lo que, el manejo de esta dificultad en la habilidad para regular la emoción implicaría la realización de intervenciones que favorezcan el desarrollo de la regulación emocional, aunque los autores consideran que habría diferencias entre lo esperado y lo obtenido en intervenciones asociadas a la regulación emocional, por lo que proponen darle una mayor precisión a la definición del concepto de regulación emocional y a los elementos que se relacionan con este término.

1.3.2.5. Definición regulación emocional:

La regulación emocional, desde una perspectiva contemporánea y transdiagnóstica, es el conjunto de procesos mediante los cuales las personas detectan, comprenden, aceptan y modulan sus estados afectivos para responder de modo flexible y orientado a metas ante demandas internas y contextuales, la Terapia de Regulación Emocional (TRE) sitúa a la emoción y su manejo como blanco primario e integra conciencia y etiquetado, aceptación y validación, dirección atencional, reevaluación de significados, modulación fisiológica y acción guiada por valores, como familias de estrategias antes y después de que la emoción emerge, articulando componentes cognitivos, atencionales, somáticos y conductuales en una lógica procesual (Mennin & Fresco, 2014, Gross, 1999, 2015, Thompson, 1994). Desde el modelo procesual, regular no equivale a suprimir, sino a influir en la selección y modificación de la situación, el despliegue atencional, la reevaluación y la

modulación de la respuesta, junto con procesos relacionales como validación afectiva y mentalización, que favorecen diferenciación emocional y perspectiva del otro en alta activación, reducen la fusión con estados intensos, flexibilizan interpretaciones y ajustan la conducta a metas significativas, fortaleciendo la agencia (Gross, 2015, Linehan, 1993, Fonagy et al., 2002).

Algunas estrategias se asocian consistentemente a mejores resultados, la reevaluación y la aceptación se relacionan con menor sintomatología, mientras que supresión, evitación y rumiación predicen mayor psicopatología internalizante en adolescentes, lo que orienta la elección técnica en clínica (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010, Daros et al., 2021). Instrumentos como el DERS conceptualizan la desregulación como dificultades en conciencia y claridad emocional, aceptación, manejo de impulsos, acceso a estrategias y mantenimiento de metas bajo activación, ofreciendo un mapa útil para focalizar la intervención, en la adolescencia la reorganización prefrontal límbica incrementa la reactividad y exige andamiajes externos para sostener metas y modular la activación, de ahí la relevancia preventiva y terapéutica del entrenamiento deliberado en regulación emocional (Gratz & Roemer, 2004, Mestre et al., 2017).

La TRE se diferencia de enfoques centrados solo en lo cognitivo al situar el cambio en la relación con la emoción y no únicamente en el contenido del pensamiento, por eso la reevaluación se integra a un plan que incluye conciencia y etiquetado, aceptación, reducción de evitación, exposición a experiencias internas y externas temidas, modulación autonómica y acción valiosa bajo estrés, especialmente pertinente en intolerancia a la incertidumbre propia del Trastorno de Ansiedad Generalizada en adolescentes, donde se sustituye rumiación y conductas de seguridad por afrontamientos flexibles y tolerancia progresiva al no saber (Mennin & Fresco, 2014, Hervás & Moral, 2017, Kertz, Lee & Björgvinsson, 2022). El mindfulness aporta conciencia atencional no juzgadora y descentramiento respecto de pensamientos e impulsos, disminuye reactividad y evitación, y permite sostener conductas valiosas bajo activación afectiva, la teoría polivagal ofrece un marco psicofisiológico para modular la neurocepción de amenaza mediante psicoeducación y prácticas breves de seguridad, como respiración diafragmática, ritmos, anclajes sensoriales y apoyo social, facilitando el paso desde lucha, huida o congelamiento hacia rangos que habilitan conexión social, aprendizaje y estrategias reguladoras adaptativas (Porges, 2011, Hervás & Moral, 2017).

En contextos de neurodivergencia como el TDAH, la regulación emocional se ve desafiada por alteraciones ejecutivas que sostienen la autorregulación, estas limitaciones dificultan atender señales corporales, pausar entre emoción e impulso, generar alternativas y mantener planes bajo estrés, por ello conviene incorporar apoyos ejecutivos, rutinas visuales, segmentación de tareas, recordatorios externos y prácticas breves y frecuentes, coordinados con el entrenamiento en regulación emocional, en especial cuando coexiste ansiedad generalizada y la desregulación media el vínculo entre TDAH y malestar ansioso, habilitando experiencias de dominio que corrigen el ciclo de preocupación, evitación y fracaso percibido (Barkley, 2015, Brown, 2013, Seymour et al., 2022). En síntesis, desde un enfoque procesual e integrador, la regulación emocional es un eje prioritario en salud mental adolescente, organiza la práctica clínica más allá de etiquetas diagnósticas, potencia la coordinación entre escuela, familia y salud, y ofrece repertorios para disminuir desregulación, aumentar flexibilidad y promover bienestar de manera sostenible, con evidencia de reducción de estrés, ansiedad y depresión y de fortalecimiento de resiliencia y bienestar integral, subrayando su integración en intervenciones clínicas dada la alta prevalencia de trastornos internalizantes en población infantojuvenil (Gross, 2015, Hervás & Moral, 2017, Daros et al., 2021).

1.4. Antecedentes empíricos:

La adolescencia es una etapa crucial del desarrollo emocional y psicológico, caracterizada por cambios biológicos, sociales y afectivos que incrementan la vulnerabilidad al estrés y a la ansiedad, por lo que las habilidades de regulación emocional se vuelven esenciales para manejar las demandas del entorno y sostener el bienestar psicológico. Por su parte, la regulación emocional se define como el conjunto de procesos mediante los cuales los individuos influyen en las emociones que experimentan, en su momento de aparición y en su expresión (Gross, 1998), estas habilidades no solo amortiguan el estrés cotidiano, sino que previenen trastornos internalizantes como la ansiedad y la depresión, la evidencia indica que adolescentes con mayor autorregulación muestran mejor bienestar incluso ante situaciones adversas, y que fortalecer dichas habilidades mediante intervenciones psicológicas reduce síntomas de estrés y ansiedad, operando como factor protector psicopatológico (Daros et al., 2021, Mestre et al., 2017), por el contrario, la desregulación, con uso excesivo de evitación y rumiación, se asocia a mayor riesgo de ansiedad y depresión, lo que ubica el fortalecimiento regulatorio como eje de promoción de bienestar en niñez y adolescencia (Gross, 2015).

En síntesis, este apartado busca explorar la importancia y los efectos del fortalecimiento de las habilidades de regulación emocional, entendiendo que estas pueden mejorar el bienestar psicológico de los adolescentes que están expuestos a altos niveles de ansiedad y tienen comorbilidad con TDAH.

1.4.1. Antecedentes Trastorno de Ansiedad Generalizada:

En la adolescencia, etapa de transformaciones neurobiológicas, emocionales y sociales, la ansiedad puede adoptar formas persistentes y generar malestar significativo, el Trastorno de Ansiedad Generalizada se caracteriza por preocupación excesiva, persistente e incontrolable ante múltiples situaciones, con fatiga, tensión muscular, dificultades atencionales, irritabilidad y alteraciones del sueño, lo que interfiere en el rendimiento académico, las relaciones y el bienestar general del adolescente, afectando su desarrollo integral (APA, 2013). La Organización Mundial de la Salud estima que entre el 4,4% y el 5,5% de los adolescentes presenta algún trastorno de ansiedad, donde, el TAG tiende a la cronicidad si no se trata de manera adecuada, comienza con frecuencia en la adolescencia temprana y presenta alta comorbilidad con depresión y otros trastornos internalizantes, lo que empeora el pronóstico (OMS, 2021, Beesdo-Baum et al., 2021).

El desarrollo del TAG se asocia a experiencias tempranas de inseguridad, estilos parentales sobreprotectores, exposición a eventos estresantes e inhibición conductual o baja tolerancia a la incertidumbre, estos factores interactúan con presiones académicas, necesidad de aceptación social y construcción identitaria, favoreciendo patrones ansiosos disfuncionales, con afrontamientos evitativos y cogniciones catastróficas sobre el futuro que alimentan ciclos de preocupación y desregulación emocional (Kertz, Lee, & Björqvinnsson, 2022, Creswell, Waite, & Cooper, 2021).

Clínicamente, las preocupaciones abarcan escuela, salud, familia y desempeño personal, se viven como intrusivas y difíciles de controlar, con activación fisiológica no siempre evidente para el mundo adulto, lo que dificulta la detección temprana, muchos adolescentes sostienen un funcionamiento aparentemente adecuado que encubre sufrimiento emocional, por lo que se requieren evaluaciones sensibles y contextualizadas para identificar la interferencia real en el hogar, la escuela y los vínculos con pares (Petersen et al., 2024).

En el tratamiento, la Terapia de Regulación Emocional ofrece un marco transdiagnóstico pertinente para la preocupación persistente e intolerancia a la incertidumbre, organiza procesos de

conciencia y etiquetado emocional, aceptación y validación, dirección atencional para reducir la rumiación y sesgos hacia amenaza, reevaluación flexible, modulación fisiológica y acción guiada por metas y valores, con exposición gradual a señales internas y externas y a la incertidumbre para desactivar conductas de seguridad y evitación. El mindfulness aporta conciencia no juzgadora y descentramiento, reduce la reactividad y la evitación. La teoría polivagal suma psicoeducación y ejercicios breves de seguridad autonómica para transitar desde estados defensivos hacia rangos compatibles con conexión social y aprendizaje (Mennin & Fresco, 2014, Gross, 2015, Kertz et al., 2022, Hervás & Moral, 2017, Dunning et al., 2019, Porges, 2011).

En adolescentes con neurodivergencia por TDAH, la implementación requiere andamiaje ejecutivo que incluya rutinas visuales, segmentación de tareas, recordatorios externos y chequeos breves, con coordinación de cuidadores y docentes para sostener la práctica y generalizar habilidades a la escuela y al hogar, dadas las dificultades ejecutivas que interfieren con la adherencia y la continuidad del entrenamiento regulatorio (Barkley, 2015, Brown, 2013).

En síntesis, el TAG en adolescentes presenta alta prevalencia, impacto clínico y riesgo de cronificación, por lo que se recomienda un abordaje integrador, preventivo y basado en evidencia, la TRE, junto con programas breves en entornos escolares, permite mitigar el malestar, reducir la evitación y fortalecer competencias de regulación y afrontamiento, favoreciendo un desarrollo psicoemocional más saludable y resiliente en esta etapa del ciclo vital (Mennin & Fresco, 2014, Gross, 2015, Taylor et al., 2017).

1.4.2. Antecedentes del Trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH):

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad se concibe hoy como un trastorno del neurodesarrollo centrado en la autorregulación, en el que las alteraciones de funciones ejecutivas como control inhibitorio, memoria de trabajo, planificación, organización y flexibilidad cognitiva explican buena parte del impacto cotidiano en la adolescencia, en este período predominan la inquietud interna, la desorganización, la variabilidad del rendimiento y las dificultades para sostener el esfuerzo y ajustar la conducta bajo estrés, con repercusiones académicas, sociales y familiares. El diagnóstico, de acuerdo con el DSM-5, requiere inicio temprano, presencia situacional de los síntomas y deterioro clínicamente significativo en múltiples contextos (Barkley, 2015, Brown, 2013, APA, 2022). En términos epidemiológicos, los metaanálisis internacionales estiman una prevalencia de 5–7% en población infantojuvenil, estable en las últimas décadas pese a variaciones metodológicas, y una proporción relevante de casos persiste en adolescencia con impacto funcional, en especial cuando coexisten dificultades de regulación emocional o trastornos internalizantes, la inmadurez relativa de circuitos fronto estriatales y fronto límbicos contribuye a la vulnerabilidad para el control de impulsos y la modulación afectiva, y condiciona la variabilidad situacional del desempeño y el esfuerzo sostenido que exigen las tareas escolares (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling, & Rohde, 2014, Thomas, Sanders, Doust, Beller, & Glasziou, 2015, Sibley et al., 2016, Shaw, Gogtay, & Rapoport, 2012).

El desarrollo del TDAH se asocia a una constelación de factores de riesgo neurobiológicos y ambientales, la agregación familiar y los estudios genéticos respaldan alta heredabilidad, mientras condiciones perinatales, adversidad temprana y desorganización ambiental incrementan la expresión fenotípica y la severidad clínica. En la adolescencia estas vulnerabilidades interactúan con exigencias crecientes de autoorganización y autocontrol y con estresores académicos y sociales, configurando trayectorias de riesgo cuando no se ofrecen apoyos específicos y consistentes en el tiempo (Faraone et al., 2021).

Desde el punto de vista clínico, además de los síntomas nucleares, un subgrupo importante presenta desregulación emocional, con reactividad elevada, cambios afectivos rápidos, dificultades para recuperar el control tras la frustración y uso de estrategias desadaptativas como evitación o supresión, lo que se vincula con peor funcionamiento interpersonal y académico y con mayor carga ansiosa y depresiva, la comorbilidad con trastornos de ansiedad es frecuente y se asocia a mayor severidad, la evidencia sugiere que la desregulación emocional media parcialmente el vínculo entre TDAH y ansiedad al dificultar la modulación de la activación y la flexibilidad ante la incertidumbre (Bunford, Evans, & Wymbs, 2015, Sciberras et al., 2014, Seymour et al., 2022).

En este marco, la intervención desde la TRE se estructura como trabajo por procesos, con formulación funcional de episodios de desregulación y metas conductuales observables, combinando monitorización interoceptiva y semántica, aceptación activa, focalización atencional deliberada para reducir la rumiación y distractores, así como reencuadre flexible del significado y autocalibración autónoma mediante respiración, ritmo y anclajes sensoriales, al servicio de conductas orientadas a metas y valores y de exposición graduada a señales internas-externas y a la incertidumbre cuando corresponda, dada la vulnerabilidad ejecutiva del TDAH. Esto se implementa con soportes de desempeño, organización del ambiente, fragmentación y secuenciación de tareas, recordatorios externos y chequeos breves en transiciones, integrando a cuidadores y docentes para alinear contingencias y expectativas, lo que muestra mejoras en autorregulación afectiva y conductual, reducción de labilidad, reactividad, preocupación, evitación y mayor persistencia en tareas, en particular cuando se incorpora la práctica breve y frecuente en el entorno natural y contextual. Las intervenciones basadas en mindfulness aportan un sustrato atencional y de descentramiento con efectos pequeños a moderados en ansiedad, estrés y habilidades atencionales y funcionan como catalizador de la intervención para sostener la acción valiosa pese a la activación. De este modo, la TRE con andamiaje ejecutivo ofrece una vía coherente con la psicopatología del TDAH para disminuir la desregulación y mejorar el funcionamiento en la adolescencia (Mennin & Fresco, 2014, Gross, 2015, Dunning et al., 2019, Barkley, 2015, Brown, 2013).

1.4.3. Antecedentes de regulación emocional:

A partir de esto, se observa que algunos países, principalmente europeos, han avanzado en estrategias integrales de salud mental que combinan políticas, financiamiento, reorganización de servicios, promoción y prevención, con cooperación intersectorial y participación activa de pacientes, familias y organizaciones de la sociedad civil, lo que fortalece la implementación y sostenibilidad de las iniciativas de salud mental comunitaria, en esta línea, se destacan experiencias como las del Reino Unido y los Países Bajos que han institucionalizado la colaboración entre sectores y actores diversos para ampliar cobertura y pertinencia de las intervenciones (Caldas de Almeida et al., 2018).

Asimismo, la UNICEF y la OMS (2021) impulsaron el Helping Adolescents Thrive, un programa que prioriza el bienestar mental adolescente en la agenda global y que integra herramientas basadas en evidencia para abordar ansiedad, depresión y estrés en entornos escolares y comunitarios, con foco en identificación temprana, formación de docentes y cuidadores, psicoeducación, involucramiento familiar, y recursos audiovisuales y guías adaptadas a contextos culturales y socioeconómicos diversos, su implementación enfatiza la creación de espacios seguros para expresar emociones, la inclusión de ejercicios prácticos de regulación, como mindfulness y manejo del estrés, y campañas comunitarias para reducir estigma y promover entornos protectores que favorezcan la autorregulación y la resiliencia en la adolescencia.

A nivel regional, la UNESCO ha promovido la incorporación de habilidades socioemocionales en los currículos, con módulos de manejo de emociones y empatía en países como México y Chile, con talleres de estrés, resolución de conflictos, actividades cooperativas y estrategias de mediación, con el objetivo de enfrentar la incertidumbre y reducir el abandono escolar relacionado con el malestar emocional, especialmente en contextos donde el rendimiento académico ha sido priorizado por sobre el desarrollo socioemocional, lo que ha agravado la desregulación y los cuadros de ansiedad y depresión (UNESCO, 2021).

En Chile, se ha documentado de manera consistente la presencia de dificultades de regulación y modulación emocional en la clínica infantojuvenil, lo que ha impulsado un creciente interés por estudiar la regulación emocional, sus factores asociados y su relación con la psicopatología y la salud mental, situándola como una competencia transversal para el trabajo clínico y preventivo con niños, niñas y adolescentes, como un foco de desarrollo para futuras líneas de investigación aplicada y de política pública (Capella y Mendoza, 2011). En esta dirección, el MINSAL (2023) presentó la Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia, con el propósito de respetar, promover, proteger y garantizar el derecho a la salud mental desde un enfoque de desarrollo y comunidad, priorizando la promoción del bienestar, la prevención de factores de riesgo y el fortalecimiento de factores protectores, junto con intervenciones tempranas y eficaces ajustadas a necesidades y preferencias de cada niño, niña o adolescente y su familia, la política propone planes de implementación intersectoriales por líneas estratégicas, con el fin de asegurar un sistema claro y sostenible que impacte la calidad de vida presente y futura, acá se enfatiza que cuanto más temprano se inician los problemas emocionales y conductuales, mayor es el riesgo de efectos negativos en el desarrollo, y que gran parte de los trastornos en la adultez tienen inicio en la niñez, por lo que abordar de modo temprano y protector la salud mental conlleva beneficios a mediano y largo plazo, además de reducir costos para los sistemas de salud y las comunidades.

Tras la pandemia por COVID 19 emergió un escenario de mayor complejidad para la salud mental infantojuvenil, con variaciones en la forma de expresión del malestar según la etapa del desarrollo, los adolescentes presentan más síntomas depresivos que los niños/as, y estos últimos muestran mayores dificultades de apego, atención e irritabilidad, lo que exige respuestas diferenciales y sensibles al desarrollo. Al mismo tiempo, en Chile se registró una línea de base alta de ansiedad y depresión en población adolescente y joven, con incrementos posteriores a la pandemia, los datos indican que el 43% de los adolescentes y el 39% de los jóvenes reportaron síntomas graves o muy graves de ansiedad y o depresión, y que el 28,9% de los adolescentes y el 11,4% de los jóvenes presentaron estrés grave o muy grave, asociados a pérdida de interacciones, aislamiento, desregulación emocional y barreras de acceso a servicios y escuelas, estos hallazgos refuerzan la necesidad de planes y estrategias orientados a asegurar condiciones de desarrollo y a fortalecer habilidades psicosociales individuales y colectivas que favorezcan el bienestar emocional de manera sostenida (Escobar et al., 2023; BCN, 2021; MINSAL, 2023). De forma concordante, el Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025 propuso acciones de promoción en escuelas, la enseñanza de habilidades de regulación emocional para el afrontamiento del estrés y la prevención de ansiedad y depresión mediante intervenciones tempranas en contextos educativos, desde un modelo integral, familiar y comunitario, y con articulación sectorial e intersectorial que asegure la inclusión social y la continuidad de cuidados a lo largo del ciclo vital (MINSAL, 2017).

La evidencia empírica apoya la efectividad de intervenciones dirigidas a fortalecer la regulación emocional en adolescentes, con impactos positivos en la disminución de sintomatología y en el aumento del bienestar psicológico. Estudios recientes informan reducciones significativas en la ansiedad y la depresión, así como efectos moderados en la disminución de la desregulación emocional, junto con mejoras estables en habilidades regulatorias, independiente del enfoque específico, lo que respalda su carácter transdiagnóstico y su aplicabilidad clínica y preventiva en distintos formatos y contextos, incluidos los escolares y comunitarios, estos resultados convergen en la utilidad de entrenar procesos regulatorios como eje del cambio terapéutico y preventivo (Daros et al., 2021, Moltrecht et al., 2021, Espenes et al., 2024).

En esta línea, la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) se valida como una estrategia eficaz para fomentar la regulación emocional, al intervenir en pensamientos disfuncionales y esquemas desadaptativos, reduciendo rumiación y promoviendo respuestas conductuales autorreguladas, con incrementos en autoeficacia emocional y disminución de evitación, lo que la vuelve especialmente útil en adolescentes y en programas de alcance escolar y comunitario (Daros et al., 2021, Easdale Cheele et al., 2024).

Por su parte, la Terapia de Regulación Emocional (TRE) propone intervenir sobre procesos que sostienen la desregulación, conciencia y aceptación de la experiencia, orientación atencional, reevaluación flexible y modulación autonómica, y entrenarlos en condiciones ecológicas, con tareas breves y frecuentes en contextos reales, disminuyendo la preocupación y la rumiación, y aumentando la persistencia conductual bajo activación. La evidencia sugiere que cambios en procesos, como los ya mencionados, median la caída de síntomas y del malestar funcional, con efectos pequeños a moderados en población juvenil, especialmente cuando se incorporan prácticas de mindfulness adaptadas al desarrollo (Mennin & Fresco, 2014; Gross, 2015; Kertz, Lee & Björgvinsson, 2022; Dunning et al., 2019; Daros et al., 2021).

Los enfoques de aceptación emocional y mindfulness han mostrado valor añadido en la adolescencia, al promover una actitud abierta y no reactiva frente a las emociones y sensaciones, evitando la supresión o la evitación, y mejorando la conciencia emocional, la regulación fisiológica del estrés y la reducción de impulsividad. Estos componentes se han integrado con éxito en programas escolares y comunitarios, favoreciendo la adquisición de habilidades de autorregulación en contextos cotidianos y de alta demanda socioemocional, con pertinencia para adolescentes con trauma o con sintomatología ansiosa elevada (Pedrini et al., 2021; Easdale Cheele et al., 2024).

A su vez, la Terapia Dialéctico Conductual ha demostrado eficacia en adolescentes con alta desregulación emocional, autolesiones, impulsividad o relaciones inestables, y sus versiones escolares, evidenciando también mejoras en la tolerancia al malestar, el control de impulsos y el afrontamiento adaptativo, aportando procedimientos concretos para manejar las emociones intensas sin recurrir a estrategias desadaptativas y combinando la aceptación y el cambio conductual de manera equilibrada, lo que la hace especialmente útil en contextos clínicos complejos y en prevención indicada (Pedrini et al., 2021).

Un campo emergente complementario es el uso de marcadores biológicos, como cortisol salival e indicadores inflamatorios, que permiten documentar cambios neurobiológicos concordantes con el fortalecimiento regulatorio, lo que contribuye a una comprensión más integral de los mecanismos de cambio y a una evaluación multimodal de resultados terapéuticos en

adolescentes (Pedrini et al., 2021). En cuanto al contexto de aplicación, la escuela se consolida como escenario privilegiado para intervenciones universales y selectivas, alcanzando de manera temprana a poblaciones amplias y favoreciendo la prevención de conductas de riesgo como autoagresión, consumo de sustancias y uso problemático de internet, con evidencia de eficacia en la mejora de la regulación y del clima socioemocional escolar (Pedrini et al., 2022, Moltrecht et al., 2021).

Pese a lo anterior, persisten limitaciones metodológicas y desafíos para las futuras investigaciones, la heterogeneidad en la duración de programas, en los instrumentos de medición y en la ausencia de seguimientos prolongados dificulta la estimación de la sostenibilidad de los cambios, junto con la necesidad de ampliar la diversidad cultural, socioeconómica y de género de las muestras para generalizar resultados a diferentes realidades, se plantea avanzar hacia modelos de intervención multinivel e integrados que articulen componentes individuales, familiares, escolares y comunitarios, que capaciten a docentes, incluyan activamente a las familias y se sostengan mediante políticas públicas desde una perspectiva de salud mental comunitaria, maximizando el impacto de las intervenciones y su continuidad en el tiempo (Moltrecht et al., 2021; Eadeh, Breaux, y Nikolas, 2021; Easdale Cheele et al., 2024; Espenes et al., 2024).

En conclusión, la regulación emocional emerge como un eje terapéutico y preventivo central para promover el bienestar psicológico en la adolescencia, la evidencia respalda la efectividad de intervenciones basadas en TCC, TRE, mindfulness, TDC y aceptación emocional para disminuir síntomas psicopatológicos y fortalecer recursos protectores. No obstante, se requiere seguir explorando mecanismos subyacentes y efectos sostenidos, y ampliar el acceso mediante políticas y estrategias intersectoriales. Esto debido a que, el fortalecimiento de la regulación emocional constituye una vía prometedora, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad, y contribuye a la construcción de trayectorias de desarrollo más saludables y resilientes en esta etapa del ciclo vital, en consonancia con las recomendaciones y lineamientos internacionales, regionales y nacionales revisados en este apartado.

1.4.4. Antecedentes bienestar psicológico:

El bienestar psicológico en la adolescencia se ha posicionado como prioridad global por el impacto que el estrés, la ansiedad y la exclusión social ejercen sobre el desarrollo integral. En respuesta, organismos internacionales, regionales y nacionales han impulsado programas preventivos y promocionales que no solo buscan reducir riesgos, sino también fortalecer competencias como la resiliencia, la regulación emocional y la empatía, claves para el crecimiento personal. A continuación, se sintetizan iniciativas lideradas por la OMS, la UNICEF y la UNESCO, así como evidencia reciente que relaciona la regulación emocional con el bienestar, incorporando además limitaciones y desafíos de investigación para orientar políticas e intervenciones.

La OMS (2021), en alianza con UNICEF, diseñó un programa para enfrentar el incremento global de problemas de salud mental en la adolescencia, explican que 1 de cada 7 personas entre 10 y 19 años padece algún trastorno mental, por lo que priorizan la prevención, la resiliencia y el bienestar en ámbitos comunitarios y educativos. Sus acciones se centran en prácticas basadas en evidencia adaptadas a contextos culturales y económicos diversos, con formación multisectorial de docentes, trabajadores de la salud y cuidadores en promoción del bienestar psicosocial, e involucramiento activo de adolescentes y familias en el diseño e implementación para asegurar pertinencia. Las intervenciones nucleares incluyen creación de espacios seguros en escuelas y

comunidades para la expresión emocional sin estigma. Esto con talleres de afrontamiento y resiliencia con ejercicios prácticos; y asesoramiento psicosocial a través de sesiones grupales e individuales para jóvenes en situación de vulnerabilidad.

En el plano regional, la UNESCO (2021) propuso un programa de bienestar psicosocial escolar como componente esencial del aprendizaje y de la calidad de vida adolescente, orientado a mitigar abandono escolar, bullying e inequidad emocional en países de ingresos medios y bajos. El marco de implementación integra educación socioemocional, redes de apoyo educativo con formación para directivos, docentes y equipos escolares, y monitoreo continuo del impacto. Las estrategias contemplan dinámicas grupales y talleres interactivos que entrenan empatía y autorregulación, acciones para climas escolares saludables que fortalezcan los vínculos entre pares, y campañas contra el estigma para reducir barreras culturales. De manera análoga, la UNESCO (2021) junto con la OPS elaboraron directrices para contextos latinoamericanos que abordan efectos del estrés y la desigualdad social, con adaptación cultural y lingüística dependiendo del país específico, así como con capacitación docente en habilidades socioemocionales y mediación, y coordinación entre ministerios de educación y salud. Entre las intervenciones frecuentes destacan prácticas de mindfulness, autorregulación emocional, mediación de conflictos y campañas de sensibilización sobre salud mental, con un enfoque inclusivo y multisectorial.

Estos programas ilustran enfoques complementarios que convergen en la prevención, la inclusión y la educación emocional como pilares del bienestar adolescente. En paralelo, la investigación empírica ha subrayado el rol determinante de la regulación emocional tanto como promotora de salud mental como factor protector frente a la ansiedad y el malestar. Kim-Spoon y colaboradores (2022) muestran que mayor conectividad entre la corteza prefrontal, la amígdala y los circuitos clave del control emocional, se asocia con menor ansiedad y mayor satisfacción vital, reforzando la implicación de mecanismos neurocognitivos en la consecución del bienestar. Complementariamente, Marchetti et al. (2023) evidencian que la autocompasión media la relación entre desregulación emocional y ansiedad generalizada, lo que sugiere incorporar prácticas de aceptación y amabilidad consigo mismo en los programas de intervención.

El entorno familiar emerge como catalizador del bienestar, Vargas-Rubilar y colaboradores (2021) hallan que el apoyo familiar percibido, junto con una RE adecuada, predice mayor bienestar y menor estrés. En sintonía, Holmqvist Larsson y Zetterqvist (2024) reportan resultados positivos al entrenar habilidades de RE de manera simultánea en adolescentes y padres, mejorando la relación cuidador-hijo y la capacidad regulatoria juvenil. Más ampliamente, la calidad del clima emocional y de las prácticas de socialización de las emociones (validación, modelado y coaching emocional) se asocia consistentemente con mejor RE y mayor bienestar, mientras que la invalidación, la crítica y la disciplina coercitiva se relacionan con desregulación, mayor sintomatología internalizante y conflictos relacionales (Morris, Silk, Steinberg, Myers, & Robinson, 2007; Bariola, Hughes, & Gullone, 2011; Katz & Gottman, 1997). El apoyo parental que combina calidez con soporte a la autonomía satisface necesidades psicológicas básicas y se asocia a mejor ajuste y bienestar, a diferencia del control psicológico y la sobreprotección, vinculados a malestar y evitación (Ryan & Deci, 2000, 2017; Steinberg, 2001). Asimismo, el estrés y la psicopatología parental (depresión y ansiedad) y la adversidad crónica configuran entornos de riesgo que incrementan reactividad fisiológica y sesgos atencionales hacia amenaza en hijos/as, afectando su bienestar y RE (Repetti, Taylor, & Seeman, 2002; Goodman & Gotlib, 1999). En consecuencia, intervenciones que incluyen a los cuidadores,

psicoeducación, co-regulación, validación y rutinas familiares, muestran mejoras tanto en la relación como en la RE y el bienestar del adolescente (Yap et al., 2016).

A nivel de síntesis, la revisión sistemática de Martínez-Líbano y colaboradores (2024) concluye que estrategias adaptativas como la reevaluación cognitiva y la aceptación emocional se correlacionan positivamente con el bienestar psicológico, la autoestima y la felicidad, mientras que la rumiación y la supresión se asocian a mayor malestar. En conjunto, estos hallazgos señalan que la regulación emocional opera en planos psicológicos, cognitivos, relacionales y neurobiológicos, y que su promoción exige abordajes integrales.

No obstante, persisten diferencias metodológicas y focales entre estudios, algunos privilegian intervenciones individuales dirigidas al adolescente (Kim-Spoon et al., 2022; Marchetti et al., 2023), mientras otros adoptan formatos grupales o familiares (Holmqvist Larsson & Zetterqvist, 2024). Predominan además diseños transversales o de corta duración, lo que limita inferir efectos sostenidos; se requiere por ello mayor número de estudios longitudinales con seguimientos posteriores a la intervención. Entre las limitaciones comunes destaca la escasa inclusión de variables biológicas a pesar del potencial explicativo de los marcadores neurobiológicos (Kim-Spoon et al., 2022), así como la concentración de investigaciones en contextos socioculturales específicos, lo que reduce la generalización. Futuros trabajos deberían ampliar la diversidad muestral e integrar tecnologías digitales como medios de intervención accesibles y sostenibles.

En síntesis, los antecedentes revisados evidencian una sólida interrelación entre la regulación emocional y el bienestar psicológico adolescente. Donde, la capacidad para identificar, aceptar, modular y expresar emociones funciona como factor protector frente a la ansiedad y la depresión, lo que se asocia a mayor satisfacción vital, autoestima y funcionalidad social. Los programas internacionales (OMS, UNICEF, UNESCO) y las estrategias regionales muestran rutas replicables con espacios seguros, formación de agentes clave, participación familiar, prácticas de mindfulness, mediación de conflictos y campañas antiestigma, que pueden adaptarse a diversos contextos. Al mismo tiempo, las investigaciones apoyan enfoques integrativos que combinan la TRE, componentes cognitivo-conductuales, mindfulness, aceptación emocional y participación familiar o escolar, con mejoras concurrentes en indicadores psicológicos y, crecientemente, neurobiológicos (Marchetti et al., 2023; Vargas-Rubilar et al., 2021; Morris et al., 2007; Bariola et al., 2011; Ryan & Deci, 2000, 2017; Steinberg, 2001; Repetti et al., 2002; Yap et al., 2016; Martínez-Líbano et al., 2024). Sumado a esto, persisten desafíos relativos a sostenibilidad de efectos, diversidad muestral e integración de variables biológicas y contextuales; por ello, se vuelve necesario avanzar hacia modelos multinivel que aborden de forma preventiva, terapéutica y comunitaria los determinantes emocionales y psicosociales del bienestar adolescente, maximizando el impacto y la continuidad de los cambios en el tiempo.

II. Diagnóstico

2.1. Objetivos de diagnóstico:

¿Cómo son las habilidades de regulación emocional y el bienestar psicológico en adolescentes con ansiedad generalizada y TDAH?

Objetivo general:

Describir las habilidades de regulación emocional y el nivel de bienestar psicológico en adolescentes con ansiedad generalizada y TDAH.

Objetivos específicos:

1. Identificar las características de la ansiedad generalizada presentes en el adolescente evaluado, a partir de la entrevista clínica semiestructurada y el cuestionario SCARED.
2. Describir las habilidades de regulación emocional del adolescente, considerando los resultados del DERS y el relato obtenido en la entrevista clínica semiestructurada.
3. Caracterizar el nivel de bienestar psicológico del adolescente evaluado, según los resultados obtenidos en la escala de Ryff.
4. Caracterizar el clima emocional y las prácticas familiares de socialización de las emociones, a partir de entrevistas con los cuidadores y el adolescente.

2.2. Diseño de la estrategia de levantamiento de información:

En el proceso de psicodiagnóstico se utilizaron diferentes técnicas e instrumentos que serán expuestos a continuación:

Las entrevistas clínicas semiestructuradas, realizadas con H y sus padres, constituyen una técnica fundamental en el abordaje diagnóstico dentro del campo psicológico, ya que permiten acceder al relato subjetivo, explorando aspectos emocionales, vinculares y contextuales con profundidad. Su carácter flexible permite combinar preguntas previamente definidas con otras emergentes, generando así un espacio de conversación espontánea que facilita la obtención de información relevante (Ríos, 2019; Lópezosa, Codina & Freixa, 2022).

En el ámbito clínico, este tipo de entrevista resulta particularmente útil para estudios exploratorio-descriptivos y procesos diagnósticos iniciales, dado que posibilita abordar temas sensibles con libertad, adaptándose a las características y necesidades del adolescente (Febbraio, 2024). Su aplicación en esta etapa del desarrollo permite considerar la complejidad emocional y relacional propia de la adolescencia, favoreciendo el vínculo terapéutico inicial, lo cual es clave ante la frecuente resistencia o desconfianza en las primeras sesiones (Mendes et al., 2023; González & Fernández, 2022). Estas entrevistas facilitan la identificación de patrones emocionales, sociales y conductuales desde una mirada multinivel, que configura la experiencia del adolescente (Vidal et al., 2023). Alineándose con modelos contemporáneos de evaluación colaborativa y centrada en el paciente, que promueven un diagnóstico integral y respetuoso (Smith et al., 2023; Hill et al., 2007).

En ese sentido, para el caso de H, las entrevistas clínicas semiestructuradas resultan fundamentales, puesto que permiten explorar de forma integral y personalizada su experiencia adolescente, emocional, familiar y contextual en el contexto del TAG y del TDAH, por lo que esta técnica permite acceder a su narrativa interna, clarificar los factores que gatillan su ansiedad y comprender cómo vive sus vínculos y demandas actuales. Delimitando con mayor precisión las dimensiones que inciden en su regulación emocional y su bienestar psicológico. En los anexos se encuentra adjuntada la pauta de preguntas utilizada para dichas sesiones.

Por otro lado, la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS), es un instrumento ampliamente utilizado para evaluar las dificultades específicas en la regulación emocional en población adolescente y adulta. Según Orozco y colaboradores (2021), la regulación emocional comprende los procesos mediante los cuales las personas modulan sus emociones para alcanzar metas individuales y adaptarse en lo social y biológico. Este proceso incluye el manejo, expresión, aceptación o evitación emocional, y está influenciado por múltiples factores, como la maduración neurobiológica, la historia de apego, las experiencias de socialización y los recursos contextuales.

El DERS fue desarrollado por Gratz y Roemer (2004, como se citó en Muñoz, Vargas & Hoyos, 2016) y evalúa seis dimensiones fundamentales: (1) no aceptación de las respuestas emocionales, (2) dificultades en conductas dirigidas a metas bajo estados emocionales alterados, (3) problemas para controlar la impulsividad cuando las emociones son intensas, (4) acceso limitado a estrategias percibidas como efectivas, (5) falta de consciencia emocional, y (6) falta de claridad para diferenciar las emociones experimentadas. Orozco y colaboradores (2021) destacan que la versión en español del test, validada por Medrano y colaboradores (2013), ha demostrado propiedades psicométricas adecuadas en población adolescente latinoamericana. En México, un estudio de Tejeda et al. (2012) en jóvenes de secundaria reportó coeficientes alfa de Cronbach entre 0.76 y 0.89 en sus subescalas, lo que evidencia una buena consistencia interna, se hallaron correlaciones significativas con sintomatología ansiosa y depresiva, respaldando su validez convergente y su utilidad clínica. Otro estudio de Martínez-Líbano et al. (2022) reportó una estructura factorial estable y adecuada fiabilidad interna ($\alpha > 0.80$), lo que permite su uso en contextos clínicos para evaluar procesos emocionales disfuncionales. Vera-Villaruel et al. (2020) comprobaron su sensibilidad diagnóstica al

comparar grupos con y sin sintomatología ansiosa, confirmando su pertinencia en el cribado de adolescentes en riesgo.

La elección del DERS como instrumento diagnóstico se fundamenta en su capacidad para entregar información detallada sobre el perfil emocional del paciente, más allá del síntoma observable. Evaluar estas dimensiones permite conocer más profundamente las barreras personales que interfieren en su regulación emocional e identificar focos específicos para la intervención. Al tratarse de un adolescente que presenta tanto indicadores clínicos de ansiedad generalizada como antecedentes de desbordes emocionales e impulsividad, el DERS se presenta como una herramienta integral para observar no solo la presencia de síntomas, sino los mecanismos desregulatorios subyacentes que sostienen su malestar actual. Su validez empírica en contextos chilenos y latinoamericanos respalda su aplicación en esta población, alineándose con una mirada clínica multinivel y basada en evidencia.

A su vez, dentro de los instrumentos utilizados, se aplicó la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, un cuestionario ampliamente validado que permite medir el bienestar desde una perspectiva eudaimónica, entendida como la autorrealización, el desarrollo del potencial humano y el sentido de propósito vital (Ryff, 1989; Ryff & Singer, 2008). Esta propuesta plantea que el bienestar psicológico implica seis dimensiones esenciales: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Ryff, 1995). La escala ha demostrado tener una sólida base teórica y empírica, siendo utilizada en numerosas investigaciones sobre el desarrollo psicológico en la adolescencia, un período caracterizado por transiciones identitarias, mayor conciencia del yo y cuestionamientos existenciales (Keyes et al., 2002). Evaluar el bienestar desde un enfoque multidimensional es pertinente para comprender cómo H experimenta su sentido de agencia, satisfacción vital, vínculos afectivos y capacidad para afrontar los desafíos propios de esta etapa del ciclo vital.

Díaz y colaboradores (2006) realizaron una adaptación de la escala en adolescentes chilenos, encontrando coeficientes de confiabilidad aceptables ($\alpha = .75$ a $.86$ en sus dimensiones), y una estructura factorial consistente con la propuesta original. En una investigación reciente en población adolescente de México, Flores-Kanter y Medrano (2021) confirmaron la validez convergente del instrumento en relación con variables como autoestima, afecto positivo y regulación emocional. En Perú, Reyes y González (2019) evaluaron la estructura del Ryff en 540 adolescentes, obteniendo alfas superiores a $.80$ y evidencias de validez en función de los niveles de ansiedad y funcionamiento familiar, destacando su sensibilidad para captar el impacto del contexto emocional en la percepción del bienestar. En Chile, la escala ha sido utilizada tanto en contextos clínicos como escolares, Martínez-Líbano et al. (2020) emplearon una versión breve del Ryff en estudiantes de enseñanza media, mostrando diferencias significativas en niveles de bienestar según la percepción del apoyo social, el estilo de apego y la sintomatología ansiosa.

La aplicación del Ryff en el caso de H permite profundizar en su experiencia subjetiva del bienestar más allá de los síntomas de ansiedad, aportando información clave sobre cómo se percibe a sí mismo, cómo se relaciona con su entorno, su nivel de autonomía emocional, su sentido de propósito y las posibilidades que percibe para desarrollarse como persona. H ha manifestado vivencias de inseguridad personal, conflictos relacionales y malestar persistente, por lo que este instrumento permite identificar áreas psicológicas positivas que podrían estar disminuidas o bloqueadas por la ansiedad, y que, por tanto, deben ser fortalecidas dentro del proceso terapéutico. Su enfoque multidimensional es pertinente para diseñar una intervención que no solo apunte a reducir el malestar, sino también a promover el bienestar activa.

Ahora, para la evaluación de los síntomas ansiosos en adolescentes, se empleó el instrumento SCARED (Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders), desarrollado por Birmaher et al. (1997), el cual ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para detectar

trastornos de ansiedad en población infantojuvenil. El cuestionario está compuesto por 41 ítems, que evalúan cinco dimensiones clínicas: ansiedad generalizada, ansiedad por separación, fobia social, trastorno de pánico/somático y ansiedad escolar. Cada ítem es valorado en una escala tipo Likert de tres puntos. Diversos estudios han respaldado su estructura factorial y consistencia interna, evidenciando coeficientes alfa de Cronbach superiores a 0.80, lo que refleja una alta confiabilidad (Villabonas-Aleman et al., 2018; Muela et al., 2015).

En el contexto latinoamericano, el SCARED ha sido adaptado y validado en varios países, incluyendo Colombia, Argentina, México y Chile, lo que refuerza su aplicabilidad cultural. En Chile, Urzúa y colaboradores (2019) realizaron un estudio con población adolescente escolarizada, confirmando la validez de constructo del instrumento, su utilidad diagnóstica para distinguir entre niveles leves, moderados y severos de ansiedad, y su capacidad para predecir interferencias significativas en el funcionamiento escolar, familiar y social. El test se ha mostrado sensible a cambios tras intervenciones psicológicas, lo que permite usarlo como instrumento pre y post tratamiento, facilitando la evaluación del impacto terapéutico.

En el caso de H, el uso del SCARED se fundamenta en la necesidad de evaluar específicamente y rigurosamente la sintomatología ansiosa. Al ser un adolescente que presenta preocupaciones persistentes, crisis emocionales, y conductas de evitación frente a situaciones sociales o académicas, este instrumento posibilita identificar las áreas específicas en las que la ansiedad se manifiesta y su severidad. Al estar validado en población chilena y contar con respaldo empírico en Latinoamérica, su aplicación se considera éticamente adecuada y clínicamente relevante para el proceso diagnóstico y para futuras mediciones de cambio durante la intervención.

Además, se incorporaron videograbaciones y transcripciones de las sesiones del proceso psicodiagnóstico. Para Roussos, Etchebarne y Waizmann (2005), la videograbación de material clínico es una herramienta altamente eficaz para la recolección de información, al permitir un registro fiel de las interacciones terapéuticas, tanto verbales como no verbales. Si bien se ha debatido sobre la posibilidad de que esta técnica interfiera con la espontaneidad del setting terapéutico, la evidencia acumulada a lo largo de las décadas no ha mostrado efectos negativos significativos sobre la relación terapéutica ni sobre la expresión emocional de los pacientes.

Por el contrario, diversos autores han destacado que las videograbaciones contribuyen al fortalecimiento del análisis clínico y facilitan un seguimiento más exhaustivo de la evolución del proceso, así como una observación detallada de aspectos comunicacionales no siempre captados durante la sesión (Smith et al., 2020; Pereira et al., 2023). En el caso de H, estas grabaciones fueron fundamentales para detectar señales no verbales asociadas al malestar emocional, como expresiones de ansiedad, posturas defensivas o silencios prolongados, elementos que enriquecen la interpretación clínica más allá del discurso explícito. Las transcripciones completas de las sesiones permitieron codificar el discurso rigurosamente, posibilitando el análisis temático y la identificación de patrones recurrentes en la narrativa de H, en relación con su experiencia de ansiedad, regulación emocional y conflictos familiares. La combinación de registros visuales y verbales refuerza el carácter multimodal y multinivel del abordaje diagnóstico, aportando mayor profundidad al análisis de su experiencia subjetiva.

En definitiva, el proceso diagnóstico de H se caracterizó por una aproximación integral, orientada a captar las múltiples dimensiones de su malestar desde diversas fuentes de información y herramientas metodológicas. A través de esto puede lograrse una triangulación metodológica que permite una comprensión más compleja y matizada del caso. Esta estrategia de recolección de datos no solo fortalece la validez del diagnóstico, sino que también orienta el diseño de una intervención ajustada a las necesidades de H, facilitando así una atención psicológica ética, contextualizada y eficaz.

2.3. Análisis de los resultados del diagnóstico:

2.3.1. Análisis de resultados de entrevistas semiestructuradas:

Las entrevistas clínicas responden a los cuatro objetivos específicos planteados.

Se identificaron 5 categorías principales que facilitaron la organización de la información.

1. Regulación emocional:

En el relato de H se observa un desarrollo paulatino de la conciencia emocional, entendida como identificar, diferenciar y tomar conciencia de las propias emociones (Lane & Schwartz, 1987). Frases como “sé cuándo tengo energía y cuándo no” reflejan mentalización incipiente propia de la adolescencia media, y la validación “la rabia no es mala, lo malo es lo que uno hace con eso” sugiere esquemas que reconocen el valor adaptativo de la emoción, en línea con enfoques de aceptación (Linehan, 1993; Neff, 2003). No obstante, estas competencias no siempre se traducen en regulación efectiva, modular intensidad y duración según metas, (Gross, 1998): aparecen episodios de desregulación e impulsividad ante conflicto o frustración, coherentes con la maduración aún en curso de las funciones ejecutivas (Steinberg, 2005). La expresión emocional varía según el vínculo: H se abre con el psicólogo y amigos cercanos, y restringe su emocionalidad donde percibe riesgo o invalidación, consistente con el modelo de mentalización (Fonagy et al., 2002). En afrontamiento, recurre a música, caminar o celular, estrategias evitativas/distractoras (Compas et al., 2001) que alivian a corto plazo, sin integrar el malestar; conviene fortalecer resolución, procesamiento emocional y autoeficacia. Clínicamente, muestra habilidades de regulación emergentes (Gratz & Roemer, 2004): cierto insight, aunque requiere acompañamiento para consolidar autoobservación, aceptación y regulación conductual. Coexisten fortalezas (capacidad reflexiva, apertura con figuras significativas, identificación emocional) y áreas a trabajar: sostener el malestar, modular la impulsividad y diversificar estrategias.

2. Ansiedad y angustia:

Se evidencia una carga ansiosa persistente en planos fisiológico, cognitivo y conductual, con crisis que reflejan pérdidas momentáneas de autorregulación, esperables en trastornos ansiosos internalizantes cuando la intensidad afectiva supera los recursos disponibles (APA, 2013). En lo fisiológico, dolor abdominal, sudoración y presión cefálica apuntan a hiperactivación autonómica ante amenaza percibida (Porges, 2007). En lo cognitivo, pensamientos catastróficos y anticipatorios, esperar lo peor sin señales objetivas, alimentan hipervigilancia y preocupación constante (Beck, 1976). Se suma la preocupación por la evaluación ajena, compatible con ansiedad social en situaciones evaluativas, con impacto en autoestima, competencia e identidad (Clark & Wells, 1995; Albano & Detweiler, 2001). Este conjunto configura un perfil ansioso complejo, compatible con el TAG. En lo terapéutico, se sugiere reestructuración cognitiva (Beck, 1995), exposición gradual, entrenamiento en regulación fisiológica y psicoeducación (Barlow, 2002). En síntesis, la vivencia ansiosa es multidimensional y afecta el funcionamiento cotidiano; abordarla implica mejorar regulación interna, flexibilizar el pensamiento y restituir seguridad y control personal.

3. Identidad y autopercepción:

Se observa un proceso identitario en construcción propio de la adolescencia media, integrando pasado, presente y futuro (Erikson, 1968). La narrativa de H muestra autoconciencia, reflexión sobre errores, sentido de superación y motivación con autoeficacia emergente (Bandura, 1997). El autoconcepto es ambivalente: ressignifica errores como aprendizaje, aunque coexisten autocrítica y dudas sobre su valor en contextos de rechazo o comparación, sugiriendo autoestima

lábil y dependiente del entorno (Harter, 1999). La elaboración “si no hubiese pasado eso, no sería la persona que soy ahora” alinea con mentalización reflexiva (Fonagy & Target, 2002). La autoaceptación es una meta no siempre sostenida; la exigencia y expectativas rígidas pueden derivar en culpa o frustración, asociándose a vulnerabilidad ansiosa o perfeccionismo disfuncional. Clínicamente, transita una reorganización subjetiva con dimensiones simbólicas, reflexivas y relacionales: conviven autovalía y agencia con fragilidades (dependencia del juicio externo, dudas sobre el propio valor), configurando un campo fértil para consolidar recursos, elaborar experiencias y fortalecer un sentido de sí más realista.

4. Dinámica familiar y redes:

Se aprecia una percepción ambivalente de los vínculos familiares y redes de apoyo: valora sostén (especialmente materno) y, a la vez, reporta frustración, incompreensión o invalidación, con impacto directo en su equilibrio emocional. Esta ambivalencia es frecuente en la diferenciación adolescente (Steinberg & Silk, 2002) y coexiste con un incipiente proceso de separación–individuación (Blos, 1967). La confianza en profesores y amigos cercanos aporta contención y opera como factor protector fuera del hogar (Werner & Smith, 1992). Sin embargo, experiencias de invalidación o castigos percibidos como injustos podrían haber erosionado la confianza básica, facilitando reacciones intensas ante conflicto (Bowlby, 1988). Cabe interpretar modelos internos de relación mixtos que inciden en regulación, percepción de apoyo y construcción del yo (Allen & Tan, 2016). Las redes familiares y externas cumplen un rol central para su bienestar emocional.

5. Bienestar psicológico:

El bienestar de H es oscilante, atravesado por ansiedad, vínculos y desarrollo identitario, aunque con recursos personales y búsqueda de sentido. Construye una narrativa de superación y autovalía con creciente introspección y metas personales, en línea con el modelo de bienestar de Ryff (1989). Reconoce emociones difíciles y acepta el malestar como parte de la vida, “igual sé que me voy a sentir mal algunas veces, pero trato de no quedarme pegado”, signo de aceptación emocional incipiente y resiliencia en desarrollo (Hayes et al., 2004). Su bienestar se asocia a momentos de conexión consigo mismo, con otros y con actividades significativas (entrenamiento físico, amistades), coherente con el enfoque eudaimónico (Deci & Ryan, 2000). Amenazas como perfeccionismo, búsqueda de validación externa y autoexigencia pueden mermar la satisfacción vital y el sentido de eficacia (Stoeber & Rambow, 2007). En conjunto, H muestra un funcionamiento emocional complejo: regulación en desarrollo coexistiendo con ansiedad y autoexigencia elevadas. A pesar de que dispone de introspección, sentido y vínculos, persisten dificultades para sostener el malestar y una tendencia a la anticipación negativa; con acompañamiento terapéutico, estas fortalezas podrían consolidar un bienestar más estable y funcional.

2.3.2. Análisis de resultados del primer objetivo específico:

El perfil de respuestas de H durante el cuestionario permitiría observar una presencia significativa de sintomatología ansiosa (Birmaher et al., 1997; Varela et al., 2008).

1. Ansiedad generalizada:

Con un puntaje de 10 (≥ 9), H supera el punto de corte clínico para esta subescala. Los ítems relevantes reflejan preocupación excesiva, pensamientos reiterativos y anticipatorios ante situaciones cotidianas, validando la presencia de ansiedad generalizada como núcleo clínico del malestar emocional. Esto se relaciona con la definición del DSM-5 del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), caracterizado por una preocupación persistente difícil de controlar, que se

extiende a múltiples áreas de la vida (APA, 2013). A su vez, la tendencia a la catastrofización y la baja tolerancia a la incertidumbre, identificadas también en la entrevista, coinciden con el modelo de Dugas et al. (1998), que plantea que la intolerancia a la incertidumbre es un factor central en el TAG.

2. Trastorno de pánico:

Esta subescala tiene el puntaje más bajo 5 (≥ 7), el cual es bajo desde el punto de corte clínico, por lo que no se configura un trastorno de pánico propiamente tal. No obstante, se identifican componentes fisiológicos y emocionales de desregulación intensa, que reflejan experiencias de ansiedad aguda. Esto coincide con el modelo de Clark (1986), que postula que la interpretación catastrófica de sensaciones físicas incrementa la activación ansiosa.

3. Fobia social y ansiedad por separación:

En este ámbito, H alcanza puntajes clínicos en fobia social 9 (≥ 8) y ansiedad por separación 7 (≥ 5), lo que sugiere que la ansiedad no solo es generalizada, sino que también involucra el ámbito interpersonal y vincular. La fobia social se manifestaría en el miedo a la evaluación negativa, vergüenza anticipada y evitación de contextos sociales, lo cual se alinea con los criterios diagnósticos del DSM-5 y con estudios que señalan su prevalencia en la adolescencia media (Beidel & Turner, 2007; APA, 2013). Respecto a la ansiedad por separación, si bien no fue claramente verbalizada en la entrevista, su relación de dependencia emocional hacia figuras significativas podría llegar a ser un indicador de preocupación excesiva por la distancia afectiva (Greco & Morris, 2002).

4. Síntomas somáticos / miedo físico:

Con un puntaje de 11 (≥ 8), H evidencia síntomas somáticos significativos, como dolores de estómago, tensión corporal y sudoración, sin causa médica aparente. Esto sugiere una somatización ansiosa, que es frecuente en adolescentes y puede generar interferencia funcional (Campo, 2012). La literatura señala que los síntomas físicos de ansiedad pueden ser más prominentes que los emocionales en población adolescente (Essau et al., 2000). Los resultados del cuestionario, combinados con las entrevistas, permiten identificar un cuadro compatible con TAG, acompañado por síntomas de fobia social, ansiedad por separación y manifestaciones somáticas de la ansiedad. Este patrón ansioso se manifiesta de forma transversal en los ámbitos escolar, social, familiar y corporal, afectando la vida interna de H y su funcionamiento en diferentes contextos. Además, la integración de ambos métodos de evaluación revela consistencia entre lo que H verbaliza y lo que reporta a nivel sintomático, lo cual otorga validez ecológica al diagnóstico preliminar.

2.3.3. Análisis de resultados del segundo objetivo específico:

En Latinoamérica, puntajes altos en las subescalas reflejan mayores dificultades de regulación, mientras que puntajes moderados/bajos señalan áreas menos comprometidas (Tejeda et al., 2012). En H se observa una distribución mayormente moderada, que sugiere dificultades específicas más que generalizadas: coexisten recursos (como la aceptación emocional y orientación a metas) con limitaciones en claridad emocional, impulsividad relacional y acceso a estrategias en crisis. Esto es coherente con las entrevistas, donde H reporta malestar intenso, rumiación, dificultades relacionales y afrontamiento evitativo. A continuación, el análisis por subescala:

1. No aceptación de las respuestas emocionales (NA) = 11 puntos:

Puntaje bajo-moderado: H tiende a aceptar la presencia de sus emociones, sin luchar activamente contra ellas. Se observan frases como *“si tengo pena, voy a estar triste no más”*, con un grado de validación emocional espontánea. Constituyendo una base resiliente para el trabajo

terapéutico, ya que la aceptación emocional ha demostrado estar asociada a mejores índices de salud mental (Neff & Germer, 2013).

2. Dificultad para controlar comportamientos impulsivos (IM) = 12 puntos:

Puntaje moderado: las entrevistas clínicas revelan episodios concretos de desregulación impulsiva, especialmente en contextos vinculares intensos. Esto sugiere un sesgo en la autopercepción, H puede no ser completamente consciente de sus dificultades para contenerse en momentos de carga emocional alta. Los adolescentes con ansiedad suelen subestimar sus niveles de impulsividad, especialmente en contextos emocionalmente activantes (Murray et al., 2021).

3. Dificultad en conductas dirigidas a metas (GO) = 8 puntos:

Puntaje más bajo del cuestionario: sugiriendo que H conserva una buena capacidad para mantener conductas orientadas a objetivos, incluso bajo estrés emocional. Esto se observa en su compromiso con el gimnasio y el interés por la alimentación saludable. Se asocia positivamente a la motivación autodeterminada y al desarrollo de la autoeficacia en adolescentes (Ryan & Deci, 2000).

4. Falta de consciencia emocional (AW) = 11 puntos:

Acá, se observa un puntaje moderado, el cual sugiere que H mantiene cierta consciencia emocional, aunque de forma intermitente o desorganizada. Si bien verbaliza que sabe lo que siente, muchas veces lo hace de forma racionalizada, o bien omite verbalizar emociones específicas, lo que se ha observado clínicamente en frases como *“no sé si estoy triste o cansado”*. Este patrón puede vincularse a esquemas de evitación emocional, que dificultan el acceso consciente a la experiencia afectiva (Linehan, 1993).

5. Falta de claridad emocional (CL) = 12 puntos:

Puntaje más elevado: reflejando una importante dificultad para nombrar, diferenciar o comprender sus emociones. En las entrevistas, esto se refleja en descripciones vagas o confusas sobre su estado emocional. La falta de claridad puede estar afectando su capacidad para pedir ayuda, tomar decisiones o iniciar procesos reguladores, coincidiendo con estudios que asocian la baja claridad emocional con mayor sintomatología ansiosa y menor bienestar (Salovey et al., 2002).

6. Dificultades en estrategias de regulación efectivas (ST) = 10 puntos:

El puntaje revela que H conoce o utiliza algunas estrategias de afrontamiento, aunque le cuesta ponerlas en práctica en momentos críticos. Tiende a recurrir a mecanismos evasivos como el aislamiento o la rumiación, lo cual limita su eficacia regulatoria. Gross (1998) plantea que la RE implica no solo el reconocimiento emocional, sino la aplicación activa de estrategias adaptativas como la reevaluación cognitiva o el afrontamiento consciente.

La aplicación del DERS, indica dificultades moderadas de RE en H, con énfasis en la falta de claridad emocional, impulsividad relacional y uso limitado de estrategias adaptativas. Destacan fortalezas, como la disposición a aceptar emociones y el mantener metas conductuales incluso bajo estrés. Este perfil coincide con un patrón emocional propio de adolescentes con trastornos ansiosos, donde la intensidad emocional no siempre es acompañada de un repertorio regulador eficaz.

2.3.4. Análisis de resultados del tercer objetivo específico:

La Escala de Bienestar Psicológico de Ryff evalúa seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal

(Ryff, 1989). La versión utilizada, validada en contextos hispanohablantes, presenta adecuadas propiedades psicométricas en adolescentes chilenos (Van den Heuvel et al., 2021; Díaz et al., 2006). H muestra un perfil de bienestar elevado, con una valoración positiva de sí mismo, claridad de metas, apertura al cambio, y vínculos significativos. A continuación se analiza cada dimensión:

1. Autoaceptación (AA): Puntaje elevado.

H presentaría una autoimagen positiva, coherente con una identidad en formación, mostrando aceptación de sus experiencias pasadas y rasgos personales. Alineándose con las entrevistas, con frases como *"Yo cometí errores, pero no los cambiaría porque soy quien soy ahora"*, indicando un proceso reflexivo acorde con el desarrollo adolescente (Erikson, 1968).

2. Relaciones positivas con otros (RPO): Puntaje intermedio.

H expresa contar con vínculos valiosos, aunque con ambivalencia o sensación de desventaja social. Esto se articula con las entrevistas, donde menciona que confía en algunos colaboradores del colegio y desconfía de sus pares, indicando que sus relaciones significativas son limitadas, y profundamente valoradas, lo cual puede constituir un factor protector (González et al., 2018).

3. Autonomía (AU): Puntaje alto.

H se percibe como una persona con independencia de juicio y convicciones propias, aunque aún en proceso de construcción, ya que logra diferenciar su visión del mundo, especialmente frente a la familia o la presión social. Esta autonomía psicológica es relevante en la adolescencia media, debido a que es la etapa de consolidación del yo (Steinberg, 2005).

4. Dominio del entorno (DE): Puntaje alto.

Habría una percepción positiva de agencia personal, organización y propósito vital. H menciona que el gimnasio lo ha ayudado a ordenarse, lo que se vincula con la percepción de control del entorno. Según Ryff (1989), esta dimensión es clave para el bienestar en adolescentes cuando se relaciona con metas realistas y significativas.

5. Propósito en la vida (PV): Puntaje alto.

H tiene objetivos vitales claros (mejorar en el deporte y el colegio). Esto es coherente con la subcategoría de sentido de superación. El desarrollo de propósito es fundamental para la resiliencia adolescente (Damon, 2003), más en contextos de adversidad emocional como la ansiedad.

6. Crecimiento personal (CP): Puntaje alto.

H muestra disposición al cambio, apertura al aprendizaje interno y sentido de crecimiento, reflejando un yo reflexivo y narrativo en desarrollo, vinculado al fortalecimiento del autoconcepto y a la integración emocional (Neimeyer, 2006). Constituye un factor protector importante ante las dificultades de ansiedad y regulación emocional.

El perfil de H evidencia fortalezas en autoaceptación, propósito y crecimiento, sugiriendo un yo en desarrollo con buen potencial de adaptación. Persisten tensiones relacionales (posible soledad) y límites en la expresión emocional plena, a abordar en terapia. Estos resultados refuerzan lo observado en DERS y entrevistas, ofreciendo una visión integral: la base de bienestar y percepción de agencia favorece el pronóstico siempre que se intervenga en ansiedad anticipatoria, dificultades vinculares y regulación emocional.

2.3.5. Integración de los resultados cualitativos y cuantitativos:

A partir de las entrevistas semiestructuradas y de los instrumentos SCARED, DERS y Ryff, se configura en H un cuadro donde lo emocional, lo cognitivo, lo relacional y lo contextual se entrecruzan. Esta lectura se realiza desde una perspectiva multinivel, que ubica la experiencia subjetiva de H en diálogo permanente con su familia, su escuela y su entorno sociocultural.

En el plano individual, los datos del SCARED confirman un TAG, que en la práctica se traducen en pensamientos catastróficos, miedo al fracaso, sobreactivación fisiológica y baja tolerancia a la incertidumbre (APA, 2013). El DERS complementa esta noción al mostrar dificultades en claridad emocional, control de impulsos y uso de estrategias efectivas, rasgos que vuelven más vulnerable el sistema regulatorio de H en situaciones de exigencia o estrés interpersonal. En suma, lo que H siente, piensa y anticipa tiende a retroalimentarse, elevando la vigilancia y consolidando un patrón ansioso persistente.

Cuando se mira el mundo relacional, aparecen apoyos significativos, aunque también temor al juicio, ambivalencia y sensación de no ser comprendido. Esta oscilación incide directamente en su seguridad emocional, con señales ambiguas o conflictivas en el sistema familiar, lo que intensifican la hipervigilancia y el sesgo hacia amenaza, reorganizando el afecto y la conducta cotidiana (Cummings & Davies, 2010). Estas variaciones favorecen representaciones internas mixtas acerca del soporte disponible, lo que repercute en la confianza básica y en la gestión de conflictos (Bowlby, 1988). En la práctica, ello se expresa en escaladas rápidas y labilidad afectiva, especialmente cuando coinciden tensiones académicas y fricciones familiares.

En cuadros donde coexisten ansiedad y TDAH, es habitual que la familia tienda a acomodar (responder por H, evitar gatillantes, flexibilizar en exceso), lo que alivia a corto plazo, y también mantiene preocupación y evitación, erosionando la autoeficacia regulatoria. Por ello, resulta pertinente mapear esas acomodaciones e introducir una no acomodación gradual, con validación y metas acotadas (Lebowitz et al., 2014). A la vez, la vulnerabilidad ejecutiva ligada al TDAH requiere estructuras consistentes (señales externas, fragmentación de tareas, reglas explícitas), junto con apoyo a la autonomía para evitar el control psicológico y favorecer la internalización de habilidades (Barkley, 2015; Ryan & Deci, 2017). Encontrar este equilibrio de estructura, calidez y participación reduce fricciones y facilita que las estrategias de regulación trasciendan la sesión.

Un eje que ordena es la mentalización, cuando cuidadores y adolescente logran leer estados mentales (intenciones, creencias, emociones), disminuyen las atribuciones hostiles y se habilita la co-regulación en momentos de activación. Por el contrario, dificultades en esta capacidad aumentan malentendidos y respuestas defensivas. Una comunicación que nombra emociones, explora perspectivas y valida experiencias sostiene la diferenciación del yo sin quebrar el vínculo (Fonagy et al., 2002; Slade, 2005).

La escuela y las redes funcionan como extensión del sistema de apoyo. Vínculos de confianza con docentes y adultos significativos amortiguan el malestar y refuerzan la pertenencia y continuidad de metas (Pianta, 1999; Resnick et al., 1997). Desde una mirada ecológica, alinear familia, escuela y redes mediante acuerdos simples, metas conductuales compartidas y reforzadores coherentes reduce la disonancia de mensajes y estabiliza la experiencia cotidiana de H (Bronfenbrenner, 1979). Esta articulación resulta crucial para sostener avances en regulación emocional y disminuir conflictos en jornadas académicas exigentes.

Las tensiones entre escuela, familia y vínculos afectivos aparecen como desencadenantes de episodios ansiosos, lo que confirma la circularidad entre lo emocional y lo contextual. Si bien el

Ryff muestra dimensiones positivas de bienestar, estas parecen arraigar más en narrativas de superación que en un bienestar sostenido. Factores culturales como la alta autoexigencia, el ideal de fortaleza y la no exhibición de vulnerabilidad (especialmente en varones) favorecen la evitación emocional y la desconexión del malestar (Ryff & Keyes, 1995; Van Dierendonck, 2005). Además, el acceso limitado a espacios seguros de expresión en la familia o en la escuela reduce oportunidades de regulación interpersonal y contención.

H presenta un perfil coherente con TAG y TDAH, acompañado de desregulación emocional y desafíos vinculares relevantes. Su ansiedad no se entiende de forma aislada, emerge del entrelazo entre un temperamento reactivo, experiencias vinculares inseguras y un entorno que no siempre valida ni acoge su emocionalidad. La intervención, se beneficia de anclajes en todos los niveles: fortalecer claridad y estrategias de regulación, consolidar apoyos familiares y escolares, y promover espacios de mentalización y expresión segura, así el propósito y crecimiento del Ryff podría traducirse en un bienestar más estable y sostenido.

2.3.6. Discusión teórico – clínica multinivel:

El caso de H, desde la clínica, muestra cómo factores individuales, vinculares, relacionales y sociales interactúan para configurar un funcionamiento emocional con elevada sensibilidad ansiosa, dificultades de regulación y una autoimagen en desarrollo, atravesada por tensiones internas y externas. Más que una suma de síntomas, se observa un malestar persistente sostenido por mecanismos desregulados de procesamiento emocional y vínculos poco contenedores.

Desde el desarrollo adolescente, H transita una etapa crítica en que autonomía, autoconcepto y validación social ocupan un lugar central (Erikson, 1968; Blakemore & Mills, 2014). Su ansiedad generalizada no solo se expresa en preocupaciones excesivas, sino como modo predominante de relación con el entorno: anticipa amenaza, interpreta desde la desconfianza y se moviliza evitando conflicto o juicio, consistente con un esquema ansioso de base que concibe el mundo como impredecible o peligroso (Clark & Beck, 2010).

En regulación emocional, los hallazgos del DERS y de las entrevistas indican momentos de conciencia, aunque con escaso lenguaje emocional claro y herramientas internalizadas para modular la intensidad afectiva. La ansiedad se intensifica ante la incertidumbre o tensión relacional, sin estrategias consolidadas de contención o mentalización. La capacidad de mentalizar, comprender estados emocionales propios y ajenos, es clave para regular y para el desarrollo del self (Fonagy et al., 2002); en H esta habilidad parece frágil, favoreciendo respuestas impulsivas, evitación y sobrecarga fisiológica.

En lo vincular, la sintomatología ansiosa también se asocia a experiencias de inseguridad relacional, actuales y pasadas. Dinámicas familiares con posible trato desigual y baja sintonía emocional dificultan un espacio seguro (Bowlby, 1988). Estas carencias, sumadas a conflictos recientes, refuerzan un modelo interno basado en autoexigencia, miedo al rechazo y dificultad para confiar, lo que se expresa en ansiedad y evitación social en contextos desconocidos o incómodos.

Desde una perspectiva sistémica, familia y escuela actúan a la vez como protección y riesgo. Figuras adultas significativas y el gimnasio aportan contención y autorregulación; en contraste, ambivalencia vincular, experiencias de exclusión y presión académica amplifican la ansiedad. El bienestar adolescente depende de la calidad de las interacciones en sistemas próximos como familia y escuela (Bronfenbrenner, 1987), lo que subraya la necesidad de intervenir más allá de lo individual.

En el plano identitario, puntuaciones más bajas del Ryff en autonomía y sentido vital pueden leerse como expresión de un yo aún poco diferenciado del entorno, con deseo de agradar, temor al juicio y necesidad de aceptación externa. La identidad se construye mediante una narrativa personal coherente que otorga sentido a la experiencia emocional (McAdams, 2001). En H, esa narrativa sigue en construcción, tensada entre aspiración a autodeterminación e inseguridad afectiva.

En síntesis, el caso refleja la complejidad del malestar emocional adolescente cuando se entrelazan factores individuales, familiares y socioculturales: problemas que no se explican aisladamente, sino como resultado de experiencias vinculares ambivalentes, recursos emocionales aún en desarrollo y demandas ambientales que desbordan su capacidad regulatoria.

2.3.7. Evaluación de logro de los objetivos diagnósticos:

A partir del análisis y del proceso de evaluación, es posible revisar el cumplimiento de los objetivos diagnósticos, destacando avances y aspectos a profundizar.

El primer objetivo, habría sido logrado: las entrevistas semiestructuradas y el SCARED identifican un patrón de ansiedad generalizada en H. Las preocupaciones constantes, la anticipación catastrófica y la sintomatología fisiológica se corresponden con puntajes elevados y con los criterios DSM-5 para TAG (APA, 2013), extendiéndose a lo social y familiar.

El segundo objetivo, se habría cumplido parcialmente: el DERS perfila un patrón mixto de regulación emocional. Se observan recursos (aceptación emocional y mantenimiento de conductas dirigidas a metas bajo malestar), junto con dificultades en claridad emocional, impulsividad y uso de estrategias adaptativas. El relato de H refiere confusión, rumiación y desregulación en contextos relacionales. Falta profundizar frecuencia, eficacia y contexto de uso de estrategias, por lo que se sugiere complementar con instrumentos específicos y/o sesiones adicionales.

El tercer objetivo, habría sido logrado: la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff entrega una visión dimensional del bienestar. Se observan fortalezas en propósito vital y crecimiento personal (orientación a metas, deseo de superación, motivación) y debilidades en autoaceptación, autonomía y relaciones positivas, concordantes con fragilidad del autoconcepto, dependencia emocional e inseguridad vincular descritas en la evaluación cualitativa.

El cuarto objetivo, se habría cumplido parcialmente: entrevistas con H y cuidadores delinear un clima ambivalente, con episodios de validación y sostén junto a momentos de incompreensión, invalidación y crítica, lo que incide en labilidad e hipervigilancia. Se observan acomodaciones familiares a la ansiedad (resolver por H, permitir evitaciones, flexibilizar rutinas), que alivian a corto plazo, manteniendo la evitación y erosionando la autoeficacia regulatoria (Morris et al., 2007; Katz & Gottman, 1997; Lebowitz, Panza, Su, & Bloch, 2014). Se recomienda profundizar con micro-observación de interacciones, instrumentos de funcionamiento familiar y registro sistemático de apoyo a la autonomía (Katz & Gottman, 1997; Ryan & Deci, 2017).

La evaluación, mediante instrumentos estandarizados, entrevistas clínicas y análisis audiovisual, ofrece una comprensión integrada del malestar de H. La convergencia entre datos cuantitativos y cualitativos indica dificultades de regulación emocional, baja percepción de bienestar en áreas específicas y ansiedad con interferencia cotidiana, confirmando la pertinencia diagnóstica (comorbilidad con TDAH) y orientando la intervención futura.

III. Propuesta de intervención

3.1. Relevancia de la intervención:

El caso de H representa un desafío multidimensional complejo que integra factores psicológicos, emocionales, familiares y contextuales. En ese sentido, la intervención propuesta se enfocaría en fortalecer las habilidades de regulación emocional del paciente, abordando las problemáticas de ansiedad, las cuales derivan de su etapa evolutiva, del malestar emocional y de las experiencias vividas en su entorno. Por tanto, al tener en cuenta el impacto que estos factores pueden tener en su bienestar psicológico, se podría justificar la intervención desde diversas perspectivas, cada una aportando una comprensión integral y fundamentada. De ahí que, a continuación, se analizarán las relevancias teóricas, metodológicas, sociales y prácticas de este estudio, destacando su aporte al desarrollo de herramientas y estrategias que no solo beneficiarían a H, sino que también pudiesen llegar a ser replicables en otros contextos similares.

Desde una perspectiva teórica, la intervención propuesta aportaría al estudio de la regulación emocional y el bienestar psicológico en adolescentes con ansiedad generalizada. Su relevancia teórica radica en la aplicación de marcos conceptuales consolidados, como la Teoría de la Regulación Emocional (Gross, 1998), el Mindfulness (Kabat-Zinn, 1990) y la reestructuración cognitiva a partir de la Terapia Cognitivo-Conductual (Beck, 1979). Estas bases teóricas permiten comprender cómo el manejo de emociones influye en la salud mental y física, aspecto clave en adolescentes con trastornos ansiosos. Con esta perspectiva, la intervención en el caso de H posibilitaría explorar y comprender cómo la activación emocional disfuncional, la impulsividad y la evitación emocional actúan como mantenedores de la sintomatología ansiosa. Sumándose a la relación entre la autoeficacia emocional, la regulación del estrés y la adaptación psicológica, considerando tanto factores internos tales como su emocionalidad, autoestima y confianza, como externos, tales como su familia y el entorno escolar. En efecto, el enfoque multinivel facilitaría una comprensión contextualizada, integrando la interacción entre estos factores para diseñar estrategias más personalizadas.

Además, la intervención permitirá explorar cómo la ansiedad se manifiesta en adolescentes con alta autoexigencia, dificultad para tolerar la frustración y una marcada sensibilidad interpersonal, aspectos que, de acuerdo con autores como Compas et al. (2017) y Steinberg (2005), son comunes en esta etapa del desarrollo. Así, se contribuye al cuerpo teórico sobre salud mental adolescente desde una mirada compleja, integradora y situada.

Respecto, a la perspectiva metodológica, la intervención destaca por su carácter multimodal, contextualizado y flexible. La cual se construyó a partir de una evaluación diagnóstica exhaustiva que combinó instrumentos psicométricos con entrevistas clínicas, permitiendo una triangulación de datos y un abordaje multinivel. De modo que, el caso de H representaría un avance en el diseño y aplicación de estrategias terapéuticas integrales, abordando simultáneamente los aspectos individuales, familiares y sociales. Su enfoque interdisciplinario combina elementos de la psicología clínica, permitiendo una comprensión más completa de los factores que influyen en la regulación emocional de H. Así, se podría destacar que, la metodología se distingue por su personalización, adaptando técnicas como el mindfulness, respiración, relajación y reestructuración cognitiva, junto con dinámicas familiares específicas para mejorar la comunicación y fortalecer el entorno emocional. Esta diversificación de estrategias representa un aporte metodológico relevante al ofrecer un modelo replicable, sensible a las necesidades subjetivas del paciente, y adaptable a otros contextos clínicos similares, superando las limitaciones de las intervenciones estandarizadas y rígidas (Creswell & Plano Clark, 2011; APA, 2023).

Paralelamente, desde lo social, abordar la ansiedad adolescente es un imperativo urgente, dada su alta prevalencia y su impacto en el bienestar general, la trayectoria académica y las relaciones interpersonales (OMS, 2021). En H, la sintomatología ansiosa interfiere en su capacidad para desenvolverse en contextos significativos como la escuela y los vínculos afectivos, generando aislamiento, evitación y desregulación. Análogamente, el fortalecimiento de habilidades de regulación emocional y afrontamiento adaptativo no solo beneficiará a H, sino que también puede impactar positivamente en su entorno familiar y social, al promover una dinámica más contenedora y empática. Como señalan Masten y Reed (2002), intervenir en esta etapa del desarrollo puede ser un factor clave para prevenir la cronificación del malestar y fomentar trayectorias de resiliencia.

Asimismo, la intervención puede aportar a la sensibilización de la comunidad educativa y familiar respecto a la salud mental adolescente, promoviendo la validación emocional y disminuyendo el estigma asociado al malestar psicológico. A nivel preventivo, fortalecer la regulación emocional en esta población puede reducir el riesgo de trastornos de salud mental más graves, beneficiando no solo a los individuos, sino también a los sistemas sociales y de salud (Mazumder & Thompson-Hodgetts, 2019). La relevancia social de la intervención también radica en su potencial impacto en políticas de salud pública, ya que, la integración de programas psicológicos en el tratamiento de enfermedades crónicas podría mejorar la calidad de vida de estos adolescentes y contribuir a la construcción de entornos más inclusivos, empáticos y saludables.

En cuanto a la perspectiva práctica, se espera que la intervención propuesta pueda generar beneficios tangibles y aplicables en la vida cotidiana de H, tales como, la reducción de la sintomatología ansiosa y el estrés anticipatorio, la mejora de su capacidad para reconocer, expresar y regular sus emociones, el fortalecimiento del autoconcepto, una mayor tolerancia a la frustración y disminución de la ansiedad, así como una mejora de su bienestar psicológico. Estos resultados posibilitarían no solo el alivio del malestar inmediato, también podrían permitir la construcción de herramientas duraderas que le permitan enfrentar futuras situaciones de ansiedad y estrés, tomar decisiones desde un yo fortalecido y sostener relaciones más saludables. Como plantean Evers, Zautra y Thieme (2011), el fortalecimiento de la regulación emocional impacta directamente en la percepción del malestar, la calidad del vínculo con los demás y la capacidad adaptativa, siendo un factor protector de alta relevancia para adolescentes con perfiles vulnerables como el de H.

Desde la evidencia clínica, estudios han señalado que para lograr cambios significativos y sostenibles en adolescentes con trastornos ansiosos, es recomendable una intervención que supere las 12 sesiones, especialmente cuando se trabaja sobre habilidades de regulación emocional, reestructuración cognitiva, y procesos vinculares (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007; Seligman, 2011). En este caso, la intervención no solo se enfoca en la reducción sintomática, sino también en el fortalecimiento de recursos personales y familiares, lo que requiere tiempo, acompañamiento progresivo y consolidación. Para Bados y García-Grau (2008), la generalización y mantenimiento de habilidades terapéuticas en adolescentes requieren de un espacio terapéutico suficientemente amplio para transitar desde la adquisición de herramientas hasta su internalización y uso autónomo.

La intervención propuesta para el caso de H se fundamenta en diversas dimensiones que respaldan su necesidad y pertinencia. Se considera que abordar tempranamente las dificultades en regulación emocional y ansiedad en la adolescencia no solo favorece el bienestar psicológico individual, sino que también contribuye a fortalecer redes vinculares, prevenir problemáticas más complejas y promover trayectorias de desarrollo más saludables. El enfoque personalizado y multinivel de este caso permite ofrecer una respuesta terapéutica ajustada a las particularidades de H, con posibilidades de ser replicada en otros contextos clínicos con características similares, consolidando así un aporte para la práctica clínica infantojuvenil contemporánea.

3.2. Objetivos de la intervención:

Objetivo general:

Mejorar el bienestar psicológico del adolescente con ansiedad generalizada y TDAH, a través del fortalecimiento de las habilidades de regulación emocional.

Objetivos específicos:

1. Promover la comprensión y conciencia de las emociones, identificando los desencadenantes emocionales en situaciones cotidianas (sesión #1 y #2).
2. Promover el uso de estrategias de respiración diafragmática y la relajación progresiva para el manejo de la ansiedad (sesión #3 y #4).
3. Promover el desarrollo de habilidades de atención plena con ejercicios de mindfulness y escaneo corporal para mejorar la conexión con las experiencias internas (sesión #5, #6 y #7).
4. Reestructurar los pensamientos automáticos desadaptativos relacionados con la ansiedad, favoreciendo los pensamientos más adaptativos (sesión #8 y #9).
5. Fomentar una comprensión compasiva de las emociones, integrando prácticas de validación y normalización como parte del manejo emocional cotidiano (sesión #10).
6. Promover el uso de estrategias activas de afrontamiento que permitan al adolescente enfrentar situaciones difíciles de manera saludable y funcional (sesión #11 y #12).
7. Promover el diseño de un plan personalizado que consolide todas las herramientas aprendidas durante la intervención (sesión #13 y #14).
8. Promover la comprensión de la ansiedad y su abordaje en el núcleo familiar, a través de la psicoeducación. (sesión #15)
9. Fomentar la comprensión emocional de los cuidadores con habilidades de validación y acompañamiento afectivo (sesión #16, #17, #18 y #19).

3.3. Plan de evaluación de los resultados de la intervención:

Este apartado sintetiza el plan de evaluación de resultados de la intervención. Se fijan objetivos específicos, medibles y alcanzables, con indicadores y criterios de logro para verificar el impacto en H. La medición se realizará mediante instrumentos estandarizados, entrevistas semiestructuradas y registros de seguimiento, con el fin de monitorear su evolución durante el proceso. El propósito es asegurar el cumplimiento de los objetivos y generar evidencia concreta de eficacia y replicabilidad, validando el enfoque y optimizando las estrategias en beneficio del bienestar adolescente. A continuación se presentan los objetivos con sus indicadores, medios de verificación y criterios de logro. Todas las sesiones se desarrollarán entre abril y septiembre de 2025 en el Servicio de Psicología Integral (SPI) de la Universidad del Desarrollo (UDD), Santiago de Chile.

3.3.1. Distribución de las sesiones por objetivos:

1. Promover la comprensión y conciencia de las emociones, identificando los desencadenantes emocionales en situaciones cotidianas:

En la primeras dos sesiones se espera, como indicador, que H reconozca verbalmente emociones básicas y que identifique, simbólicamente, señales corporales, cognitivas y conductuales de su ansiedad. Para verificarlo, se utilizará un autorregistro de emociones y situaciones con entrevista semiestructurada de seguimiento y una guía de autoexploración aplicada en sesión con ejercicio reflexivo. Se considerará logrado cuando H verbalice al menos tres emociones básicas de situaciones recientes diferenciando su intensidad, y cuando describa al menos dos señales físicas, una cognitiva y una conductual, distinguiéndolas como parte de su “personaje” ansioso.

2. Promover el uso de estrategias de respiración diafragmática y la relajación progresiva para el manejo de la ansiedad:

En la tercera y cuarta sesión, como indicador, se observará en sesión la ejecución correcta de ambas técnicas y su uso fuera de sesión. La verificación incluirá simulación guiada en sesión con autorregistro semanal de uso (respiración) y observación directa, autoevaluación guiada y un formato de seguimiento (relajación). El criterio de logro es que H realice la respiración adecuadamente en sesión y la utilice en al menos tres situaciones ansiosas en la semana con disminución del malestar físico, y que practique la relajación en sesión y al menos tres veces fuera de esta, refiriendo alivio o descarga de tensión.

3. Promover el desarrollo de habilidades de atención plena con ejercicios de mindfulness y escaneo corporal para mejorar la conexión con las experiencias internas:

En la quinta, sexta y séptima sesión, se buscará, como indicador, la práctica de anclaje al presente a través de respiración y sentidos, junto con la ejecución de escaneo corporal y reconocimiento de sensaciones físicas. Se verificará mediante autorregistros semanales y observación directa con guías estructuradas (mindfulness), además de una bitácora de prácticas corporales con percepciones antes/después y reporte verbal guiado (escaneo). Se considerará alcanzado cuando H realice mindfulness al menos tres veces por semana durante dos semanas, sosteniendo la atención sin juicio por tres minutos, y cuando practique el escaneo corporal al menos dos veces por semana, identifique dos zonas de tensión y las vincule con estados emocionales específicos.

4. Reestructurar los pensamientos automáticos desadaptativos relacionados con la ansiedad, favoreciendo los pensamientos más adaptativos:

En la octava y novena sesión, como indicador, se espera el reconocimiento de pensamientos negativos ante situaciones ansiógenas y la generación de alternativas funcionales. Se verificará en sesión la identificación y transformación cognitiva, con autorregistros de situaciones, pensamientos, emociones y reestructuraciones, además de una guía de reestructuración aplicada y revisada en sesión. El logro se define como identificar al menos tres pensamientos automáticos en contextos reales o simulados, y proponer al menos dos alternativas más adaptativas por cada uno, comprendiendo su impacto en el malestar.

5. Fomentar una comprensión compasiva de las emociones, integrando prácticas de validación y normalización como parte del manejo emocional cotidiano:

En la décima sesión, como indicador, se evaluará la capacidad de reconocer emociones difíciles sin juicio, esto se verificará a través de una entrevista semiestructurada con diálogo reflexivo-compasivo y el registro de verbalizaciones espontáneas. Se considerará logrado cuando H verbalice al menos dos emociones complejas, como la culpa, la decepción o la frustración, con lenguaje validante hacia sí mismo y reconocimiento de su origen sin autoanulación.

6. Promover el uso de estrategias activas de afrontamiento que permitan al adolescente enfrentar situaciones difíciles de manera saludable y funcional:

En la undécima y duodécima sesión, como indicador, se identificará el repertorio de recursos usados por H. La verificación incluirá una bitácora semanal de situaciones y estrategias, role-playing de resolución de escenarios ansiosos y verbalización del uso cotidiano. El criterio de logro es que H nombre al menos tres recursos personales (conductuales, vinculares o internos) y diferencie cuáles resultan efectivos y cuáles no.

7. Promover el diseño de un plan personalizado que consolide todas las herramientas aprendidas durante la intervención:

En la decimotercera y decimocuarta sesión, como indicador, se trabajará la identificación de señales de alerta y acciones de autocuidado ante malestar intenso. Se verificará con un documento escrito y creativo que sintetice las estrategias, revisión conjunta en sesión del plan y reflexión guiada sobre su uso futuro. Se considerará cumplido cuando H complete un plan que incluya al menos dos señales de desregulación, dos recursos internos, un apoyo externo y una estrategia de contención previamente utilizada.

8. Promover la comprensión de la ansiedad y su abordaje en el núcleo familiar, a través de la psicoeducación:

En la decimoquinta sesión, se evaluará, como indicador, la comprensión de los adultos respecto de emociones y necesidades de H. Se verificará con una guía de psicoeducación completada y comentada en sesión, entrevista clínica con cuidadores y observación de su participación. El logro se define cuando los cuidadores identifiquen al menos dos situaciones donde su respuesta influyó positiva o negativamente en el malestar de H y se comprometan a aplicar al menos una estrategia de validación emocional o escucha activa.

9. Fomentar la comprensión emocional de los cuidadores con habilidades de validación y acompañamiento afectiva:

De la decimosexta a la decimonovena sesión, como indicador, se trabajará primero la reconstrucción narrativa de momentos significativos del desarrollo personal y emocional de H y, luego, la representación simbólica del “yo resiliente”. La verificación incluirá entrevistas reflexivas con cuidadores, actividades con frases validadoras/no validadoras y diálogo abierto para identificar respuestas empáticas, además de role-playing en situaciones cotidianas, registro de observaciones en sesión familiar y una autoevaluación breve de la experiencia de acompañamiento. Se considerará logrado cuando H identifique al menos tres momentos de su historia asociados a emociones, aprendizajes o cambios, y elabore una imagen o símbolo de su identidad fortalecida, nombrando dos cualidades personales y una relación significativa que lo haya sostenido.

3.4. Diseño de la estrategia de intervención:

La intervención propuesta contempla un total de 19 sesiones planificadas con el adolescente, organizadas de forma mayoritariamente individual (14 sesiones) y 5 sesiones familiares orientadas al trabajo psicoeducativo y vincular. La estrategia está diseñada para abordar progresivamente los objetivos terapéuticos, manteniendo una secuencia lógica y coherente con las áreas problemáticas identificadas en el proceso diagnóstico: regulación emocional, ansiedad anticipatoria, afrontamiento, mentalización y vínculos sociales.

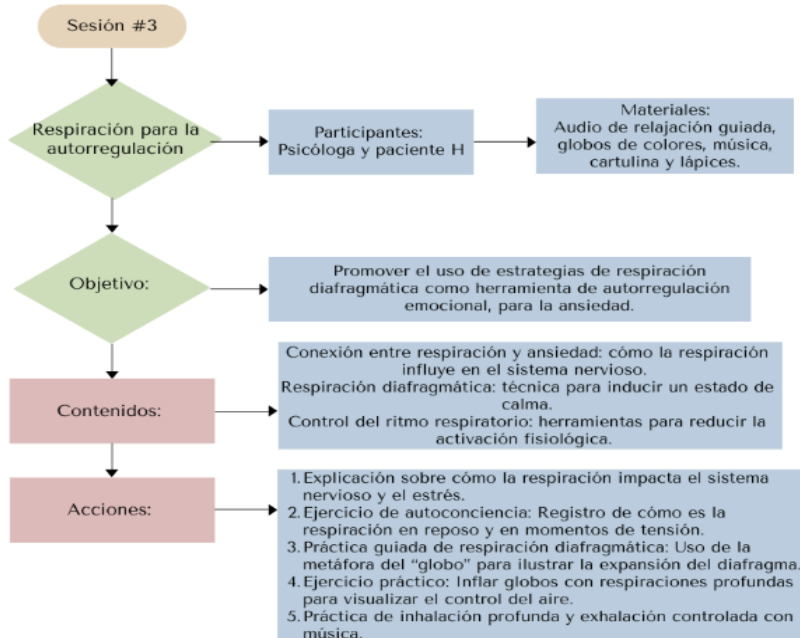
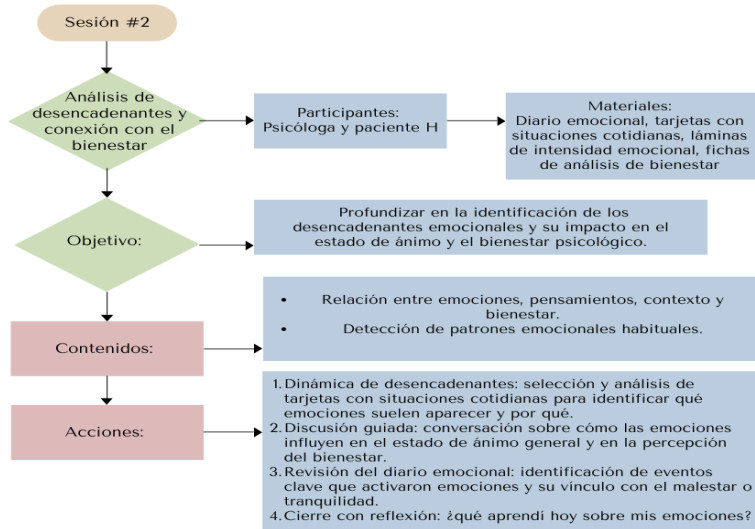
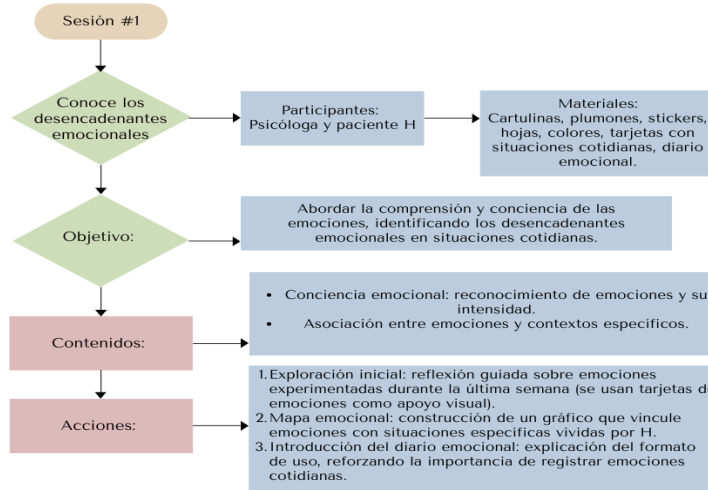
Cada sesión cuenta con un objetivo específico, una técnica central, y una modalidad de participación (individual o con cuidadores), lo que facilita la planificación, evaluación y seguimiento del proceso. A continuación, se describe el cronograma detallado de las sesiones:

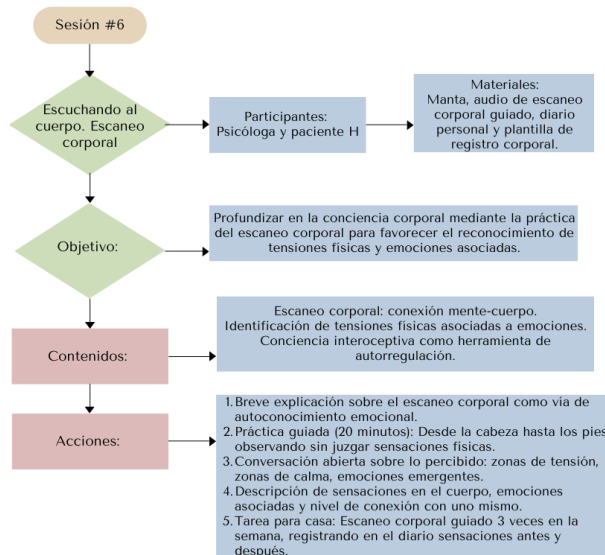
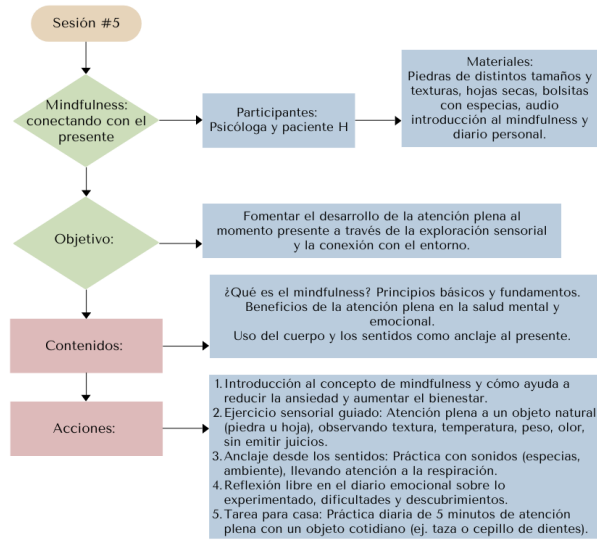
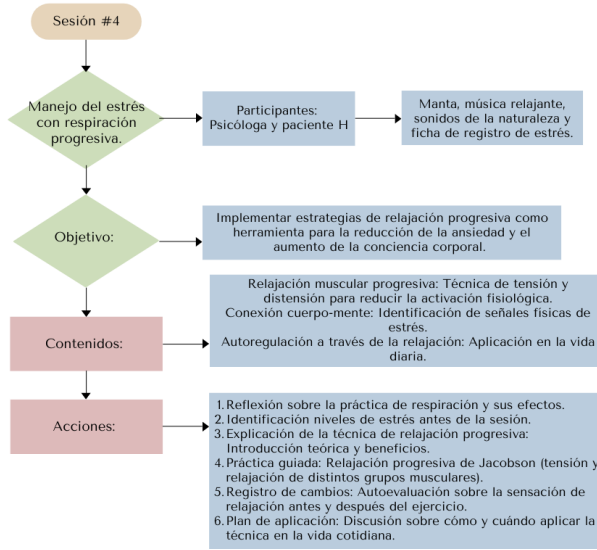
Todas las sesiones han sido planificadas considerando los objetivos específicos establecidos previamente. De este modo, se contemplará, dentro de la estrategia específica, el número de participantes involucrados en la intervención, detallando el rol de cada uno en el proceso, también se presentará una descripción detallada de cada una de las acciones a desarrollar en el marco de la intervención, articulando los objetivos terapéuticos con las estrategias implementadas en cada sesión. Sumado a esto, se incluirá un cronograma estructurado que determinará la secuencia y temporalidad de las acciones, permitiendo visualizar el proceso de manera clara y organizada.

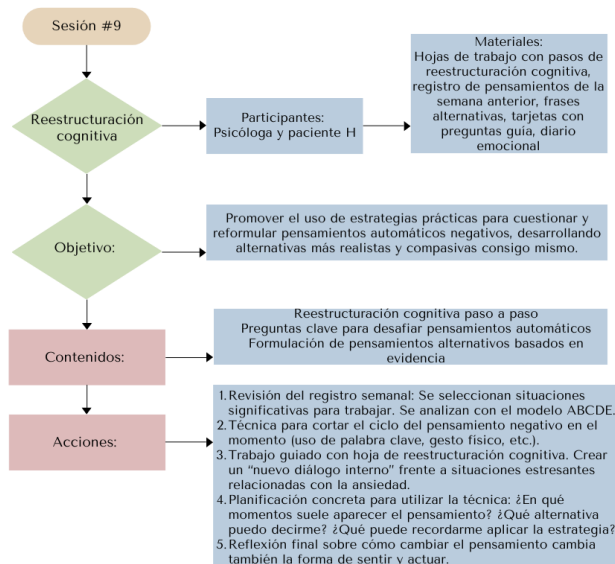
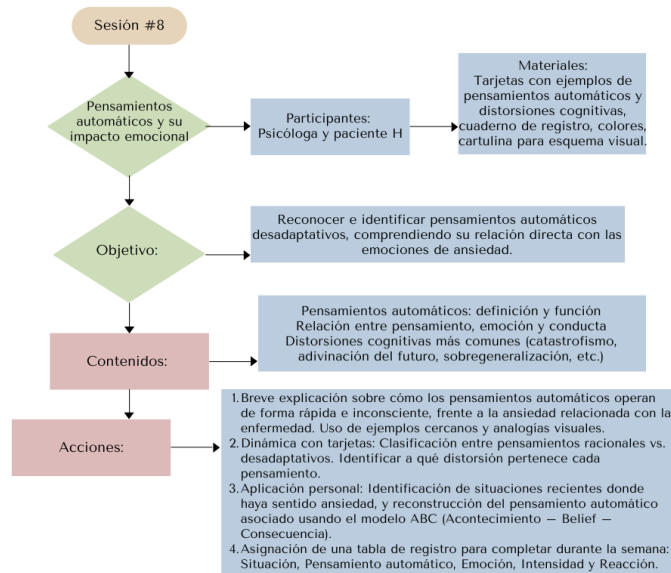
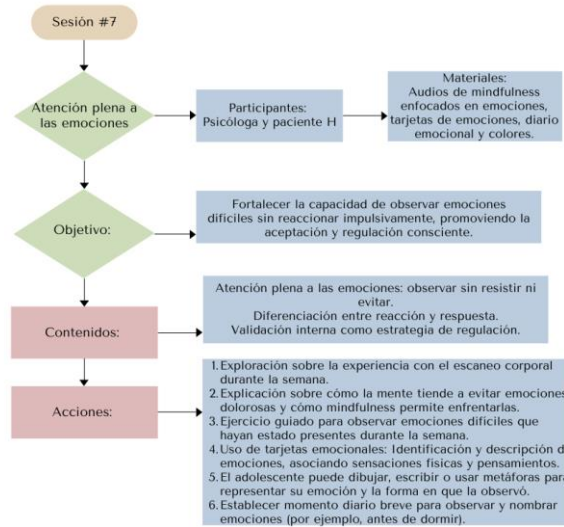
A continuación, se presentará un diagrama de flujo que organiza y estructura cada una de las 19 sesiones en base a los objetivos y temáticas por abordar en el proceso de intervención:

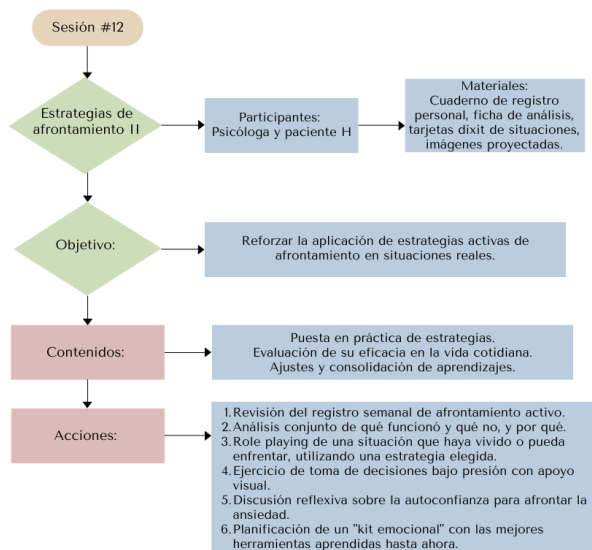
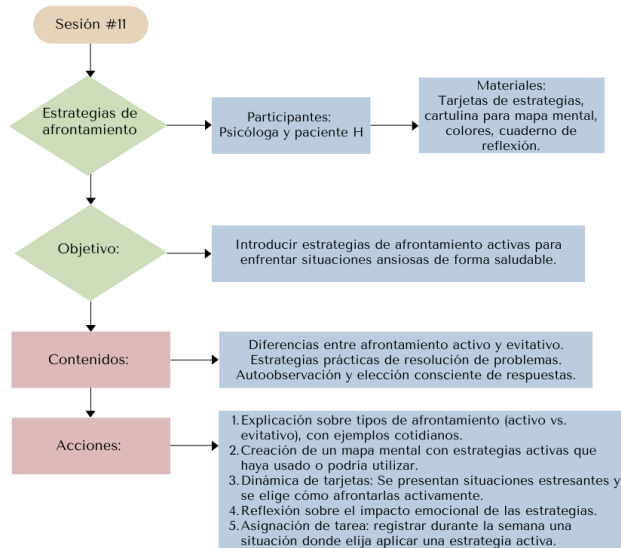
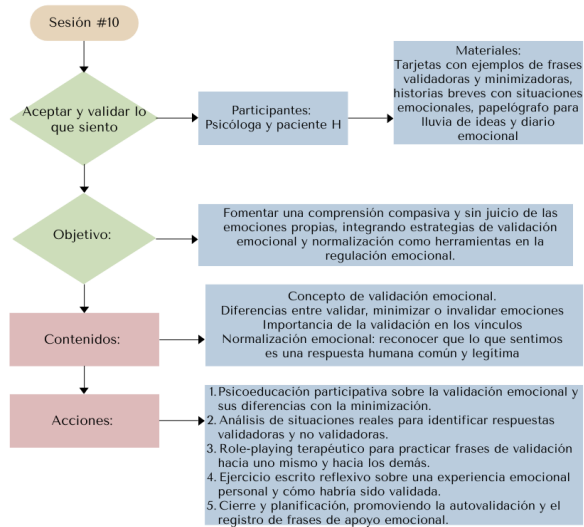


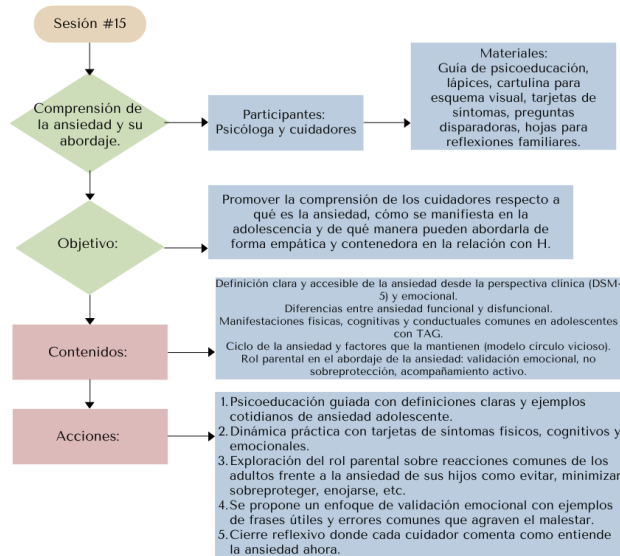
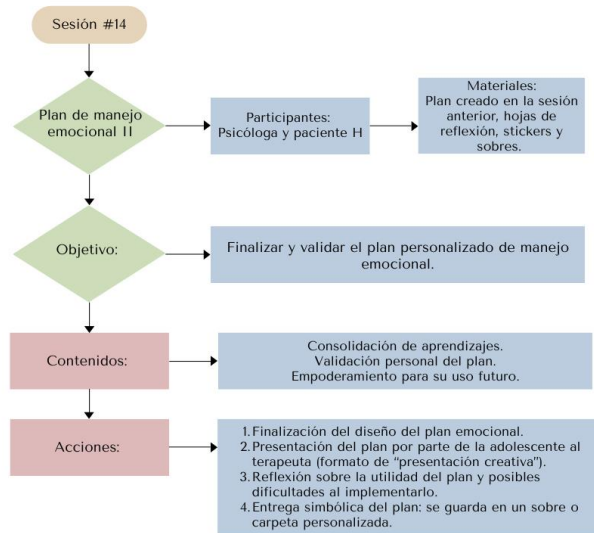
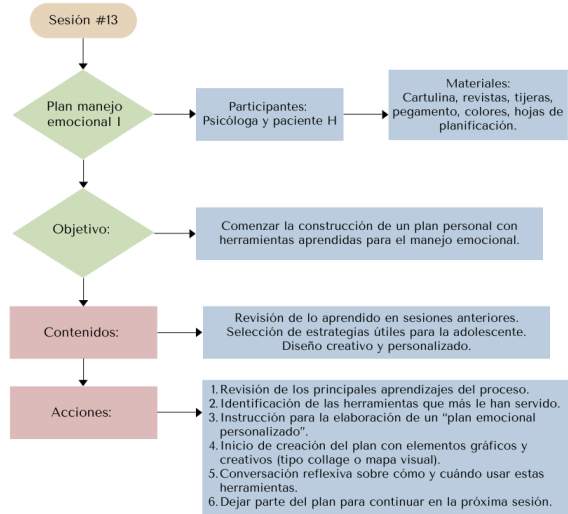
Cada sesión tiene un espacio de bienvenida, chequeo de tareas, actividad/es central/es, orientación para hacer la tarea de la semana siguiente (a excepción de la última, donde se finaliza el proceso de intervención), cierre y evaluación de la psicoterapia. Por lo que, consecuentemente, se mostrará el desglose sesión a sesión de la intervención con otros diagramas de flujo que incluyen los elementos anteriormente mencionados.

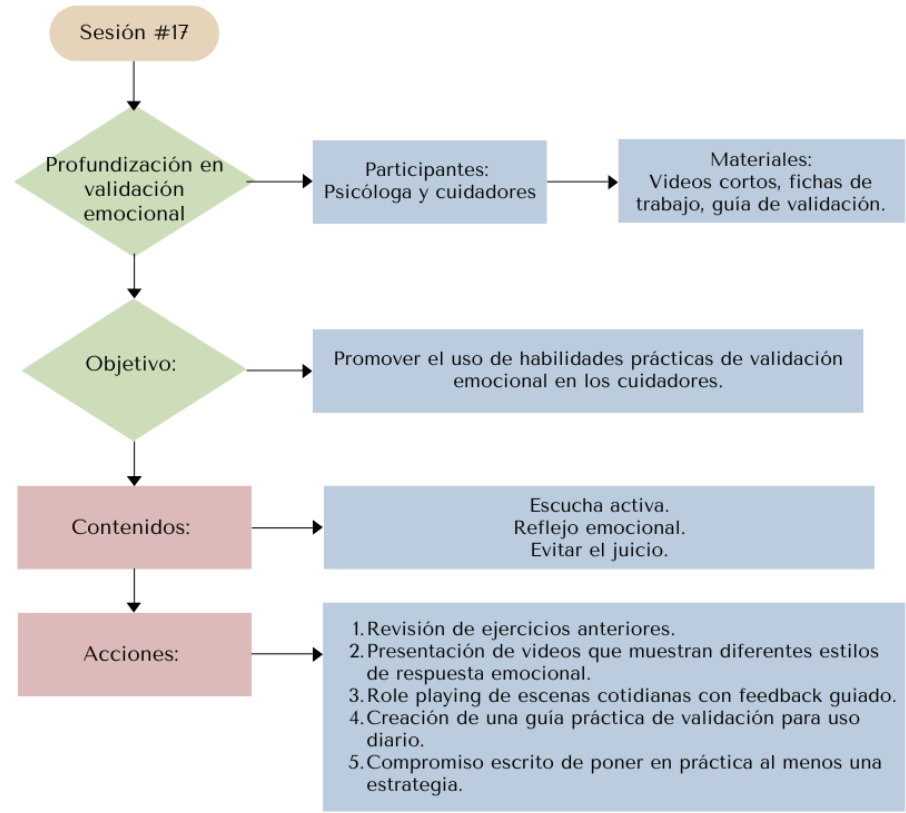
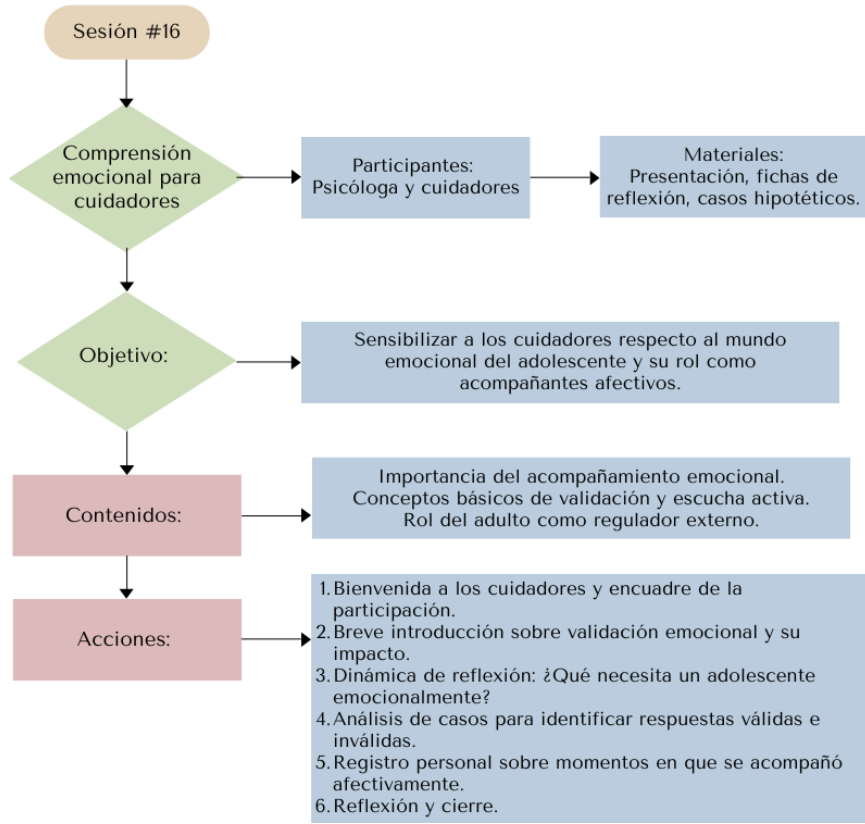


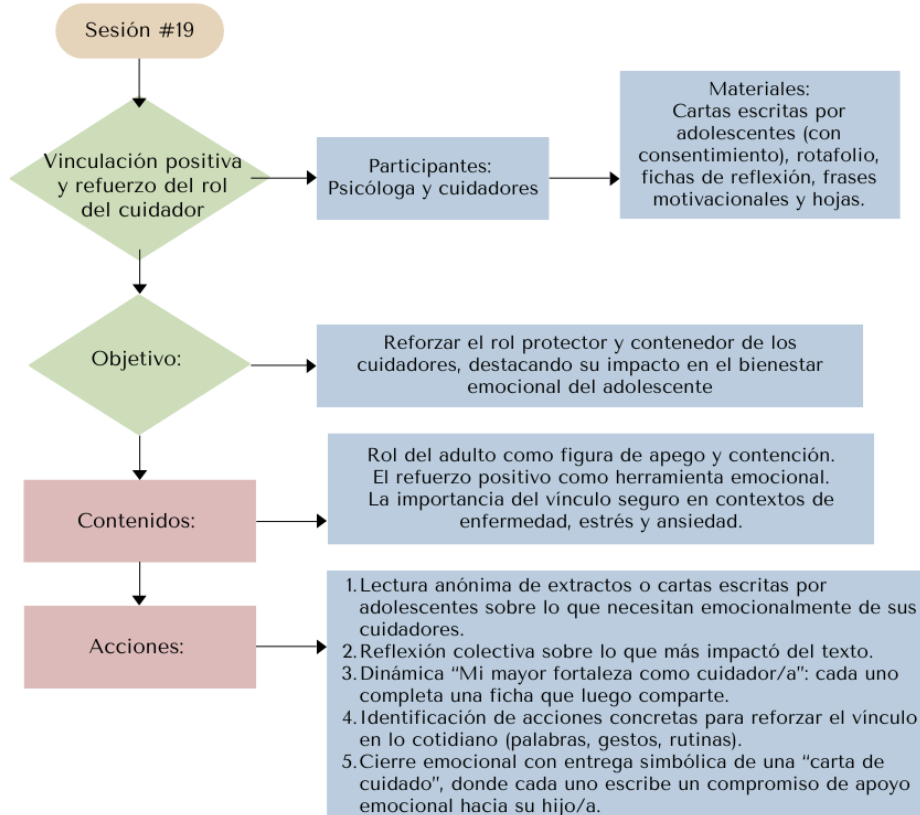
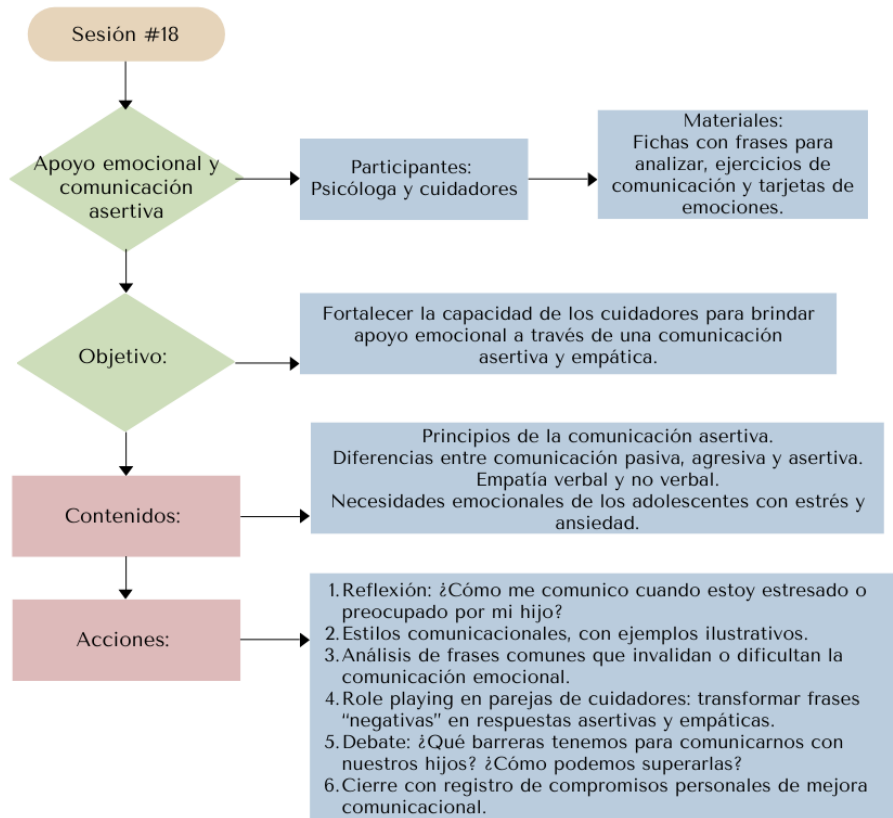












3.5. Consideraciones éticas:

La intervención psicológica propuesta para H, adolescente de 17 años con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG), se enmarca en principios éticos fundamentales que aseguran el respeto, la protección y la promoción de su bienestar, considerando su etapa evolutiva, vulnerabilidad y diagnóstico. El proceso se desarrollará desde una ética transversal guiada por los principios bioéticos universales (CIEB, 2015), el Código de Ética del Colegio de Psicólogos/as de Chile (2021), y las leyes nacionales e internacionales vigentes.

Entre los principios centrales, se destaca el respeto por la dignidad y los derechos del adolescente, quien será considerado agente activo del proceso terapéutico. Se promoverá su autonomía progresiva, validando sus decisiones, tiempos y necesidades, en un espacio sin juicios y con resguardo de su privacidad.

El proceso incluirá consentimiento informado y asentimiento, conforme a las leyes N°20.120 y N°20.584, asegurando que tanto H como sus cuidadores comprendan el propósito, duración, técnicas y posibles riesgos de la intervención. Esta información será entregada en un lenguaje claro y apropiado para su edad, entendiendo el consentimiento como un diálogo continuo más que como un trámite formal (Bados, 2008).

Se actuará bajo los principios de beneficencia y no maleficencia, orientando la intervención al fortalecimiento emocional, la reducción de sintomatología ansiosa y la mejora del bienestar subjetivo. Se evitará cualquier forma de daño físico, psicológico o simbólico, monitoreando permanentemente la estabilidad emocional del paciente y activando redes de apoyo en caso de crisis, impulsividad o ideación suicida.

Desde la justicia, se garantizará un proceso terapéutico equitativo, inclusivo y libre de sesgos, respetando el contexto social, familiar y personal del adolescente. Además, se fomentará la participación de la familia como parte activa del proceso terapéutico.

El principio de confidencialidad y protección de datos personales se aplicará conforme a la Ley N°19.628, resguardando toda la información sensible recabada en el proceso. Los límites de confidencialidad serán claramente establecidos desde el inicio, especialmente en situaciones de riesgo grave.

Asimismo, se actuará con fidelidad y responsabilidad profesional, manteniendo una conducta ética, transparente y dentro del marco de competencias, con supervisión clínica permanente. Se evitarán relaciones de poder asimétricas o vínculos que comprometan el bienestar del paciente.

La intervención se basará en estrategias validadas empíricamente (mindfulness, reestructuración cognitiva, psicoeducación familiar, regulación emocional), lo que garantiza una práctica ética, efectiva y basada en evidencia (Bados & García-Grau, 2008).

Además, se implementará un monitoreo ético constante. Si se presentan indicadores de disregulación severa, se priorizará el bienestar del adolescente mediante derivaciones responsables y coordinación con profesionales especializados.

Este trabajo se desarrollará dentro del marco legal chileno y normativas internacionales, considerando:

- Ley N°20.584 (derechos en salud)
- Ley N°19.628 (protección de datos)
- Ley N°20.120 (principios bioéticos y consentimiento informado)
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989)
- Código de Ética del Colegio de Psicólogos/as de Chile (2021)

También se integrarán los estándares éticos en psicoterapia con adolescentes propuestos por Armijo et al. (2021), que incluyen principios como:

- Evitar el engaño y minimizar el sufrimiento emocional innecesario
- Proteger datos sensibles incluso en contextos académicos
- Evitar conflictos de interés y mantener veracidad profesional
- Reconocer autoría, evitar plagio y documentar adecuadamente todo el proceso

En definitiva, estas consideraciones éticas no se limitan a lo formal, sino que impregnan todo el proceso de intervención, desde la construcción del vínculo hasta la toma de decisiones clínicas. Este enfoque integral asegura no solo el resguardo de los derechos de H, sino que fortalece la legitimidad científica y humana del proceso terapéutico, promoviendo un espacio de transformación emocional basado en el respeto, la contención y la confianza mutua.

IV. Implementación y evaluación de la intervención

4.1. Informe de la evaluación de resultados de la intervención:

La evaluación del proceso de intervención, se ha ido realizando, considerando los indicadores, medios de verificación y criterios de logro definidos en el plan de intervención, integrando datos clínicos cualitativos obtenidos durante las sesiones, entrevistas, observaciones, autorregistros y tareas entre sesiones. A continuación, se detalla el análisis de cada objetivo, especificando el grado de cumplimiento, los factores que favorecieron o dificultaron su logro, y la adecuación de las acciones tomadas.

4.1.1. Primer objetivo específico (comprensión y conciencia de las emociones):

En las sesiones #1 y #2 se trabajó el desarrollo de la conciencia emocional mediante recursos como el *semáforo emocional* y la actividad *Mi ansiedad tiene nombre*. Inicialmente, H mostró dificultad para verbalizar su malestar, expresándose desde un registro amplio e inespecífico. Sin embargo, a través de estímulos visuales y preguntas indirectas logró identificar emociones básicas asociadas a situaciones recientes, como nerviosismo antes de una prueba, tristeza tras un conflicto con su madre y enojo frente a una discusión con un amigo, integrando esta información en su diario emocional y en entrevista clínica.

En la segunda sesión, se profundizó en cómo las emociones influyen en su funcionamiento cotidiano. H fue capaz de reconocer que experiencias interpersonales, especialmente conflictos familiares y escolares, impactaban su motivación, estado de ánimo y bienestar general. Este avance estuvo facilitado por psicoeducación adaptada, un vínculo terapéutico contenedor y el uso de lenguaje simbólico, elementos centrales en la TRE para favorecer la conciencia emocional (Berking & Whitley, 2014).

Los criterios de logro fueron mayormente alcanzados. H identificó distintos desencadenantes emocionales y reconoció cómo ciertas situaciones generaban respuestas como rabia o frustración, muchas veces acompañadas de impulsividad o tensión corporal. También comenzó a identificar recursos de manejo emocional que podía utilizar en esos momentos. A nivel comprensivo, empezó a notar que sus emociones no eran reacciones “*exageradas*” o aleatorias, sino señales sobre necesidades o límites, lo que le permitió anticipar algunas respuestas y tomar decisiones más acordes con su bienestar. Este cambio implicó una transición desde reaccionar impulsivamente hacia detenerse, observar y otorgar sentido a lo que estaba sintiendo.

En síntesis, se observó un aumento significativo en su conciencia y comprensión emocional, un componente clave para la autorregulación (Gratz & Roemer, 2004; Thompson, 2011). Aunque H mostró avances consistentes, aún tiende ocasionalmente a minimizar su malestar, por lo que se recomienda continuar reforzando esta dimensión a lo largo del proceso.

4.1.2. Segundo objetivo específico (Manejo de la ansiedad mediante respiración diafragmática y relajación progresiva):

En las sesiones #3 y #4 se trabajó el desarrollo de herramientas de autorregulación fisiológica, fundamentales en la TRE para disminuir la activación ansiosa y promover señales internas

de seguridad (Berking & Lukas, 2015; Porges, 2011). Se enseñaron dos herramientas principales: la respiración diafragmática y la relajación muscular progresiva de Jacobson.

Durante la tercera sesión, H aprendió la respiración diafragmática después de una breve psicoeducación sobre cómo la ansiedad activa el sistema nervioso y cómo la respiración profunda ayuda a revertir ese estado. Con el apoyo de metáforas y guía paso a paso, H logró identificar sensaciones de calma y expansión torácica, mostrando buena disposición y capacidad para seguir el ejercicio.

En la cuarta sesión, se incorporó la relajación muscular progresiva, que H realizó de manera adecuada, verbalizando alivio corporal y señalando que la técnica le ayudaba a “*soltar energía acumulada*”. La preferencia que mostró por este recurso permitió ajustar la intervención a su perfil, privilegiando técnicas corporales por sobre las exclusivamente cognitivas, coherente con lo que la evidencia recomienda para adolescentes con comorbilidad ansiosa y TDAH inatento (Barkley, 2015).

Durante la semana siguiente, H reportó haber utilizado las técnicas de manera autónoma, especialmente antes de dormir, previo a evaluaciones o tras jornadas de cansancio físico. Esta transferencia espontánea al cotidiano constituye un criterio esencial de cumplimiento de objetivo, reflejando apropiación instrumental y conexión con su propia experiencia corporal.

Los criterios de logro fueron alcanzados, ya que, H comprendió el propósito de cada técnica, identificó momentos adecuados para aplicarlas y describió efectos subjetivos como mayor calma, sensación de control y claridad mental. También mostró avances en su conciencia interoceptiva al notar diferencias en su cuerpo antes y después de la práctica, lo cual constituye un pilar central del trabajo de regulación emocional (Creswell et al., 2021). Por tanto, este objetivo fue cumplido de manera efectiva. H mostró disposición al aprendizaje experiencial, utilizó las herramientas fuera de sesión y comenzó a integrar estas prácticas como recursos personales de afrontamiento.

4.1.3. Tercer objetivo específico (Desarrollo de habilidades de mindfulness):

A partir de las siguientes sesiones, #5, #6 y #7 se incorporó el entrenamiento en mindfulness como una herramienta central del modelo de Terapia de Regulación Emocional (TRE). El propósito fue fortalecer en H la capacidad de anclarse al momento presente, reducir la rumiación cognitiva, disminuir el estrés anticipatorio y favorecer la reconexión cuerpo–emoción, un desafío frecuente en adolescentes con ansiedad generalizada (Zoogman et al., 2015; Creswell & Waite, 2021).

El módulo comenzó con una psicoeducación adaptada al nivel de desarrollo de H, explicando la diferencia entre “*modo presente*” y “*modo evaluativo*”, resaltando cómo la ansiedad tiende a proyectar la mente hacia el futuro o a visitar el pasado con exceso de autocrítica. H recibió positivamente esta explicación, mostrando alivio al saber que se trataría de prácticas experienciales y no únicamente de diálogo emocional.

Posteriormente, se trabajaron tres prácticas principales, en primer lugar la actividad “*observar sin nombrar*”, donde H exploró un objeto cotidiano a través de los sentidos sin interpretarlo ni evaluarlo. Este ejercicio permitió ampliar su atención sostenida e interrumpir el pensamiento automático. Su capacidad para notar detalles antes inadvertidos fue concebida como un indicador temprano de conexión con el presente. En segundo lugar, se presentó la herramienta de “*escaneo corporal*”, guiando la atención a distintas partes del cuerpo sin intentar modificar las

sensaciones. H verbalizó alivio en la espalda, apertura en el pecho y cosquilleo en las manos, mostrando un avance importante en conciencia interoceptiva, una habilidad relevante en procesos de desregulación emocional según la literatura (Ogden et al., 2006; Porges, 2011). En tercer lugar, se introdujo la *“respiración consciente con conteo y frases de anclaje”*, combinada con sonidos ambientales. Aunque se distrajo en varias ocasiones, logró notar estas interrupciones, validando que *“darse cuenta de que me fui”* constituye parte esencial del proceso mindfulness, lo que permitió trabajar la autocompasión y disminuir el juicio hacia su desempeño.

Durante la semana posterior, H registró varias prácticas autónomas de mindfulness, especialmente antes de dormir o al finalizar días intensos, señalando que estas le permitían *“bajar la mente”* y conciliar el sueño con mayor facilidad. Este uso espontáneo confirma la apropiación inicial de la estrategia y da cuenta de su transferencia a situaciones cotidianas, cumpliendo con los criterios de logro establecidos para este objetivo.

A nivel clínico, se observó una reducción progresiva del pensamiento anticipatorio, una mayor capacidad para detenerse antes de reaccionar, y un aumento en la disposición a observar sus experiencias internas sin juicio, lo que es coherente con los principios de la TRE, que enfatizan la atención plena como vía para mejorar la flexibilidad emocional y la regulación (Berking & Lukas, 2015; Kabat-Zinn, 2003). Aunque persisten desafíos, como sostener la atención de forma prolongada o incorporar estas prácticas en momentos de ansiedad más intensa, los avances observados reflejan un proceso de aprendizaje activo, una internalización creciente de técnicas de autorregulación y una mayor sensibilidad ante las señales corporales.

De modo que, los criterios de logro fueron alcanzados de manera efectiva. El trabajo realizado no solo favoreció el fortalecimiento de habilidades de mindfulness, sino que también contribuyó a mejorar la relación de H con su mundo interno, ampliando su repertorio de estrategias para manejar el estrés, la ansiedad anticipatoria y la desconexión emocional. Se sugiere continuar reforzando estas prácticas en etapas posteriores del proceso, integrándolas en contextos escolares, sociales y familiares para favorecer su generalización.

4.1.4. Cuarto objetivo específico (Reestructuración cognitiva y flexibilidad emocional):

Más adelante en el proceso, en las sesiones #8 y #9, el trabajo se centró en la identificación y reestructuración de pensamientos automáticos desadaptativos, integrando los principios de la TRE. Este modelo concibe la reevaluación cognitiva como una estrategia regulatoria central, ya que permite modificar la respuesta emocional ante situaciones que generan malestar, favoreciendo una lectura más flexible y menos amenazante del entorno (Berking & Whitley, 2014; Gross, 2015).

H presentaba un patrón cognitivo caracterizado por el miedo al rechazo, la desconfianza interpersonal y la anticipación negativa. Con frecuencia interpretaba acciones de otros como intencionadamente dañinas o como señales de alejamiento, especialmente en contextos de amistad y relaciones con pares. En el ámbito familiar también emergían pensamientos vinculados a la percepción de trato desigual entre él y su hermano, lo que incrementaba sentimientos de injusticia, frustración y vulnerabilidad emocional. A ello se sumaban cogniciones relacionadas con su rendimiento escolar y su funcionamiento cotidiano, reforzando la autoexigencia y la necesidad de control, ambas características que intensificaban su ansiedad cuando las cosas no ocurrían según lo esperado.

Desde la regulación emocional, se abordó la conciencia emocional y la reevaluación cognitiva como vías para flexibilizar estas interpretaciones. A través de ejemplos concretos y ejercicios guiados, H identificó distorsiones como la sobregeneralización (“*si discutimos, perderé su amistad*”) y la lectura de mente (“*seguro piensan que soy exagerado*”), generando alternativas más realistas y menos amenazantes. Con apoyo terapéutico, elaboró reformulaciones adaptativas como “*podemos tener diferencias sin dejar de ser cercanos*” o “*las personas pueden reaccionar distinto sin que eso implique que me van a rechazar*”. Este proceso ayudó a disminuir la ansiedad anticipatoria y a cuestionar la validez de sus primeros impulsos interpretativos.

Un aspecto relevante fue que H no solo modificó el contenido de sus pensamientos, sino también su relación con ellos. Progresivamente comenzó a observar algunas cogniciones con mayor distancia emocional, entendiendo que un pensamiento no necesariamente representa un hecho. Este cambio dio cuenta de avances en mentalización, entendida como la capacidad de reflexionar sobre los propios estados mentales y los de los demás, y de un aumento en la flexibilidad cognitiva, componentes esenciales en la autorregulación emocional (Fonagy et al., 2002; Berking & Lukas, 2015). Además, se trabajaron creencias familiares profundas asociadas a la autoexigencia, la necesidad de equidad y la percepción de injusticia. Fue fundamental integrar la validación emocional para evitar que la reestructuración cognitiva fuese vivida como invalidante. H pudo reconocer que detrás de pensamientos como “*mis papás no me entienden*” había emociones legítimas de tristeza, decepción y deseos de mayor contención afectiva. Este paso posibilitó conectar la cognición con la experiencia emocional, fortaleciendo su capacidad reflexiva y disminuyendo la tendencia a conclusiones rígidas.

En términos observables, se evidenció una disminución de la ansiedad anticipatoria, mayor apertura a reinterpretar situaciones de conflicto y una reducción de la reactividad emocional. Si bien aún requiere apoyo para identificar de manera autónoma algunos pensamientos automáticos, se aprecia un avance consistente en su capacidad para anticipar momentos de malestar y aplicar estrategias para manejarlo con mayor calma y claridad. Por ende, los criterios de logro para este objetivo fueron alcanzados óptimamente. H logró identificar al menos tres pensamientos automáticos desadaptativos, generar alternativas más flexibles y comprender cómo estos influyen en su experiencia emocional. Este trabajo ha sido especialmente relevante para su perfil clínico, pues le permitió disminuir patrones interpretativos rígidos y fortalecer un modo más equilibrado y realista de afrontar el entorno, potenciando su regulación emocional.

4.1.5. Quinto objetivo específico (Comprensión compasiva y validación emocional):

Durante la sesión #10, el foco terapéutico se orientó al desarrollo de la autocompasión y la validación emocional, habilidades centrales dentro de la TRE para integrar las emociones sin recurrir a la evitación o a la supresión afectiva (Berking & Whitley, 2014; Neacsiu et al., 2018). El objetivo fue que H pudiera diferenciar entre aceptar una emoción y resignarse a ella, entendiendo que validar no significa justificar ni amplificar el malestar, sino reconocerlo como una experiencia legítima, humana y necesaria para el bienestar psicológico.

El trabajo inició con una psicoeducación sobre los distintos estilos de respuesta emocional, validación, minimización e invalidación, utilizando ejemplos concretos de su vida diaria. Aunque H tendía inicialmente a centrarse en “*qué hacer*” para que la emoción desapareciera, el material narrativo y las metáforas clínicas permitieron que comenzara a observar con mayor claridad el cómo

ciertas frases (“no debería sentir esto”) o (“es exagerado estar mal por esto”) representaban formas de autoinvalidación internalizadas a partir de su entorno y de patrones previos de afrontamiento. Este reconocimiento dio paso a un espacio terapéutico más reflexivo, donde pudo identificar el impacto que estas respuestas tenían en la intensificación de su ansiedad y su malestar.

Posteriormente, se trabajó explícitamente la autocompasión mediante ejercicios guiados de normalización emocional. Se exploraron emociones como culpa, frustración, tristeza y enojo, promoviendo que H pudiese nombrarlas sin juicio y comprender que forman parte del espectro natural de la experiencia afectiva. A partir de este proceso, emergió un discurso más amable consigo mismo, evidenciado en respuestas como “sentirse mal no es estar mal”, frase que sintetiza la integración progresiva entre validación, aceptación y regulación emocional. Este cambio constituye un avance significativo dentro del modelo TRE, en el cual la aceptación emocional es un prerrequisito para la modulación y la acción regulatoria posterior (Berking & Lukas, 2015).

A nivel clínico, se observó que H comenzó a tolerar mejor el malestar momentáneo sin intentar resolverlo de forma inmediata, lo que representó un punto de inflexión en su proceso. Asimismo, mostró mayor disposición a hablar desde lo que siente, y no únicamente desde lo que piensa, posibilitando ampliar su comprensión emocional y disminuir la autocrítica. Este desplazamiento del foco cognitivo al emocional facilitó que comenzara a identificar cómo la autovalidación podía convertirse en un recurso protector en contextos familiares y sociales complejos, disminuyendo la intensidad de sus reacciones impulsivas y favoreciendo una lectura más equilibrada de su experiencia interna.

Si bien aún se observan dificultades para sostener una actitud compasiva en momentos de ansiedad elevada, consistentes con su estilo cognitivo concreto y su funcionamiento neurodivergente, el progreso alcanzado es clínicamente relevante. H logró reconocer al menos dos emociones difíciles sin juicio, identificar conductas que representan validación o invalidación y expresar verbalizaciones de autocompasión, cumpliendo con los criterios de logro definidos para este objetivo. En síntesis, el trabajo en esta etapa permitió que H fortaleciera su capacidad de aceptación emocional y construyera una relación más amable, flexible y consciente con su mundo interno, estableciendo una base sólida para la regulación emocional continua y para el bienestar psicológico a largo plazo.

4.1.6. Sexto objetivo específico (Estrategias activas de afrontamiento):

Durante las sesiones #11 y #12, se trabajó en la consolidación de estrategias activas de afrontamiento orientadas a la regulación fisiológica y la atención plena, elementos fundamentales dentro de la Terapia de Regulación Emocional. Desde este enfoque, el afrontamiento activo implica la capacidad de responder al malestar de manera consciente, integrando recursos corporales, emocionales y cognitivos que permitan modular la intensidad de la experiencia sin recurrir a la evitación o a la desconexión emocional (Berking & Whitley, 2014; Gross, 2015).

Para ello, se reforzaron técnicas previamente aprendidas, entre ellas la respiración 4-7-8, la respiración del cuadrado, el escaneo corporal y la relajación muscular progresiva. Cada estrategia fue abordada con un componente psicoeducativo y experiencial, facilitando que H comprendiera el vínculo entre activación fisiológica y estado emocional. El adolescente mostró una buena disposición a estas prácticas, identificando particularmente la respiración y la relajación como las herramientas

más útiles, ya que le permitían reducir tensión física y recuperar la sensación de control en momentos de inquietud.

A nivel clínico, se observó que H fue desarrollando mayor conciencia interoceptiva, reconociendo señales físicas asociadas a la activación emocional, como la tensión muscular, la respiración superficial y la aceleración del ritmo cardíaco, y utilizándolas como indicadores tempranos para detenerse y aplicar las técnicas aprendidas. Acá, la regulación fisiológica constituye un paso clave para la modulación emocional, dado que el cuerpo suele ser el primer sistema en reaccionar ante el estrés (Porges, 2011).

Para la semana posterior, H reportó haber utilizado estas herramientas principalmente antes de dormir y en contextos de ansiedad leve, como antes de evaluaciones o después de días escolares demandantes. Aunque su uso disminuye en momentos de mayor activación emocional, esta práctica refleja un proceso de internalización progresiva. En consecuencia, los criterios de logro fueron alcanzados parcialmente, esto debido a que, H comprendió conceptualmente las técnicas, seleccionó las que mejor se ajustaban a su funcionamiento y las aplicó de forma eficaz en situaciones específicas, no obstante, aún requiere acompañamiento para automatizar su uso en escenarios de mayor intensidad emocional. Este resultado se alinea con las etapas de aprendizaje emocional descritas por la TRE, donde primero se desarrolla el reconocimiento de las señales, luego la comprensión de la herramienta y, finalmente, la modulación mediante la práctica sostenida (Neacsiu et al., 2018). La consolidación de estas habilidades en su rutina diaria será crucial para asegurar la transferencia y el mantenimiento de los aprendizajes.

En términos clínicos, el avance fue significativo, H expresó sentirse *“más tranquilo y con mejores herramientas”*, reflejando un aumento en su sentido de autoeficacia y en la percepción de control sobre sus reacciones fisiológicas. Además, la ampliación de su conciencia corporal permitió disminuir la somatización ansiosa y fortalecer la conexión cuerpo–mente, elementos esenciales para un afrontamiento adaptativo. En efecto, la intervención en este objetivo resultó efectiva y representó un avance importante en su capacidad de autorregulación, favoreciendo una respuesta emocional más flexible y ajustada frente al estrés (Gross, 2015; Porges, 2011).

4.1.7. Séptimo objetivo específico (Diseño de plan personalizado de herramientas):

Las sesiones #13 y #14 Estuvieron orientadas a la construcción de un plan personalizado de estrategias, cuyo propósito fue integrar y consolidar todas las herramientas trabajadas durante la intervención. Este plan incluyó la identificación de señales tempranas de desregulación, recursos internos (habilidades personales), recursos externos (red de apoyo) y estrategias de autocuidado y contención emocional. Desde la TRE, Este tipo de síntesis constituye un elemento clave para fortalecer la autonomía emocional, dado que, permite al paciente anticipar situaciones de riesgo y responder de manera regulada y consciente (Berking & Whitley, 2014).

H participó activamente en el proceso, demostrando reflexión y capacidad para reconocer qué herramientas les resultaban más útiles y coherentes con su estilo de funcionamiento. Resaltó, por ejemplo, la importancia de la respiración, la descarga física regulada, el uso de mindfulness y el tiempo de pausa como un descanso productivo, así como la utilidad del plan de seguridad emocional trabajado al inicio del tratamiento. Esta participación activa refleja avances en autoconocimiento y autoeficacia, ambos indicadores centrales en el fortalecimiento de la regulación emocional.

Durante la elaboración del plan, se observó que pudo diferenciar entre estados de tensión leve, moderada y alta, lo cual facilitó la selección de estrategias específicas según la intensidad del malestar. Sin embargo, todavía requiere acompañamiento para identificar señales muy tempranas de desregulación, especialmente en contextos interpersonales, donde las emociones suelen surgir de forma más intensa y rápida. El ejercicio le permitió visualizar de manera concreta como su bienestar depende de la integración entre la aceptación emocional, la autocompasión y la acción regulatoria, dimensiones fundamentales del modelo de regulación emocional (Neacsiu et al., 2018).

Por lo tanto, los criterios de logro para este objetivo fueron mayormente alcanzados. H logró organizar sus herramientas de afrontamiento, comprender cuándo y cómo utilizarlas, y reconocer la importancia de pedir apoyo cuando lo necesite. El plan personalizado constituye un recurso que potencia su autonomía emocional y que le permitirá continuar manejando su ansiedad de manera adaptativa fuera del contexto terapéutico.

4.1.8. Octavo objetivo específico (Psicoeducación familiar sobre ansiedad):

En este apartado es importante destacar que, aunque la psicoeducación familiar aparece registrada como sesión #15, las intervenciones con los cuidadores se realizaron de manera intercalada a lo largo del proceso individual, ajustándose a las necesidades emergentes de H y de su entorno. Esta sesión tuvo como propósito fortalecer la comprensión de los padres respecto a la ansiedad, su funcionamiento y su abordaje desde la co-regulación emocional, entendida como la capacidad del adulto de acompañar y modular el estado emocional del adolescente desde una presencia estable, validante y coherente (Greenberg & Pascual-Leone, 2006).

La sesión de psicoeducación se centró en explicar cómo opera la ansiedad a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, y en destacar el rol del entorno familiar como un sistema regulador, tal como lo plantea la TRE. La madre de H, quien participó con mayor frecuencia en las sesiones, mostró una actitud receptiva y reflexiva. Identificó de manera clara cómo sus propias respuestas emocionales, tales como, la sobreocupación, la aceleración verbal o la tensión corporal, podían amplificar o contener el malestar de su hijo. Este insight permitió introducir prácticas concretas de acompañamiento emocional, como disminuir la urgencia, con tener desde el cuerpo y validar la experiencia del adolescente antes de intentar resolver la situación.

A lo largo del proceso se observaron cambios significativos en las dinámicas familiares, especialmente en momentos de desregulación. Los padres comenzaron a ofrecer un acompañamiento más comprensivo y menos reactivo, evitando interpretaciones erróneas como *“estás exagerando”* o *“está siendo agresivo porque quiere”*. Esto fue especialmente relevante para reinterpretar la descarga física de H, donde el correr, tensar el cuerpo y buscar movimiento, son entendidas como formas adaptativas de regulación y no como una conducta agresiva. Este cambio de perspectiva posibilitó disminuir la atención familiar y promover un ambiente más seguro emocionalmente.

Asimismo, tanto H como sus padres reportaron mejoras en la forma en que se acompañan en situaciones difíciles, con mayor validación, menos comparación con el hermano y un fortalecimiento del diálogo emocional. Los padres pudieron identificar al menos 2 situaciones concretas en las que su respuesta influyó positivamente en la regulación de H, lo cual refleja una

integración práctica de lo aprendido. Estas modificaciones sugieren que la psicoeducación no sólo fue comprendida a nivel conceptual, sino que también fue aplicada en la vida cotidiana.

Por ende, los criterios de logro asociados a este objetivo fueron alcanzados. La familia adquirió una comprensión más profunda del funcionamiento de la ansiedad y del rol que cumplen sus respuestas en la regulación de H. Por lo que, este aprendizaje favoreció una convivencia más empática, menos crítica y más coherente con las necesidades emocionales del adolescente, fortaleciendo así el trabajo terapéutico desde un enfoque multinivel.

4.1.9. Noveno objetivo específico (Comprensión emocional y acompañamiento afectivo de los cuidadores):

Las sesiones familiares #16, #17, #18 y #19, Desarrolladas de manera intercalada a lo largo del proceso, se centraron en fortalecer la comprensión emocional de los cuidadores y su capacidad de acompañamiento afectivo, aspectos fundamentales dentro del modelo de la TRE y coherentes con el enfoque de mentalización en contextos familiares (Fonagy et al., 2002). El trabajo se orientó a que los padres pudieran reconocer las necesidades emocionales de H, comprender el origen de sus respuestas y responder desde un lugar más regulado, empático y coherente.

Para ello, se utilizaron estrategias narrativas y simbólicas que permitieron reconstruir momentos significativos del desarrollo emocional del adolescente, visibilizando hitos, heridas y experiencias que han configurado su manera de sentir, reaccionar y vincularse. Este proceso facilitó que los cuidadores pudieran adoptar una mirada más amplia y menos centrada en la conducta observable, comprendiendo la función emocional que subyace a las reacciones de H. En paralelo, se trabajó con ejercicios específicos de validación emocional, diferenciando entre validación, minimización e invalidación, y se realizaron role-playing de situaciones familiares que posibilitaron practicar nuevas formas de acompañar el malestar.

En el desarrollo de estas sesiones, se observó una participación activa, colaborativa y emocionalmente disponible, especialmente por parte de la madre, quien evidenció un aumento progresivo en su sensibilidad emocional, capacidad de contención y lectura del estado interno de su hijo. Este cambio se manifestó en conductas concretas, como disminuir el juicio, validar su malestar, preguntar por lo que necesita antes de intervenir y ajustar su tono emocional según lo que el momento requería. Estos avances muestran una mejora en la co-regulación, un proceso central en el modelo de regulación emocional, donde el adulto acompaña y modela el manejo emocional a través de una presencia regulada y sintonizada (Berking & Whitley, 2014).

Por su parte, el padre, aunque inicialmente más distante emocionalmente, logró involucrarse de manera significativa a través de un gesto terapéutico altamente simbólico, con una carta dirigida a H, donde expresó afecto, reconocimiento y apoyo. Este gesto marcó un hito importante en la construcción del vínculo, pues representó una forma concreta de validación emocional, facilitando una experiencia correctiva para el adolescente. Desde la TRE y la teoría del apego, este tipo de intervenciones son indicadores de un aumento en la responsividad emocional y en la creación de un espacio relacional más seguro (Bateman & Fonagy, 2019).

Los resultados observados indican que los cuidadores desarrollaron una comprensión más profunda de la vivencia emocional del adolescente y adquirieron herramientas para acompañarlo de manera más empática y menos reactiva. Se evidencia una mayor coherencia en la respuesta

parental, una disminución en los patrones de invalidación involuntaria y un fortalecimiento en la capacidad de sostener emocionalmente a la adolescente en momentos de angustia o irritabilidad.

En conclusión, los criterios de logro de este objetivo fueron cumplidos satisfactoriamente. Las transformaciones observadas reflejan la integración de habilidades de mentalización, validación y co-regulación, promoviendo un entorno familiar más seguro, contenedor y emocionalmente accesible para H, lo que refuerza el impacto positivo de la intervención.

4.1.10. Análisis general del informe de la evaluación de resultados de la intervención:

La intervención desarrollada con H ha mostrado una efectividad consistente y clínicamente relevante, evidenciada en el cumplimiento progresivo de los criterios de logro definidos para cada objetivo. Los avances observados reflejan una mejora sostenida en su conciencia emocional, en el uso autónomo de herramientas de autorregulación y en la capacidad para cuestionar pensamientos automáticos asociados a la ansiedad. Estos cambios se expresan tanto en su funcionamiento cotidiano como en su disposición a explorar su mundo interno con mayor apertura y menor juicio.

La pertinencia de la intervención se vincula a su carácter flexible y adaptado al perfil neurodivergente de H, integrando recursos psicoeducativos, experienciales, corporales y narrativos que facilitaron la comprensión emocional y la internalización de estrategias. La incorporación de ajustes según su nivel de energía, atención o disposición permitió sostener un proceso terapéutico sensible a sus ritmos, evitando saturación y reforzando la vivencia de seguridad. Del mismo modo, la complementariedad entre técnicas cognitivas y corporales resultó especialmente beneficiosa, promoviendo una regulación más integrada y acorde con sus necesidades.

En términos clínicos, la trayectoria de H da cuenta de un proceso de cambio gradual, aunque significativo, coherente con lo esperado en adolescentes con ansiedad generalizada, neurodivergencia y dificultades de regulación emocional. La combinación de psicoeducación, mindfulness, reestructuración cognitiva, validación emocional y trabajo corporal fortaleció su capacidad de observar, comprender y modular sus estados internos, reduciendo la reactividad emocional y aumentando su sentido de autoeficacia.

En definitiva, los resultados obtenidos sugieren que la intervención no solo ha sido efectiva, sino también coherente con las recomendaciones de la literatura en regulación emocional y trabajo psicoterapéutico con adolescentes (Fonagy et al., 2002; Neacsiu et al., 2018). Se proyecta que la continuidad de este enfoque permitirá consolidar los aprendizajes alcanzados y favorecer un desarrollo emocional más autónomo y adaptativo.

4.2. Conclusiones del proceso psicoterapéutico:

El proceso clínico con H, realizado únicamente en modalidad online debido a su residencia en otra Región del país, permite concluir que la intervención basada en la Terapia de Regulación Emocional (TRE) resultó pertinente, coherente y efectiva para las necesidades del adolescente. Desde una perspectiva multinivel, la evolución de H evidencia progresos significativos en la regulación emocional, la flexibilidad cognitiva, la mentalización y las dinámicas familiares. A continuación, se presenta un análisis crítico y exhaustivo que integra las tres etapas del proceso clínico, tales como, diagnóstico, planificación e intervención, profundizando en sus fortalezas, limitaciones y aprendizajes, así como en las condiciones que favorecieron o complejizaron los resultados observados.

4.2.1. Etapa de diagnóstico (alcances, límites y oportunidades de mejora):

El proceso diagnóstico constituyó una base sólida para comprender el funcionamiento emocional, cognitivo y relacional de H. A nivel individual, permitió identificar la presencia de ansiedad generalizada, dificultades marcadas en la conciencia emocional, patrones de rumiación anticipatoria y síntomas compatibles de TDAH con predominio inatento. Esta evaluación integró entrevistas clínicas, instrumentos estandarizados (como SCARED, DERS y Ryff) y la observación emocional en un contexto online, lo que permitió construir un perfil regulatorio acorde a los principios de la TRE, la cual enfatiza en identificar qué habilidades emocionales están deficitarias y cuáles requieren fortalecimiento. El reconocimiento temprano de la baja conciencia emocional, la tendencia a la evitación, la impulsividad y la hipersensibilidad interpersonal favoreció una primera comprensión coherente con los déficits que describe este modelo en etapas iniciales de intervención.

En el plano familiar, el diagnóstico permitió identificar dinámicas de invalidación involuntaria, respuestas parentales ansiosas y diferencias claras entre el estilo de la madre y del padre. Esto resultó crucial para comprender los patrones de desregulación emocional de H en su microsistema familiar, ya que, la TRE integra de manera explícita la función de la coregulación como soporte indispensable para el desarrollo de la autorregulación interna. Desde el nivel escolar y social, a partir del diagnóstico se pudo situar la ansiedad de H en su historia reciente de conflicto interpersonal, experiencias de rechazo y un contexto académico vivenciado como estresante y evaluativo. Esta mirada, ayudó a comprender que el malestar del adolescente no se restringía netamente a un nivel intrapsíquico, sino que se entrelazaba con su entorno directo.

A pesar de lo anterior, el diagnóstico también presentó limitaciones vinculadas al formato online, que restringió la observación directa de aspectos corporales y conductuales fundamentales para caracterizar la regulación emocional. La ausencia de sesiones presenciales impidió captar matices posturales, tensiones musculares o microexpresiones que, dentro de la TRE, constituyen información esencial para comprender la interacción entre cuerpo y emoción (Berking & Whitley, 2014). A nivel familiar, la evaluación recayó principalmente en el discurso verbal de los cuidadores, lo que limitó la posibilidad de observar interacciones familiares espontáneas. En una mirada contrafactual, una evaluación inicial que hubiese incorporado sesiones familiares completas desde el comienzo o actividades observacionales simultáneas (por ejemplo, ejercicios conjuntos madre-padre-hijo) habría facilitado el obtener una comprensión más profunda del funcionamiento relacional y acelerar la delimitación de patrones de desregulación sistémica. De haberse incluido

esta dimensión, se habría esperado un ingreso más temprano de estrategias de coregulación parental y una reducción más rápida en las escaladas emocionales descritas en etapas iniciales.

4.2.2. Etapa de planificación (coherencia técnica, límites y ajustes posibles):

La planificación de la intervención se estructuró principalmente desde los principios de la Terapia de Regulación Emocional, lo que constituye una fortaleza significativa del proceso. El plan consideró objetivos claros, progresivos y coherentes con las dificultades detectadas en el diagnóstico, priorizando el desarrollo de habilidades como conciencia emocional, modulación fisiológica, reevaluación cognitiva, mindfulness y autocompasión. Desde este diseño se pudo establecer una ruta terapéutica técnicamente consistente, donde cada módulo respondía a una habilidad específica que la TRE señala como necesaria para un desarrollo regulatorio saludable.

Sin embargo, la planificación se vio limitada por dos factores principales. En primer lugar, la estimación rígida del tiempo por objetivo no reflejó completamente el ritmo natural de aprendizaje emocional de H. En ese sentido, el enfoque de RE plantea que el fortalecimiento de habilidades regulatorias requiere repetición, práctica deliberada y constante retorno a etapas previas, especialmente en adolescentes con ansiedad y TDAH (Berking & Whitley, 2014). En la práctica clínica, fue necesario dedicar más tiempo del previsto a consolidar habilidades fisiológicas, psicoeducación emocional y técnicas de presencia plena, lo que generó una disonancia entre el plan teórico y la vivencia real del tratamiento.

Sumado a esto, si bien la planificación consideró el trabajo con cuidadores, este componente no fue suficientemente detallado desde el inicio, lo que dificultó asegurar la continuidad entre los distintos módulos familiares. Un diseño más explícito del trabajo parental, incluyendo sesiones con secuencia definida, habilidades por desarrollar y estrategias de práctica, habría permitido una integración más profunda de la coregulación y un acompañamiento más efectivo hacia el adolescente.

En una perspectiva hipotética, si la planificación hubiese incorporado desde el comienzo módulos diferenciales considerando el TDAH de H (por ejemplo, técnicas más breves, más repetitivas y sensoriales), junto con un diseño parental más robusto, se habría esperado una progresión más rápida en la internalización de las herramientas, así como una disminución más temprana en la reactividad vincular dentro del sistema familiar (Berking & Whitley, 2014).

4.2.3. Etapa de intervención (avances clínicos, desafíos y comprensión multinivel):

La intervención, desarrollada en 19 sesiones, constituyó el núcleo del proceso y permitió observar cambios clínicos significativos. A nivel individual, H logró fortalecer su conciencia emocional, avanzando desde un registro global e inespecífico hacia una identificación más clara de sus estados internos. Esto es consistente con los primeros pasos propuestos por la TRE, donde comprender y nombrar la emoción antecede a cualquier trabajo de modulación. La incorporación de técnicas de respiración, relajación muscular progresiva y mindfulness permitió disminuir la activación fisiológica, generar mayor conciencia interoceptiva y sentar las bases de un sistema de regulación más estable. El uso espontáneo de estas herramientas fuera de sesión fue un indicador central de apropiación, especialmente en un adolescente que inicialmente mostraba impulsividad, irritabilidad y desbordes emocionales.

En el plano cognitivo, la intervención posibilitó identificar pensamientos automáticos, flexibilizar evaluaciones globales y trabajar distorsiones asociadas al rechazo social, la injusticia percibida y la autoexigencia. Este proceso fortaleció la capacidad de H para cuestionar su diálogo interno, tomar distancia de sus interpretaciones iniciales y comprender mejor el vínculo entre pensamientos, emociones y conductas. Como plantea la TRE y los modelos contemporáneos de regulación emocional, la reevaluación cognitiva es una de las estrategias más eficaces para modular la ansiedad; en este caso, se observó una progresiva disminución de la rumiación anticipatoria y un aumento de la flexibilidad mental (Neacsiu et al., 2018).

En el ámbito relacional y familiar, la intervención permitió abordar dinámicas de invalidación, sobrecarga emocional y comunicación reactiva. La psicoeducación familiar, la introducción de habilidades de validación y el trabajo narrativo facilitaron un aumento en la comprensión y sensibilidad parental. La participación del padre a través de intervenciones emocionalmente significativas, como el envío de la carta, constituyó un punto de inflexión en la reparación vincular. Estas mejoras favorecieron la instalación de un ambiente relacional más contenedor, coherente con lo que la TRE señala respecto a la necesidad de un entorno que modele la regulación emocional.

No obstante, la intervención también enfrentó desafíos importantes. La modalidad online, sumada al cansancio acumulado de las jornadas escolares y deportivas, redujo la capacidad de atención de H en ciertas sesiones, dificultó la observación de claves corporales relevantes y limitó la intensidad de algunos ejercicios somáticos. La TRE reconoce el rol del cuerpo como centro regulatorio, por lo que este factor constituyó una limitación estructural del proceso. Además, la integración de las habilidades en situaciones de mucha activación emocional aún resultó inconsistente, lo que es esperable en perfiles con ansiedad generalizada, aunque también evidencia la necesidad de procesos más prolongados y repetidos de entrenamiento (Berking & Whitley, 2014).

Si se analizan estas limitaciones desde un contrafactual clínico, un formato presencial o híbrido habría permitido un trabajo somático más profundo, mayor sintonía afectiva y una co-regulación presencial más efectiva. De haberse implementado un esquema de sesiones más breves y frecuentes durante etapas críticas, probablemente se habría observado una internalización aún más sólida de la modulación emocional y una reducción más marcada de la impulsividad.

4.2.4. Condiciones de efectividad del proceso:

La efectividad del proceso terapéutico estuvo sustentada en un conjunto de condiciones individuales, relacionales y contextuales que favorecieron el avance clínico. Entre los factores más relevantes se encuentra la alianza terapéutica establecida desde las primeras sesiones, un elemento ampliamente documentado como predictor de resultados positivos en psicoterapia con adolescentes (Safran & Muran, 2000). Esta relación de confianza permitió que H se sintiera seguro para explorar su mundo interno, expresar inquietudes y practicar nuevas estrategias sin temor al juicio, facilitando así la integración progresiva de habilidades de regulación emocional. Asimismo, la coherencia técnica del modelo de Terapia de Regulación Emocional (TRE) y la consistencia en su aplicación contribuyeron a que el proceso resultara comprensible, predecible y adaptado a sus necesidades específicas. La combinación de intervenciones fisiológicas, cognitivas y experienciales generó un andamiaje gradual que potenció el aprendizaje y la transferencia de habilidades al cotidiano.

Otro elemento clave para la efectividad fue la disposición activa del adolescente a practicar las estrategias entre sesiones, especialmente aquellas relacionadas con respiración, mindfulness y regulación fisiológica. Si bien este compromiso fluctuó según su nivel de energía, estado emocional y demandas escolares, la práctica autónoma permitió reforzar el aprendizaje y consolidar herramientas que luego podía utilizar en momentos de malestar. A nivel familiar, la participación de la madre tuvo un impacto significativo en la efectividad del proceso, pues su rol de acompañamiento emocional y su apertura al cambio facilitaron experiencias de co-regulación y contención, fundamentales para adolescentes con un funcionamiento de ansiedad y TDAH. Este apoyo relacional amplificó el alcance de la intervención, permitiendo que los cambios no quedaran restringidos al espacio terapéutico.

El contexto escolar actual de H también operó como un facilitador importante. Un ambiente académico más estable, con relaciones sociales menos amenazantes y un equipo docente que reconoce sus necesidades, generó un espacio seguro para ensayar nuevas conductas, poner en práctica las herramientas aprendidas y reforzar el sentido de autoeficacia. La disminución de experiencias de conflicto con pares o figuras de autoridad contribuyó a reducir disparadores ansiosos y permitió que H experimentara su propio progreso en un entorno cotidiano, lo que fortaleció la motivación para mantener el trabajo clínico.

Sin embargo, la efectividad del proceso también estuvo condicionada por factores que limitaron la profundidad o la continuidad del trabajo. La modalidad online, aunque facilitó sostener la atención entre regiones, introdujo desafíos asociados a la atención sostenida, la lectura limitada de claves no verbales y las interrupciones ambientales propias del contexto doméstico. Estos elementos dificultaron en ocasiones la sintonía fina necesaria para el trabajo emocional y obligaron a adaptar tiempos, dinámicas y uso de materiales. Del mismo modo, el hecho de que las sesiones se realizaran en la tarde, después de extensas jornadas escolares y deportivas, frecuentemente implicó que H llegara fatigado, con menor disponibilidad cognitiva y emocional, lo que redujo la intensidad con la que podía involucrarse en actividades más demandantes.

Adicionalmente, las características propias del TDAH influyeron en la variabilidad del proceso, particularmente en la capacidad de sostener prácticas prolongadas de mindfulness, mantener la atención durante explicaciones extensas o realizar ejercicios que requerían mayor regulación motora. Esto obligó a modular las intervenciones, ofrecer pausas frecuentes y mantener un tono más dinámico y concreto. Finalmente, la disponibilidad emocional del sistema familiar fluctuó a lo largo del proceso, lo que en ocasiones limitó la aplicación constante de estrategias de coregulación en el hogar y ralentizó algunos avances.

En conjunto, estos factores posibilitan comprender que la efectividad observada se desarrolló en un equilibrio dinámico entre facilitadores y condiciones limitantes. Los resultados positivos no implican linealidad, sino una progresión realista y sostenible dentro del contexto vital, emocional y neurocognitivo del adolescente, lo que se alinea con la evidencia clínica en procesos de regulación emocional durante la adolescencia.

4.2.5. Conclusiones generales del proceso psicoterapéutico:

En conjunto, el proceso terapéutico desarrollado con H evidencia avances importantes y clínicamente relevantes en su regulación emocional, su bienestar psicológico y su funcionamiento

relacional, tanto en el plano individual como en el familiar y social. La intervención se mantuvo en todo momento coherente con los principios de la Terapia de Regulación Emocional (TRE), integrando de manera gradual y articulada estrategias corporales, cognitivas, emocionales y vinculares, permitiendo que el proceso se adaptara a las necesidades específicas del adolescente, a su perfil neurocognitivo y a los desafíos contextuales que surgieron a lo largo del tratamiento.

La progresión observada da cuenta de un tránsito desde un funcionamiento inicial marcado por ansiedad elevada, dificultades en la conciencia emocional, impulsividad y patrones interpretativos rígidos, hacia un repertorio más amplio de habilidades que hoy le permiten detenerse, comprender lo que experimenta y responder con mayor flexibilidad. H logró desarrollar conciencia emocional, habilidades de regulación fisiológica y estrategias cognitivas para cuestionar pensamientos automáticos y flexibilizar interpretaciones, elementos que constituyen pilares centrales de la TRE. Asimismo, se observó un fortalecimiento en su capacidad de mentalización y autocompasión, lo cual amplificó la comprensión de sus experiencias internas y disminuyó la autocrítica que inicialmente dominaba su discurso.

Desde una mirada vincular, la intervención promovió una mejora evidente en la forma en que el adolescente comprende y participa en sus relaciones cercanas. Los avances en mentalización y validación emocional posibilitaron un funcionamiento relacional más seguro, menos reactivo y más empático, lo cual repercutió positivamente en el clima familiar y en su vivencia del entorno social. La participación activa de la madre y las instancias de psicoeducación familiar ampliaron el alcance de la intervención, generando un contexto más regulador y coherente con sus necesidades emocionales.

A nivel sistémico, los cambios en el entorno escolar y social de H también contribuyeron a consolidar los avances logrados en sesión. La intervención se vio fortalecida por un contexto académico relativamente estable y por la posibilidad de ensayar nuevas habilidades en espacios de baja amenaza. Esto posibilitó observar mejoras sostenidas en su funcionamiento cotidiano, en su participación social y en su sentido de autoeficacia, consolidando la transferencia de herramientas más allá del espacio terapéutico.

Si bien el proceso enfrentó limitaciones asociadas al formato online, la fatiga emocional en sesiones vespertinas y la variabilidad propia del TDAH, estas condiciones no impidieron el avance global del tratamiento. Más bien, contextualizan la velocidad y profundidad de algunos logros, recordando que el cambio terapéutico en adolescentes no es lineal y depende de factores múltiples e interdependientes, tanto personales como contextuales.

Considerando los resultados alcanzados en las distintas dimensiones de su funcionamiento, es posible afirmar que la intervención fue efectiva, pertinente y clínicamente significativa para el caso de H. Las habilidades desarrolladas, como la conciencia emocional, regulación fisiológica, flexibilidad cognitiva, mentalización, autocompasión y estrategias de afrontamiento activo, constituyen una base sólida para la continuidad de su bienestar psicológico. En suma, el fortalecimiento relacional y familiar establece condiciones favorables para sostener estos avances a largo plazo. En síntesis, el proceso no solo permitió reducir la sintomatología ansiosa, sino que promovió un desarrollo emocional más integrado y adaptativo, coherente con los principios teóricos y clínicos de la TRE y con los objetivos terapéuticos propuestos.

4.3. Reflexiones sobre el proceso terapéutico:

El acompañamiento de H ha representado una experiencia de gran valor profesional y personal, al haber implicado un proceso de aprendizaje continuo y de autoconfrontación como psicóloga. Desde el inicio, el desafío principal se centró en comprender su modo particular de procesar la información y de vincularse con el entorno, considerando su diagnóstico de TDAH con predominio inatento y Trastorno de Ansiedad Generalizada. Esta configuración demandó una constante adaptación del enfoque, los tiempos y los recursos utilizados, lo que permitió desarrollar una mayor flexibilidad clínica y conciencia de las propias limitaciones técnicas. En este sentido, el proceso no solo implicó acompañar a H en su desarrollo emocional, sino también revisar el propio quehacer, los supuestos desde los cuales se puede interpretar el cambio terapéutico y las formas en que como terapeuta se posicionaría la diferencia y la complejidad.

Una de las principales reflexiones emergentes del proceso tiene relación con la importancia de reconocer el lugar que ocupa la neurodivergencia en el trabajo terapéutico. En los primeros encuentros, existió la sensación de no poseer las herramientas suficientes para intervenir de manera eficaz en un contexto que se salía de la experiencia habitual. Esta vivencia movilizó un proceso de autoobservación y búsqueda de recursos teóricos y técnicos, reforzando la necesidad y relevancia de la formación continua como elemento esencial en la práctica psicológica (Schön, 1983). Comprender que cada paciente, especialmente aquellos con funcionamientos neurodivergentes, requiere un abordaje singular y flexible posibilitó replantear la idea de que la intervención debe ajustarse netamente al modelo teórico, reconociendo más bien que el modelo debe adaptarse a la persona y al vínculo que se genera con esta. Este aprendizaje fue central para sostener una postura clínica basada en la curiosidad, la humildad y la apertura al aprendizaje, entendiendo que el conocimiento técnico debe estar siempre al servicio de la subjetividad y no al revés.

El proceso también permitió profundizar en la comprensión de la transferencia y contratransferencia, elementos que cobraron especial relevancia en la relación terapéutica. Inicialmente, surgieron resistencias ligadas al temor de no poder generar un vínculo sólido con un adolescente con tendencia al retraimiento emocional. Estas inseguridades reflejaban la tensión interna entre el deseo de ayudar y la dificultad de aceptar los propios límites, lo que puede llegar a ser una experiencia común en psicólogos en formación (Corbella & Botella, 2021). Sin embargo, el desarrollo progresivo de la alianza terapéutica, incluso en el formato online, demostró que la autenticidad, la empatía y la validación emocional son factores determinantes en la adherencia al tratamiento (Safran & Muran, 2000). En ese sentido, superar la inseguridad inicial favoreció una conexión genuina, transformando el espacio terapéutico en un entorno de confianza y co-construcción, donde H pudo explorar aspectos vulnerables de su experiencia sin sentir juicio o exigencia. Este proceso sirvió para confirmar que la relación terapéutica no se construye únicamente desde la técnica, sino desde la presencia emocional y la capacidad de sostener el vínculo aun en la incertidumbre.

Otro aspecto que se tornó central en la reflexión fue el impacto de la modalidad online en el desarrollo del proceso. En este caso particular, la virtualidad, aunque posibilitó la continuidad de la intervención, también introdujo desafíos que exigieron un reajuste constante de las estrategias clínicas. El hecho de que las sesiones se realizaran al final de la jornada, tras la carga académica y deportiva del adolescente, implicó que muchas veces H se conectara con menor energía, atención

o disposición emocional. Esto supuso para la psicóloga un ejercicio permanente de tolerancia y creatividad para adaptar las actividades al estado del paciente y mantener la sintonía emocional a través de la pantalla. Sobre esto, investigaciones recientes han descrito que el formato online, si bien es efectivo, puede generar una disminución en la percepción de presencia emocional y en la lectura de claves no verbales, lo que requiere fortalecer la comunicación empática y la explicitación verbal del vínculo (Simpson & Reid, 2014; Fernandez-Álvarez et al., 2021). Este aprendizaje posibilitó reconocer que, más allá de las limitaciones tecnológicas, la calidad del encuentro terapéutico depende en gran medida de la capacidad del terapeuta para generar un espacio emocionalmente disponible, incluso en la distancia.

Otro aspecto reflexivo a destacar tiene que ver con la adherencia práctica del paciente y la propia concepción del cambio terapéutico. Esto debido a que, si bien, H mostró compromiso y participación activa en las sesiones, su dificultad para incorporar de manera estable las herramientas de autorregulación en la rutina cotidiana generó cuestionamientos sobre la eficacia del proceso. Este punto permitió reconocer que el cambio o proceso terapéutico no siempre se traduce de manera inmediata en conductas observables, por el contrario, a veces requiere un proceso sostenido de internalización y práctica (Hayes, Strosahl & Wilson, 2012). En efecto, el trabajo con H enseñó que la función de la psicóloga no es acelerar el cambio, sino acompañar los tiempos internos del paciente, facilitando un aprendizaje experiencial que permita apropiarse de los recursos a su propio ritmo. Comprender esto alivió la autoexigencia profesional y fortaleció la paciencia clínica, recordando que cada avance, por pequeño que sea, representa un paso en el proceso de mentalización y regulación emocional.

Ahora bien, la experiencia con H también posibilitó observar la gran influencia que tienen los factores contextuales y relacionales en la evolución del proceso. El apoyo familiar constante y la disposición de los padres fueron facilitadores clave, ya que, contribuyeron a la continuidad y coherencia del trabajo. A pesar de ello, también se identificaron resistencias parentales, como la negativa a la derivación psiquiátrica, que limitaron la posibilidad de un abordaje interdisciplinario más integral. Esta situación permitió reflexionar sobre la necesidad de trabajar la psicoeducación familiar en torno a la ansiedad del adolescente y también respecto al valor del trabajo conjunto entre áreas médicas, psicológicas y pedagógicas. En esta misma línea, Bronfenbrenner (1987) y Minuchin (1999) ofrecen un marco valioso para comprender cómo las intervenciones deben abordar simultáneamente los diferentes niveles del entorno para promover cambios sostenibles. Así, la experiencia con H reafirmó que la intervención individual, aunque necesaria, resulta insuficiente si no se acompaña de una mirada amplia que considere los vínculos, las rutinas y el contexto de vida.

En retrospectiva, esta dimensión familiar evidenció que, si bien se realizaron esfuerzos de psicoeducación, habría sido necesario intencionarla de manera más sistemática y planificada, incorporando sesiones estructuradas exclusivas para los cuidadores con el fin de fortalecer su comprensión del funcionamiento ansioso de H y del impacto de la neurodivergencia en la autorregulación. La literatura señala que el involucramiento activo de las familias es un predictor crítico de éxito terapéutico en adolescentes con ansiedad y TDAH, especialmente cuando los cuidadores adquieren herramientas para responder con validación emocional y estrategias de co-regulación (Evans et al., 2018; Masia-Warner et al., 2021). En efecto, un trabajo más profundo sobre las creencias parentales respecto al tratamiento, el rol de la farmacoterapia y las dinámicas emocionales del sistema podría haber favorecido una mayor adherencia a las recomendaciones

interdisciplinarias y una reducción de tensiones familiares que influían indirectamente en la ansiedad del adolescente. Asimismo, la evidencia en enfoques sistémicos y multinivel destaca que la psicoeducación no solo cumple una función informativa, sino también reguladora, pues disminuye la incertidumbre parental, favorece la sintonía afectiva y reduce las respuestas reactivas frente al malestar del hijo (Minuchin, 1999; Diamond & Siqueland, 2001). De este modo, el proceso permitió reconocer que una intervención más intensiva con la familia, intencionada desde etapas más tempranas, habría potenciado la efectividad general del tratamiento al alinear de forma más explícita a los cuidadores con los objetivos terapéuticos y con las necesidades emocionales y neurocognitivas de H.

En el plano personal, el proceso con H generó aprendizajes profundos sobre la práctica terapéutica y el rol del psicólogo. La experiencia facilitó el ir resignificando la noción de error clínico, comprendiendo que equivocarse o reformular estrategias no implica un fracaso, sino parte de la naturaleza dinámica y co-creativa del proceso terapéutico (Casas García & Daskal, 2018). Aprender a sostener la incertidumbre, aceptar las propias limitaciones y recurrir a la supervisión profesional como espacio de acompañamiento se transformaron en pilares del crecimiento clínico. En ese sentido, la supervisión también posibilitó identificar las propias resistencias, reconocer los momentos en que el control técnico obstaculizaba la espontaneidad, y recuperar la confianza en la intuición y la presencia. De este modo, el proceso se convirtió en una oportunidad de integración personal, donde la teoría y la práctica se articularon con la vivencia emocional de ser una psicóloga en formación constante.

Finalmente, esta experiencia permitió integrar una mirada más amplia del trabajo terapéutico, entendiendo que los procesos clínicos no ocurren en un vacío o de forma individual, sino que están implícitos en una red de influencias familiares, culturales y sociales. En el caso de H, las presiones escolares, las expectativas familiares y las exigencias del contexto influyeron de manera directa en su nivel de ansiedad, autopercepción y autoeficacia. Reconocer estas variables y abordarlas desde una perspectiva integral facilitó una comprensión más completa del sufrimiento humano, reafirmando la relevancia del enfoque multinivel como marco conceptual que orienta la práctica hacia la complejidad, la interdependencia y la corresponsabilidad de los sistemas (Bronfenbrenner, 1987; OMS, 2022). A nivel subjetivo, este proceso también posibilitó comprender que el crecimiento del paciente está inevitablemente entrelazado con el crecimiento de la psicóloga, y que cada encuentro clínico deja una huella formativa, ética y emocional que continúa moldeando la identidad profesional.

4.4. Recomendaciones al proceso terapéutico:

A partir del análisis del proceso terapéutico realizado con H, se desprenden una serie de recomendaciones orientadas tanto a la continuidad del tratamiento como al fortalecimiento de la práctica clínica futura. Estas sugerencias se fundamentan en lo aprendido durante la intervención y buscan promover una mirada integradora, coherente con el enfoque multinivel que guía este trabajo, abarcando los niveles individual, familiar, escolar y profesional.

En primer lugar, a nivel individual, resulta prioritario consolidar las habilidades de regulación emocional y afrontamiento aprendidas, transformándolas en prácticas sostenibles en la vida cotidiana. Aunque H ha desarrollado un reconocimiento más claro de sus emociones y pensamientos, aún requiere acompañamiento para incorporar las estrategias de autorregulación en contextos de mayor estrés o exigencia. Se sugiere continuar fortaleciendo el uso de técnicas de respiración consciente, mindfulness y reestructuración cognitiva, integrándolas con una mirada más experiencial y menos instructiva, favoreciendo el aprendizaje vivencial y el contacto emocional genuino (Gross, 2015; Kabat-Zinn, 2016). En esta etapa, sería útil incluir el entrenamiento en autocompasión, como herramienta que promueva una relación más amable con su mundo interno y con los errores, reduciendo la autoexigencia y la crítica interna. Entendiendo que, el fortalecimiento de la autocompasión, la tolerancia al malestar y la validación emocional contribuirían a consolidar los logros alcanzados y a prevenir recaídas en los patrones de evitación o autoevaluación negativa (Neff & Germer, 2013; Linehan, 1993).

Desde el nivel familiar, se recomienda mantener e intensificar el trabajo conjunto con los padres, promoviendo la coherencia de las prácticas y discursos que rodean al adolescente. La continuidad del proceso terapéutico debería contemplar mayores espacios de psicoeducación parental sobre ansiedad, regulación emocional y neurodiversidad, que permitan comprender mejor las necesidades de H y brindar un apoyo más ajustado a su modo de procesar el entorno. En ese sentido, las sesiones familiares podrían orientarse a mejorar la comunicación empática, reducir los patrones de invalidación emocional y fortalecer la alianza entre los padres como co-reguladores del bienestar de su hijo (Minuchin, 1999; Fonagy et al., 2002). Dado que la familia constituye un microsistema decisivo en el desarrollo emocional del adolescente, su participación activa se vuelve indispensable para sostener los avances y generar un entorno más contenedor y flexible. Asimismo, se sugiere incorporar una mirada más sistémica-narrativa, que permita resignificar las experiencias familiares y construir narrativas alternativas menos centradas en el déficit o la disfunción, y más orientadas a las fortalezas, recursos y aprendizajes compartidos.

En relación con el nivel escolar y sociocultural, se vuelve fundamental fortalecer la articulación entre el proceso terapéutico y el contexto educativo, dado que el colegio constituye uno de los escenarios más influyentes en la expresión de la ansiedad y en el desarrollo socioemocional de H. Durante la intervención, si bien no se realizó un trabajo escolar intensivo, sí se sostuvieron comunicaciones puntuales con el equipo del PIE para retroalimentar aspectos del funcionamiento emocional de H y coordinar apoyos básicos vinculados a organización y manejo del estrés académico. No obstante, se observa la necesidad de establecer un canal de comunicación más constante con docentes y orientadores, con el fin de compartir lineamientos claros sobre ansiedad, neurodiversidad y estrategias de acompañamiento. Reuniones periódicas posibilitarían generar acuerdos sobre ajustes razonables, tales como, flexibilizar plazos, anticipar cambios en la

rutina escolar o regular la carga evaluativa, favoreciendo así un ambiente de mayor seguridad emocional y disminuyendo la activación ansiosa en momentos de alta exigencia. Asimismo, se identifica como una oportunidad complementar el trabajo clínico con intervenciones psicoeducativas breves dirigidas a la comunidad escolar, orientadas a sensibilizar respecto al impacto del estrés académico y la diversidad atencional en la adolescencia. Dichas acciones, coherentes con los modelos ecológicos de Bronfenbrenner (1987) y con la evidencia sobre climas escolares protectores (Lerner et al., 2015), permitirían convertir el espacio educativo en un agente activo de contención, inclusión y promoción del bienestar psicológico, reforzando así la coherencia entre los distintos sistemas que rodean al adolescente.

A nivel interdisciplinario, se recomienda avanzar hacia la incorporación de una derivación psiquiátrica complementaria, idealmente en el marco de un trabajo colaborativo. Si bien H se encuentra bajo supervisión médica general, la participación de un psiquiatra permitiría una evaluación más específica del tratamiento farmacológico y su ajuste en función de la evolución emocional y conductual. La integración de la psicoterapia con la psiquiatría y la psicopedagogía, contribuiría a un abordaje más integral y sostenido, favoreciendo la continuidad terapéutica y la optimización de los resultados clínicos. Este trabajo conjunto debería fundamentarse en un enfoque biopsicosocial, donde las distintas disciplinas se articulen desde la cooperación, el respeto y la comunicación continua (Engel, 1977; OMS, 2022).

En cuanto a la práctica profesional, lo aprendido en el proceso con H refuerza la importancia de sostener una actitud reflexiva, ética y autocrítica. Acá, la experiencia evidenció que la flexibilidad, la supervisión y la formación continua son pilares fundamentales para el desarrollo clínico del terapeuta (Corbella & Botella, 2021; Daskal, 2020). La necesidad de adaptar las intervenciones al ritmo y singularidad de cada paciente invita a seguir profundizando en modelos integrativos y enfoques basados en la neurodiversidad, especialmente en adolescentes con condiciones atencionales o emocionales complejas. Asimismo, resulta relevante fortalecer las competencias en intervención online, comprendiendo las particularidades del vínculo y la comunicación en entornos virtuales, desarrollando herramientas que favorezcan la conexión emocional a distancia.

Desde una mirada más amplia, se sugiere que futuras intervenciones con adolescentes incorporen evaluaciones periódicas del proceso (tanto cuantitativas como cualitativas) que permitan monitorear los avances y ajustar las estrategias según la evolución. La implementación de instrumentos de seguimiento sobre regulación emocional, ansiedad y bienestar psicológico no solo favorece la objetividad del proceso, sino que también empodera al paciente al hacer visibles sus propios progresos.

En definitiva, las recomendaciones planteadas buscan asegurar la continuidad y profundización del proceso terapéutico de H, al mismo tiempo que orientan futuras prácticas clínicas hacia una mayor integración entre teoría, técnica y humanidad. Desde una perspectiva multinivel, el desafío radica en sostener intervenciones que aborden simultáneamente las dimensiones individuales, familiares, escolares y contextuales, reconociendo que el bienestar psicológico emerge de la interacción dinámica entre los distintos sistemas que configuran la experiencia del adolescente.

V. Referencias

- Albano, A. M., & Detweiler, M. F. (2001). *Developmental issues in cognitive-behavioral therapy with anxious children and adolescents*. In D. H. Rosmarin & J. H. D. Kendall (Eds.), *Child and adolescent therapy* (pp. 123–150). Guilford Press.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*(2), 217–237.
- Allen, J. P., & Tan, J. S. (2016). *Emotional development during adolescence: Pathways to emotional intelligence*. In L. Feldman Barrett et al. (Eds.), *Handbook of emotions* (4th ed., pp. 241–258). Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (2023). *Publication manual of the American Psychological Association* (7.^a ed.). APA.
- Antuña, C., Cano, A., Carballo, M., Juarros, J., & Rodríguez-Díaz, F. (2023). La regulación emocional como factor transdiagnóstico de los trastornos emocionales. *Escritos de Psicología, 16* (1), 44 – 52. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v16i1.14771>
- Araya, R., Fritsch, R., & Rojas, G. (2022). Factores asociados a la salud mental en adolescentes chilenos: un enfoque ecológico. *Revista Médica de Chile, 150*(1), 45–53. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872022000100045>
- Armijo, C., Vargas, L., Godoy, A., & Pérez, M. (2021). *Ética en investigación e intervención en psicología: estándares de acción*. Ediciones Universidad Central.
- Bados, A. (2008). *Aspectos deontológicos, éticos y legales en la intervención psicológica*. Universidad de Barcelona. <https://www.ub.edu/web/ub/es/>
- Bados, A., & García-Grau, E. (2008). *Eficacia y utilidad clínica de la intervención en psicología clínica y de la salud*. Universidad de Barcelona. <https://www.ub.edu/web/ub/es/>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W. H. Freeman.
- Bariola, E., Hughes, E., & Gullone, E. (2011). Relationships between parent and child emotion regulation. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*(2), 198–212.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed.). Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). Guilford Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2019). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. American Psychiatric Publishing.

- BCN. (2021). *Salud mental en niños, niñas y adolescentes. Situación en Chile antes y durante la pandemia por Covid-19* [Archivo PDF].
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press.
- Beck, A. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin Books.
- Beck, A. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Beck, A., & Emery, G. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Beesdo-Baum, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2021). Generalized anxiety disorder in adolescence: Challenges in diagnosis and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(7), 797–805. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13392>
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Psychosocial treatment of childhood social phobia*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 199–211.
- Berking, M., & Lukas, C. A. (2015). The Affect Regulation Training (ART): A transdiagnostic approach to the prevention and treatment of mental disorders. *Current Opinion in Psychology*, 3, 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.02.002>
- Berking, M., & Whitley, B. (2014). *Affect regulation training: A practitioners' manual*. Springer.
- Berra, E., Muñoz, S., Vega, C., Silva, A., & Gómez, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16 (1), 37 – 57.
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (1999). *Ley N°19.628 sobre protección de la vida privada*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=141599>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2012). *Ley N°20.584 sobre derechos y deberes de las personas en salud*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
- Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2006). *Ley N°20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma humano y la clonación*. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=250190>
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545–553.
- Blakemore, S. J., & Mills, K. L. (2014). Is adolescence a sensitive period for sociocultural processing? *Annual Review of Psychology*, 65, 187–207. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010213-115202>
- Blos, P. (1967). *The second individuation process of adolescence*. *Psychoanalytic Study of the Child*, 22(1), 162–186.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

- Brenner, E., & Salovey, P. (1997). Emotion regulation during childhood: Developmental, interpersonal, and individual considerations. *Emotional development and emotional intelligence*, 168 – 179. New York, NY: Basic Books.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Ediciones Paidós.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press.
- Brown, T. E. (2013). *A New Understanding of ADHD in Children and Adults: Executive Function Impairments*. Routledge.
- Bulnes, M., Álvarez, C., & Morales, C. (2018). Ansiedad social y regulación emocional en adolescentes de Lima Metropolitana con y sin presencia de síntomas somáticos. *Temática Psicológica*, 14 (1), 51 – 68. <http://doi.org/10.33539/tematpsicol.2018.n14.1810>
- Bunford, N., Evans, S. W., & Wymbs, F. (2015). ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 36, 65–84.
- Cáceres, C., Altamirano, J., Benítez, V., Concha, M., Mac-Ginty, S., & Langer, A. (2022). Instrumentos para evaluar bienestar en adolescentes en Chile: una revisión exploratoria. *Summa Psicológica UST*, 19 (1), 36 – 44.
- Caldas de Almeida, J., Frasquilho, D., Zózimo, J., Petrea, I., Steenhuis, C., & Parkkonen, J. (2018). *EU Compass For Action on Mental Health and Wellbeing. Annual Report 2018: Summary and Analysis of Key Developments in Member States and Stakeholders* [Archivo PDF]. <http://www.infocoponline.es/pdf/Summary-analysis-of-key-developments-in-Member-States-and-Stakeholders.pdf>
- Campo, A. (2012). La identidad narrativa como construcción dialógica del sí mismo. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 21(2), 27–44. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2012.25941>
- Canals, J., & Moya, A. (2019). Trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: Perspectivas y tratamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24 (1), 8 – 15. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.24.num.1.2019.22836>
- Capella, C., & Gutiérrez, M. (2017). Narrativas en psicoterapia con adolescentes: procesos de cambio desde la perspectiva de los consultantes. *Revista Psicoperspectivas*, 16(1), 32–43.
- Capella, C., & Mendoza, M. (2011). Regulación emocional en niños y adolescentes: artículo de revisión. Nociones evolutivas y clínica psicopatológica. *Revista Chilena de Psiquiatría*, 22 (2).
- Casas García, L., & Daskal, L. (2018). *La práctica reflexiva en psicoterapia: Un enfoque de formación y supervisión*. Editorial Paidós.
- Casas García, L., & Daskal, A. (2018). La supervisión clínica como espacio de construcción de saber y subjetividad en psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 27(2), 223–232.
- CASEL. (2020). *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning. What is SEL?* [Archivo PDF]. <https://casel.org/casel-sel-framework-11-2020/>
- CIEB. (2015). *Principios y buenas prácticas de la bioética en salud mental infanto-juvenil*. Comité de Ética en Investigación en Bienestar.

- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461–470.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg et al. (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). Guilford Press.
- Colegio de Psicólogos y Psicólogas de Chile. (2021). *Código de ética profesional*. <https://www.colegiopsicologos.cl>
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87–127.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., ... & Thigpen, J. C. (2017). Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939–991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Compas, B., Jaser, S., Dunn, M., & Rodríguez, E. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. In M. Ziegler & M. Weiner (Eds.). *Handbook of pediatric Psychology* (4th ed., pp. 349 – 362). Guilford Press.
- Consejo de Evaluación Ética de Investigaciones Biomédicas (CIEB). (2015). *Guía de buenas prácticas éticas en investigación*. <https://www.ciebchile.cl>
- Convención sobre los Derechos del Niño. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Naciones Unidas. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Corbella, S., & Botella, L. (2021). La formación del psicoterapeuta: Entre la técnica, la persona y la relación. *Revista de Psicoterapia*, 32(121), 9–28. <https://doi.org/10.33898/rdp.v32i121.812>
- Corbella, S., & Botella, L. (2021). *Reflexividad y vínculo en la práctica psicoterapéutica*. Desclée de Brouwer.
- Cordero, B., Gracia-Leiva, M., Moyano, E., Páez, D. (2024). Bienestar psicológico en adolescentes: el rol del apoyo social y de la satisfacción de necesidades básicas. *Revista CES Psicología*, 17 (1), 52 – 67. <https://dx.doi.org/10.21615/cesp.6577>
- Cortés, A., Román, R., Suárez, G., & Alonso, M. (2021). Avances en la implementación de programas de regulación emocional en contextos educativos. *Revista Española de Psicopedagogía*, 36(2), 87 – 104.
- Creswell, C., & Cartwright-Hatton, S. (2007). Family treatment of child anxiety: Outcomes, limitations, and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10(3), 232–252. <https://doi.org/10.1007/s10567-007-0025-1>
- Creswell, C., Halligan, S. L., & Waite, P. (2021). Mindfulness-based interventions for child and adolescent anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 62(11), 1326–1340.

- Creswell, C., Waite, P., & Cooper, P. (2021). *Anxiety disorders in children and adolescents*. Cambridge University Press.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2011). *Designing and conducting mixed methods research* (2nd ed.). SAGE Publications.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Marital Conflict and Children: An Emotional Security Perspective*. Guilford.
- Damon, W. (2003). Development of purpose during adolescence. *Applied Developmental Science*, 7(3), 119–128. https://doi.org/10.1207/S1532480XADS0703_2
- Daros, A., Haefner, S., Asadi, S., Kazi, S., Rodak, T., & Quilty, L. (2021). A meta-analysis of emotional regulation outcomes in psychological interventions for youth with depression and anxiety. *Nature Human Behaviour*, 5 (10), 1443 – 1457. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01191-9>
- Daskal, A. (2020). El lugar de la reflexión ética en la práctica clínica contemporánea. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 131, 45–60.
- Davies, C., Niles, A., Pittig, A., Arch, J. & Craske, M. (2015). Physiological and behavioral indices of emotion dysregulation as predictors of outcome from cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 35 – 43.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The “what” and “why” of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227–268.
- Diamond, G. S., & Siqueland, L. (2001). Family-based treatment approaches for child and adolescent depression. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(1), 1–16.
- Díaz, M., Letelier, L., & Morales, A. (2006). Evaluación del bienestar psicológico en adolescentes: adaptación del Ryff Scales en población chilena. *Revista de Psicología*, 15(1), 55–70.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., & Ladouceur, R. (1998). Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 593–606.
- Dunning, D. L., Griffiths, K., Kuyken, W., Crane, C., Foulkes, L., Parker, J., & Dalgleish, T. (2019). The effects of mindfulness-based interventions on cognition and mental health in youth: A meta-analysis of RCTs. *Psychological Medicine*, 49(11), 1958–1973.
- Eadeh, H., Breaux, R., & Nikolas, M. (2021). A meta-analytic review of emotion regulation focused on psychosocial interventions for adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21, 684 – 706. <https://doi.org/10.1007/s10567-021-00362-4>
- Easdale-Cheeley, T., Parlatini, V., Cortese, S., & Bellato, A. (2024). A narrative review of the efficacy of interventions for emotional dysregulation, and underlying bio-psycho-social factors. *Brain Sciences*, 14 (453), 1 – 32. <https://doi.org/10.3390/brainsci14050453>
- Eisenberg, N., Spinrad, T., & Eggum, N. (2016). Emotion-related self-regulation and its relation to children’s maladjustment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 522 – 554. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-110408-120529>

- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Norton.
- Escobar, M., Et al. (2023). Efectos de la Pandemia y las Medidas de Confinamiento sobre la Salud Mental en Población Infantil de Chile. *Psyche*, 32 (1).
- Espenes, K., Tormoen, A., Rognstad, K., Nilsen, K., Waaler, P., Wentzel, T., & Kjobli, J. (2024). Effect of psychosocial interventions on children and youth emotion regulation: A meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. <https://doi.org/10.1007/s10488-024-01373-3>
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (2000). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 831–843.
- Evans, S. W., Owens, J. S., Wymbs, B. T., & Ray, A. R. (2018). Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(2), 157–198.
- Evers, A. W. M., Zautra, A., & Thieme, K. (2011). Stress and resilience in rheumatic diseases: A review and glimpse into the future. *Nature Reviews Rheumatology*, 7(7), 409–415. <https://doi.org/10.1038/nrrheum.2011.80>
- Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., et al. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder.
- Febbraio, A. (2024). Aportes a la entrevista semidirigida en los procesos psicodiagnósticos frente a los nuevos paradigmas. *Conceptos*, (521).
- Fernandez-Álvarez, J., Díaz-García, A., González-Robles, A., Baños, R., & García-Palacios, A. (2021). Videoconferencing psychotherapy in the age of COVID-19: A review of existing evidence. *Internet Interventions*, 25, 100469. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100469>
- Fernández, J., & Villamarín, S. (2021). Libro blanco de la Salud Mental infanto-juvenil. *Consejo General de la Psicología*, 1, 1 – 201.
- Flores-Kanter, P. E., & Medrano, L. A. (2021). Regulación emocional y salud mental: Una revisión teórica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 30(1), 110–118.
- Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Martínez Roca.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (2002). *Early intervention and the development of self-regulation*. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307–335.
- García-Grau, E. (2008). El proceso de construcción de la identidad narrativa en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 6(2), 497–516.
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers. *Psychological Review*, 106(3), 458–490.

- González, P., & Fernández, L. (2022). *Métodos de evaluación en psicología del desarrollo*. Editorial Psicología Hoy.
- González-Peña, P., Hernández-Guzmán, L., & Jauregui, R. (2020). Regulación emocional en adolescentes: revisión de modelos y programas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 52, 32–45.
- González, M., Rivera, S., & Rodríguez, P. (2018). Bienestar psicológico y relaciones familiares en adolescentes chilenos. *Revista Chilena de Psicología*, 37(1), 45–58.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41 – 54.
- Greco, L. A., & Morris, T. L. (2002). Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: Contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behavior Therapy*, 33(2), 198–211. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(02\)80005-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(02)80005-4)
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice-friendly research review. *Journal of Clinical Psychology*, 62(5), 611–630.
- Gross, J. (1999). Emotion and emotion regulation. *Handbook of personality: Theory and research*, 2, 525 – 552. New York, NY: Guilford.
- Gross, J. J. (2014). *Emotion regulation: Conceptual and practical issues*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 3–20). Guilford Press.
- Gross, J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26 (1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2 (3), 271 – 299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Halmquistlarsson, A., & Zetterquist, K. (2024). *Adolescents' emotional coping and psychological resilience: A longitudinal study*. *Journal of Adolescent Health*, 74(3), 292–300.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A developmental perspective*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2004). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hervás, G., & Moral, G. (2017). *Regulación emocional aplicada al campo clínico* [Archivo PDF]. <https://www.ucm.es/data/cont/docs/1368-2018-05-11FOCAD%20FINAL%20COMPLETO.pdf>
- Hill, J. P., Bromell, L., Tyson, D. F., & Flint, R. (2007). Developmental perspectives on adolescent self-concept. *Adolescent Psychology Journal*, 23(4), 299–322.

- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440.
- Holmqvist Larsson, K., & Zetterqvist, M. (2024). Family-based emotion regulation training for adolescents.
- Jacka, F., Reavley, N., Jorm, A., Toumbourou, J., Lewis, A., & Berk, M. (2013). Prevention of common mental disorders: What can we learn from those who have gone before and where do we go next? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(10), 920 – 929. <https://doi.org/10.1177/0004867413493523>
- Jiménez, M., & López, E. (2008). Autoconcepto emocional como factor de riesgo emocional en estudiantes universitarios, diferencias de género y edad. *Boletín de Psicología*, 93, 21 – 39.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delacorte Press.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- Kabat-Zinn, J. (2016). *Mindfulness para principiantes. De la presencia de espíritu a la atención plena*. Kairós.
- Katz, L. F., & Gottman, J. M. (1997). Buffering children from marital conflict: Emotion coaching. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(2), 157–171.
- Kertz, S. J., Lee, J., & Bjorgvinsson, T. (2022). Predicting treatment outcomes for adolescent anxiety: The role of emotional regulation and self-efficacy. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 102528.
- Kim-Spoon, J., Holmes, C. J., Deater-Deckard, K., & King-Casas, B. (2022). Emotion regulation and adolescent brain development. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 53, 101042.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *American Journal of Psychiatry*, 144(2), 133–143.
- Lebowitz, E. R., Panza, K. E., Su, J., & Bloch, M. H. (2014). Family accommodation in anxiety disorders: A systematic review. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(2), 229–243.
- Lerner, R. M., Lerner, J. V., Bowers, E. P., & Geldhof, G. J. (2015). Positive youth development and relational developmental systems. En W. F. Overton & P. C. M. Molenaar (Eds.), *Handbook of child psychology and developmental science: Theory and method* (7th ed., Vol. 1, pp. 607–651). Wiley.
- Ley N° 20.120. (2006). *Regula la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=250263>
- Ley N° 20.584. (2012). *Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud*. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>

- Linehan, M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guildford Press.
- Lopezosa, C., Codina, N., & Freixa, M. (2022). Entrevistas clínicas semiestructuradas en psicología: aplicación y desafíos. *Revista de Psicología Clínica Contemporánea*, 12(1), 44–58.
- Luna, D. (2010). *Dificultades de regulación emocional (facilitado por el contexto de crianza) y su intervención desde una perspectiva conductual-cognoscitiva basada en solución de problemas, identificación de reglas, respiración y relajación en un niño de 8 años*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- Marchetti, D., Verrocchio, M. C., & Marinelli, S. (2023). The role of family relationships in emotional regulation in adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 32, 1094–1108.
- Martínez-Líbano, J., Alvarado, J., & Vásquez, V. (2020). Salud mental en adolescentes chilenos: factores protectores y de riesgo. *Revista Chilena de Psicología*, 39(2), 85–98.
- Martínez-Líbano, J., González, A., & Soto, M. (2022). Evaluación de programas de intervención emocional en adolescentes. *Revista de Psicología Educativa*, 18(1), 20–37.
- Martínez-Líbano, J., Torres, C., & Henríquez, L. (2024). Intervención psicológica con adolescentes desde un enfoque integrativo. *Psicología y Educación*, 30(2), 112–124.
- Masia-Warner, C., Fisher, P. H., Shrout, P. E., Rathor, S., & Klein, R. G. (2021). School-based interventions for anxious and depressed youth. En B. A. Dworetzky (Ed.), *Advances in school mental health interventions* (2nd ed., pp. 95–118). Routledge.
- Masten, A., & Reed, M. (2002). Resilience in development. *Handbook of Positive Psychology*, 74 – 88. Oxford University Press.
- Mazumder, R., & Thompson-Hodgetts, S. (2019). Youth with chronic conditions: A developmental framework for health promotion. *Children's Health Care*, 48 (2), 107-124. <https://doi.org/10.1080/02739615.2018.1531019>
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122.
- Medrano, L., Moretti, L., Ortiz, Á., & Pereno, G. (2013). Validación del cuestionario de regulación emocional cognitiva en universitarios de Córdoba, Argentina. *Psyche*, 22 (1), 83 – 96
- Mendes, J., Silva, T., & Oliveira, R. (2023). Adolescent engagement in psychological assessment: Methods and strategies. *Journal of Developmental Psychology*, 45 (3), 234 – 250.
- Méndez, M., Klos, M., & Lemos, V. (2021). Bienestar psicológico de los adolescentes: un modelo explicativo basado en la compasión y autocompasión. *Redalyc*, 28 (1). <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369170422044>
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). Emotion Regulation Therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (2nd ed., pp. 469–490). Guilford.
- Mestre, J., Núñez, J., Gómez, R., Zayas, A., & Guil, R. (2017). Emotion regulation ability and resilience in a sample of adolescents from a suburban area. *Frontiers in Psychology*, 8, 1980. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01980>

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Millán, T., Heresi, C., & Manterola, C. (2020). Consejería en adolescentes con condiciones crónicas de salud: Su rol en el período de transición a la medicina del adulto. *Revista chilena de pediatría*, 91 (1), 7 – 9.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Informe de caracterización de la infancia y adolescencia en Chile*. Gobierno de Chile.
- Ministerio de Educación de Finlandia. (2020). *Estrategias educativas nacionales para el desarrollo integral de los estudiantes* [Archivo PDF].
- MINEDUC. (2022). *Plan Nacional de Convivencia Escolar 2022–2026*. MINEDUC.
- MINSAL. (2020). *Estrategia Nacional de Salud Mental 2017–2025*. MINSAL.
- MINSAL. (2015). *Guía clínica de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. MINSAL.
- MINSAL. (2022). *Informe nacional de salud mental en adolescentes*. MINSAL.
- MINSAL. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017-2025* [Archivo PDF]. <https://www.minsal.cl/plan-nacional-de-salud-mental/>
- MINSAL. (2023). *Política Nacional de Salud Mental Para la Niñez y Adolescencia* [Archivo PDF].
- Minuchin, S. (1974). *Familias y terapia familiar*. Gedisa Editorial.
- Minuchin, S. (1999). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.
- Moltrecht, B., Deighton, J., Patalay, P., & Edbrooke, J. (2021). Effectiveness of current psychological interventions to improve emotion regulation in youth: a meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 829 – 848. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01498-4>
- Morales, B., & Moysén, A. (2015). Afrontamiento del estrés en adolescentes estudiantes de nivel medio superior. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 9 (1), 9 – 20.
- Moreno, D., Pérez, J. C., & Ros, C. (2021). *Regulación emocional en la adolescencia: Un enfoque desde la intervención psicoeducativa*. *Revista de Psicología Educativa*, 27(2), 103–115. <https://doi.org/10.1016/j.psicoe.2020.09.005>
- Moroń, M., & Biolik-Moroń, M. (2021). Trait emotional intelligence and emotional experiences during the COVID-19 pandemic outbreak in Poland: A daily diary study. *Personality and Individual Differences*, 168, 110348-110359. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110348>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361–388.
- Muela, J. A., Torres, J., & Rodríguez, R. (2015). Eficacia de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 128–136.
- Muñoz, A., Vargas, R., & Hoyos, J. (2016). Escala de dificultades en regulación emocional (DERS): análisis factorial en una muestra colombiana. *Acta Colomb.Psicol*, 19 (1), 225 – 236.
- Murray, A. L., Eisner, M., Ribeaud, D., & Obsuth, I. (2021). Development of the short form of the Adolescent Self-Regulatory Inventory (ASRI). *Psychological Assessment*, 33(1), 84–95.

- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 59, 40–51.
- Neacsiu, A. D., Fang, C. M., Rodriguez, M., & Rosenthal, M. Z. (2018). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating, and borderline personality disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 62, 43–55.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44.
- Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101.
- Neimeyer, R. A. (2006). *Construcción del sentido en psicoterapia: El enfoque constructivista*. Paidós.
- OECD. (2023). *Supporting students' emotional well-being through inclusive education*. OECD Publishing.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. Norton.
- OMS. (2022). *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos*. OMS.
- OMS. (2021). *Marco de competencias para el personal sanitario en salud mental infantil y adolescente*. OMS.
- OMS. (2021). *Mental health and psychosocial well-being in adolescents*. World Health Organization. <https://www.who.int>
- OMS (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020* [Archivo PDF]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf;jsessionid=D65C9904DE7A5D40715767A193861BF1?sequence=1
- OMS (2018). *Situation of child and adolescent health in Europe* [Archivo PDF]. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/381139/situation-child-adolescenthealtheng.pdf
- OMS. (2022). *World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All*.
- Orozco, A., García, G., Aguilera, U., & Venebra, A. (2021). Versión en español del Emotion Regulation Skills Questionnaire: Análisis de su fiabilidad y validez. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 4 (61), 189 – 203.
- Pedrini, L., Meloni, S., Lanfredi, M., & Rossi, R. (2022). Intervenciones escolares para mejorar la capacidad de regulación emocional de los adolescentes: Una revisión sistemática. *Journal of Adolescence*, 94, 1051 – 1067. <https://doi.org/10.1002/jad.12090>
- Pedrini, L., Rossi, R., Magni, L., Lanfredi, M., Meloni, S., Ferrari, C., Macis, A., Lopizzo, N., Zonca, V., & Cattaneo, A. (2021). Emotional regulation in teens and improvement of constructive skills (EmotiCons): Study protocol for a randomized controlled trial. *Pedrini et al. Trials*, 22. <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05886-2>

- Pereira, L., Franco, D., & Gonçalves, M. (2023). Regulation-based interventions for adolescent anxiety: A meta-analytic review. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(1), 12–29.
- Petersen, K. J., Manly, T., & Casey, B. (2024). The adolescent brain and regulation development. *Trends in Cognitive Sciences*, 28(2), 132–145.
- Pianta, R. C. (1999). *Enhancing Relationships Between Children and Teachers*.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. Norton.
- Polanczyk, G. V., Willcutt, E. G., Salum, G. A., Kieling, C., & Rohde, L. A. (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 434–442.
- Rapee, R. (2016). The development of anxiety disorders in children: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45 (2), 2 – 16. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1119689>
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–366.
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., et al. (1997). Protecting adolescents from harm. *JAMA*, 278(10), 823–832.
- Reyes, F., & González, M. (2019). Estrategias de regulación emocional en la adolescencia y su relación con el bienestar. *Revista Colombiana de Psicología*, 28(1), 9–25.
- Ríos, M. (2019). La transición emocional en el desarrollo de la adolescencia. *Psicología Clínica Contemporánea*, 32 (4), 411 – 430.
- Rodríguez, C., & Pérez, J. (2021). El papel de las entrevistas semiestructuradas en la evaluación psicológica de adolescentes. *Revista de Psicología Aplicada*, 32 (4), 56 – 70.
- Rogers, C. (1961). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós.
- Roussos, A., Etchebarne, I., & Waizmann, V. (2005). Guía para audio/video-grabación de material clínico para uso en investigación. *Departamento de Investigaciones, Universidad de Belgrano*. http://www.ub.edu.ar/investigaciones/dt_nuevos/128_roussos.pdf
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2017). *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. Guilford.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of personality and social psychology*, 57 (6), 1069. Doi: 10.1037//0022-3514.57.6.106
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719–727.

- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9(1), 13–39.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press.
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., & Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17(5), 611–627.
- Sánchez, P., & Ruíz, E. (2023). La ansiedad en los adolescentes. Una mirada desde los contextos social, educativo y personal. *Coloquio Internacional de Investigación Educativa en Nivel Medio Superior*. <http://eprints.uanl.mx/27417/7/27417.pdf.crdownload>
- Schafer, A., et al. (2017). Emotion Regulation in Adolescents: Developmental and Clinical Perspectives. *Journal of Adolescent Health*, 61 (5), 506 – 515.
- Schön, D. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Sciberras, E., et al. (2014). Anxiety disorders in children with ADHD: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 18(5), 395–409.
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Free Press.
- Seymour, K. E., et al. (2022). Emotion dysregulation mediates the link between ADHD and anxiety. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 25(2), 347–363.
- Shaw, P., Gogtay, N., & Rapoport, J. (2012). Childhood psychiatric disorders as anomalies in neurodevelopmental trajectories. *Neuropsychopharmacology*, 37(1), 3–15.
- Sibley, M. H., Mitchell, J. T., & Becker, S. P. (2016). Method of adult diagnosis influences estimated persistence of childhood ADHD: A systematic review of longitudinal studies. *The Lancet Psychiatry*, 3(12), 1157–1165.
- Simpson, S., & Reid, C. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: A review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299.
- Singüesa, M., Quezada, L., & Reyes, F. (2019). Impacto de las intervenciones de regulación emocional en jóvenes con necesidades especiales. *Revista Chilena de Educación*, 48 (3), 221 – 238.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7(3), 269–281*.
- Smith, K., Johnson, R., & Taylor, H. (2023). Collaborative psychological assessments: Bridging gaps in adolescent care. *Clinical Psychology Review*, 64, 102 – 118.
- Smith, M. M., Saklofske, D. H., & Yan, G. (2020). The role of emotional intelligence in adolescent well-being. *Personality and Individual Differences*, 161, 109984.
- SOM Salud Mental 360. (2021). *Cómo promover el bienestar emocional en adolescentes*. <https://www.saludmental360.org>

- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(2), 69–74.
- Steinberg, L., & Silk, J. S. (2002). Parenting adolescents. In M. H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting: Vol. 1. Children and parenting* (2nd ed., pp. 103–133). Erlbaum.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11(1), 1–19.
- Tejeda, M., Robles, R., González, C., & Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la regulación emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35, 521 – 526.
- Thomas, R., Sanders, S., Doust, J., Beller, E., & Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001.
- Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of a definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, 25 – 52.
- Thompson, R. A. (2011). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 77(2), 25–52.
- Thompson, R. (2014). Socialization of emotion and emotion regulation in the family. *Handbook of Emotion Regulation*, 2, 173 – 186.
- UNESCO. (2021). *Global education monitoring report: The role of education in building resilience*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. <https://www.unesco.org>
- UNICEF. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Naciones Unidas. <https://www.unicef.org/child-rights-convention>
- UNICEF. (2021). *Estado mundial de la infancia 2021: En mi mente. Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
- UNICEF (2019). *Increase in child and adolescent mental disorders spurs new push for action by 5UNICEF and WHO*. <https://www.unicef.org/press-releases/increase-child-andadolescent-mental-disorders-spurs-new-push-action-unicefand-who>
- UNICEF. (2022). *Progress for Every Child in the SDG Era: A Snapshot of Key Achievements*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org>
- Urzúa, A., Leiva, A., & Caqueo-Úrizar, A. (2019). Factores protectores del bienestar psicológico en adolescentes chilenos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51, 12–20.
- Van den Heuvel, M., Bögels, S. M., & de Cuyper, K. (2021). Adolescents’ emotion regulation and parental support: A two-year longitudinal study. *Journal of Adolescence*, 89, 130–140.
- Van Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff’s Scales of Psychological Well-being and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, 36(3), 629–643.

- Varela, J. J., Véliz, D., & Repetto, P. (2008). Bienestar psicológico en adolescentes chilenos: Evaluación e implicancias para la intervención. *Revista de Psicología*, 17(1), 69–83.
- Vargas, R., & Muñoz, A. (2013). La regulación emocional: precisiones y avances conceptuales desde la perspectiva conductual. *Psicología USP*, 24 (2), 225 – 240.
- Vargas-Rubilar, J., Pérez-Fuentes, M. D. C., & Gázquez Linares, J. J. (2021). Autoeficacia y regulación emocional en adolescentes. *Educación y Salud*, 39(2), 45–56.
- Vera, P., Urzúa, A., Pávez, P., Celis, K., & Silva, J. (2012). Evaluation of subjective well-being: analysis of the satisfaction with life scale in Chilean population. *Universitas Psychologica*, 11 (3), 719 – 727.
- Vidal, M., López, A., & Castro, D. (2023). Sociocultural contexts and adolescent mental health: implications for psychological assessment. *International Journal of Psychology*, 58 (2), 198 – 215.
- Villabonas-Alemán, J. L., Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2018). Psicopatología en adolescentes españoles: prevalencia y características clínicas. *Clínica y Salud*, 29(1), 25–32.
- Willcutt, E. G. (2005). The validity of the executive function theory of ADHD: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 170–196.
- World Health Organization. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. World Health Organization.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1
- WHO. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. World Health Organization.
- Yap, M. B. H., Morgan, A. J., Cairns, K., et al. (2016). Parental factors and prevention of adolescent depression and anxiety. *BMC Psychiatric*, 16, 40.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2015). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*, 6, 290–302.

VI. Anexos

5.1. Transcripción primera sesión psicodiagnóstico:

Primera entrevista psicodiagnóstico	
Fecha: 28-04-2025	
Hora de inicio: 17:00	Hora de termino: 17:50
<p>1. P: ¿Hola, me escuchas?</p> <p>2. H: Sí, sí, sí la escucho</p> <p>3. P: Ya. ya oye, cómo ha estado todo? La semana pasada no nos vimos ¿cómo te has sentido?</p> <p>4. H: Bien, o sea, la semana pasa igual, fue difícil, fue con esto fue complicado, pero ahora empezamos bien, con la empezamos bien, la semana empezamos bien.</p> <p>5. P: entonces te estás sintiendo un poco mejor hoy</p> <p>6. H: sí, no, y las cosas que han pasado igual han sido buenas, al menos hoy en día, entonces igual es bueno empezar bien porque si no empieza bien, lo más claro es que termine mal.</p> <p>7. P: ¿Y cuáles son esas cosas buenas que te han pasado hoy?</p> <p>8. H: Por ejemplo, no me refiero que he estado más, más más. Cuando uno en general me he reído, he puesto también me he arreglado con gente porque igual había gente con la que tenía atado y se arreglaron ellos mismos conmigo. Ni siquiera yo tuve que decir nada, entonces igual, bueno.</p> <p>9. P: estos atados con eran, con compañeros, con compañeras,</p> <p>10. H: o sea que eran amigas más el año pasado y ahora se arreglaron conmigo. O sea, no volvimos a ser amigos, pero no, no hay mala, entonces igual que</p>	<p>CE</p> <p>EEP CE</p> <p>CE</p>

<p>hagan eso porque me siento, acabemos como en el curso, igual es bacán.</p> <p>11. P: claro, te sientes más tranquilo yendo al Liceo.</p> <p>12. H: claro.</p> <p>13. P: oye, y hay algo que quieras contarme o compartir antes de que podamos empezar las cosas que tengo pensadas para hoy?</p> <p>14. H: Sí, no, no sabes lo de la semana pasada que igual perdón por no asistir, pero ese día no, no tenía ganas de hablar, como que yo siempre tengo ganas de hablar porque soy bueno para, pero sería como que no. No quería hablar eso no,</p> <p>15. P: no pasa nada, no te sientas mal por eso.</p> <p>16. H: Entonces eso igual la pasé mal, pero después fui mejorando, o sea, no en la semana de sí, pero después todos fuimos, o sea, ahora empezamos a mejorar todo, entonces todo bien ahora, aunque la semana pasada fue difícil, se lo quiero pasar ya.</p> <p>17. P: Algo me comentaron un poco de las cosas que pasaron la semana pasada. Me gustaría que lo conversáramos, que pudiéramos ver cómo ayudarte en esas situaciones que de repente son más difíciles. Porque a veces que vivimos momentos que son incómodos, que son intensos y donde nuestras emociones se sienten demasiado fuertes, demasiado grandes. Y yo lo que quiero que sepas en este momento es que sentirse así no significa que algo esté mal en ti o que tú estés haciendo algo mal. En el fondo, lo que significa es que eres humano y que tu cuerpo y tu mente están tratando de decirte algo.</p>	<p>CE EEP</p> <p>CE EEP</p>
---	-------------------------------------

<p>Están tratando de que tú logres ver algo, de que escuches algo. Sentirnos angustiados, como te pudo haber pasado la semana pasada, es una respuesta emocional natural que todos sentimos ya, principalmente cuando estamos muy expuestos a algo que nos está sobrepasando emocionalmente. Que puede ser eso lo que haya pasado. Pero yo quiero que tú sepas que es normal que de repente nos sintamos mal por cosas y que en ese sentirnos mal la emoción se haga muy muy fuerte y nos sobrepase y nos sintamos mucho más afectados por lo que estaba ocurriendo. Y terminamos gatillando lo que tuve que tener toda la semana, que fue como esta crisis de angustia, cierto, ya entonces hoy vamos a abordar eso. Hoy quiero que trabajemos un poco en eso. Pero antes de voy a mostrarte, voy a tener que hacerte unas preguntas como El cuestionario, ya que esto lo necesito para nuestro proceso. ¿Vamos a hacer 3 actividades diferentes con preguntas que puede que sea un poco largo y ya después, con el tiempo que nos quede, vamos a partir a trabajar esto de la angustia que hemos estado sintiendo ya?</p> <p>18. H: Claro, sí.</p> <p>19. P: ya entonces. Yo te voy a compartir mi pantalla para que hagamos las preguntas.</p> <p>20. H: No, no es algo malo, no es que yo no quiera mi vida, aunque no la valore, sino que me refiero que uno como persona nunca tiene como como un límite de estar mejor, uno siempre puede estar mejor de lo que está. Entonces siento que si los aspectos de mi vida tienen que ser como yo quiera, es imposible porque uno nunca llega a un tope. No sé si me entiendes. Entonces no es que sea malo, sino que siento que es imposible</p>	<p>SVSV</p> <p>CE</p>
--	-----------------------

<p>que una persona tenga toda su vida como quiera ya y De hecho, que crees que hoy en día hay cosas que podrían estar mejor. Claro, y siendo que todas las cosas de mi vida pueden estar mejor y la de todas las personas, sí. O sea, no es algo que piense solo de mí, sino es que siempre se puede estar mejor. Entonces, claro que siempre se cuesta mejor que nunca. Hay un tope, entonces no, es que yo estoy muy conforme con mi vida, la verdad. Pero siento que no hay un tope de estar mejor o estar peor. Siento que uno siempre puede estar mejor o siempre puede estar peor. No sé, yo soy la verdad, soy ambicioso, entonces yo le pondría un porque no, porque siempre quiero llegar lo más lejos que puedo, entonces tampoco como que no hay un límite, entonces igual yo sé qué, pero eso es como a futuro.</p>	<p>EP</p>
<p>21. P: a ti te gustaría como seguir logrando cosas, superarte, obtener.</p>	
<p>22. H: Siento que cada día no, que cada día me superó, siento que cada día me superó entonces. Igual estoy satisfecho porque igual he avanzado. O sea porque igual siempre puedo estar más satisfecho de lo que estoy, pero igual siento que he avanzado, sé cómo progreso y estoy conforme conmigo. tengo una familia que es lo más importante. Tengo gente que me apoya y me tengo a mí mismo. No me siento perdido dentro de mí. Entonces siento que la familia y uno mismo es lo más importante, primero uno y después la familia. Siento yo al menos siento. Yo no quiero hacer algo egocéntrico ni nada. Entonces, pero no sé si cambiaría porque al final los errores son parte de la vida. Entonces no sé si claro, obviamente me afectaron, pero si no hubiera estado esos errores, quizás no,</p>	<p>EP</p> <p>AYA SVSV</p> <p>AYA</p> <p>MSA</p>

<p>no sería una persona que soy ahora mismo y no me gustaría ser a otra persona. Me siento mejor donde nos equivocamos. Ciertamente, es parte del crecimiento. Corregirlo aunque corrija los errores. Voy a seguir teniendo errores, pero claro, eso me reformar a la persona de quién es la que soy ahora exactamente.</p> <p>23. P: vamos a hacer un cuestionario, para esto, 1 es casi nunca me siento así o casi nunca estoy en base a las frases que aparezca y 5 sería que casi siempre logras dar cuenta de lo que aparece en la frase ya</p> <p>24. H: Ok</p> <p>25. P: 1 Tengo claro lo que siento, ya sea tristeza, enfado, alegría</p> <p>26. H: 5, siento que sí puedo manejar eso. Siento que igual en base en base a mí, a la energía que tengo, depende los cómo esté y eso igual yo sé cuándo tengo energía cuando lo tengo, entonces siento que un 5.</p> <p>27. P: pongo atención a cómo me siento. Esta es la segunda.</p> <p>28. H: sí también 5.</p> <p>29. P: Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control.</p> <p>30. H: casi nunca siento que las emociones son normales, entonces no sería algo, o sea, quizá a veces se me sale el control. Por ejemplo, a veces estoy muy feliz, tengo mucha energía o no estoy triste y no tengo tanta energía, pero muy pocas veces</p> <p>31. P: ya. ¿Entonces, qué número le pones?</p> <p>32. H: ya sí, cuatro</p>	<p>AYA</p> <p>REP</p> <p>CE</p> <p>REP</p>
---	--

<p>33. P: No tengo ni idea de cómo me siento</p> <p>34. H: 1 también,</p> <p>35. P: casi nunca me va a eso.</p> <p>36. H: 5</p> <p>37. P: me cuesta entender mis sentimientos.</p> <p>38. H: O sea, no es sentimiento, pero sí es sentimiento. Entonces yo le pondría que algunas veces sí que a veces me pasa que me pasa cuánto ese sentimiento como de extrañeza, como de como de nostalgia. No lo no lo entiendo a veces que me pasa que a veces yo lo que pasa es que yo no soy rencoroso, y eso igual. No es algo malo, o sea, De hecho es bueno, pero a veces juega en contra. El no ser rencoroso siento yo, te puedes encontrar, por ejemplo, me pasa que con gente que me hizo daño yo le sigo teniendo cariño y si se diera la oportunidad igual volvería a hablar con esas personas, porque no, pero claro, me pasa también que a veces me cuesta dejar de sufrir por personas, porque las extraño por eso ya es porque no entiendo. Me cuesta entender la nostalgia y extrañeza que tengo que hacer, yo estoy agradecido de no ser rencoroso. Pero claro, ese conjunto negativo ya o sea como como todas las cosas, tienen sus puntos positivos negativos ya.</p> <p>39. P: 6 me parece, sí, estoy atento a mis sentimientos.</p> <p>40. H: 5 es lo mismo que las dos, no más o menos, sí, sí, hay algunas que son parecidas.</p> <p>41. P: Sé exactamente cómo me estoy sintiendo,</p>	<p>DRE</p>
--	------------

<p>42. H: sí. 5 también</p> <p>43. P: le doy importancia a lo que estoy sintiendo.</p> <p>44. H: sí, también porque, por ejemplo, cuando estoy feliz trato de disfrutar, hacer lo que quiera y por ejemplo, cuando estoy triste, igual. Hay que aprender a que uno igual tiene que sufrir a veces, entonces sufre nada más. La tristeza es una emoción y valida que todas las demás y lo que pasa que cuando tengo pena y yo igual digo, tampoco voy a evitar tener pena, así que si tengo pena voy a tener que estar triste, no más porque igual la pena se pasa sufriendola no, si me la guardo va a ser peor</p> <p>45. P: claro, es válida tu emoción en el fondo y te permite sentirlo claro 9. Estoy confuso sobre lo que siento.</p> <p>46. H: no casi nunca. Ya 1.</p> <p>47. P: Cuando estoy molesto se reconocer cuáles son mis emociones, si es rabia, si es decepción</p> <p>48. H: un 5</p> <p>49. P: ya 11. Cuando estoy molesto me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera.</p> <p>50. H: No, no, no, casi nunca ya.</p> <p>51. P: Cuando estoy molesto me da vergüenza sentirme de esa manera</p> <p>52. H: casi nunca</p> <p>53. P: ya cuando estoy molesto me cuesta terminar el trabajo o lo que estés haciendo en ese momento.</p>	<p>REP</p> <p>REP</p> <p>MSA</p> <p>CE</p>
--	--

<p>54. H: Y un cuatro igual me cuesta porque me sacas el foco.</p> <p>55. P: Cuando estoy molesto pierdo el control</p> <p>56. H: casi nunca</p> <p>57. P: ya cuando estoy molesto creo que estaré así durante mucho tiempo</p> <p>58. H: y no. Casi nunca, porque es un sentimiento momentáneo, como todos los sentimientos son momentáneos, o sea, están toda la vida, pero aparecen en situaciones específicas.</p> <p>59. P: Cuando estoy molesto creo que acabaré sintiéndome muy deprimido.</p> <p>60. H: no, casi nunca.</p> <p>61. P: Cuando estoy molesto, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante.</p> <p>62. H: Sí, casi siempre.</p> <p>63. P: Cuando estoy molesto me cuesta centrarme en otras cosas.</p> <p>64. H: Neutro un 3</p> <p>65. P: ya cuando estoy molesto me siento fuera de control.</p> <p>66. H: casi nunca, nunca he dicho, o sea, muy pocas veces el 1. Entonces sí</p> <p>67. P: cuando estoy molesto puedo. Puedo conseguir hacer cosas igualmente</p> <p>68. H: Sí, igual depende que sea.</p> <p>69. P: ¿Ya qué número le darías entonces?</p> <p>70. H: Un cuatro</p>	<p>DRE</p>
---	------------

<p>71. P: ya cuando estoy molesto, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera</p> <p>72. H: uno.</p> <p>73. P: Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor.</p> <p>74. H: Un 5.</p> <p>75. P: Esto es lo que ya habíamos conversado en algunas sesiones antes. Cuando estoy molesto me siento como si fuera una persona débil. Cuando estoy molesto creo que puedo controlar mi comportamiento.</p> <p>76. H: Sí, casi siempre ya sí.</p> <p>77. P: Cuando estoy molesto me siento culpable por sentirme de esa manera,</p> <p>78. H: no, casi nunca.</p> <p>79. P: Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme. Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme</p> <p>80. H: cuatro, así siempre ya. Por eso, cuando estoy molesto de las dos hace cosas que no requieran tanta concentración. Por ejemplo, hacer deporte, escuchar música.</p> <p>81. P: ¿Y eso te sirve para despejarte también, cierto?</p> <p>82. H: Sí</p> <p>83. P: cuando estoy molesto me cuesta controlar mi comportamiento.</p> <p>84. H: no, casi nunca.</p>	<p>EA</p>
--	-----------

<p>100. H: no, casi nunca. Ya 1. Ya vamos con este segundo cuestionario. Y nos vamos al último. Este es parecido, pero tiene otra temática ya, ajá. Ya ahora vamos a hacer una escala de ansiedad. Ya es conocida como SCARED ya estos datos yo los voy a rellenar después. Mientras ya tú me das los puntajes, pero la idea es que tú las puedas ir viendo ya cómo funciona esta escala tiene una lista de cosas que describen cómo te puedes estar sintiendo en ciertas situaciones. Entonces vas a marcar cero si nunca o casi nunca. Es cierto lo que dice esa frase. El 1 sí es cierto algunas veces y el dos sí. Es cierto, casi siempre</p>	
<p>101. H: ya.</p>	
<p>102. P: Entonces cuando siento miedo no puedo respirar bien.</p>	
<p>103. H: Cero</p>	
<p>104. P: ya cuando estoy en la escuela me duele la cabeza</p>	
<p>105. H: 1, pero más que nada por el estrés de estudiar tanto contiene muchas evaluaciones. Claro, me pasó con la PAES que tuve que dar dos PAES en un día y eso y no mano, claro, entonces yo. La primera le hice a conciencia total, la segunda le hice a esa porque me dolía la cabeza que la PAH se hace en un muro, siempre se hace una, una en un día y me hicieron dos, entonces</p>	
<p>106. P: claro, pues mucho, sí, ya la 3 no me gusta estar con personas que no conozco bien.</p>	
<p>107. H: Cero</p>	
<p>108. P: ya me da miedo dormir en otras casas.</p>	

109. H: 1 me trace una casa que conozco, no me ha ido. Pero claro, si, de una casa desconocida sí me ha salido, obviamente algunas veces, entonces

110. P: me preocupa saber si le caigo bien a la gente.

111. H: Casi nunca es cierto porque siento que es un problema de ellos, no es mío. Yo hago lo posible para no caerle mal a nadie. Y si yo le explico mal el problema de ellos

112. P: claro, al final no está dentro de tu control

113. H: claro.

114. P: Cuando tengo miedo siento que me voy a desmayar

115. H: cero

116. P: soy una persona nerviosa

117. H: 3 o sea dos igual seguía bastante nervioso.

118. P: Sigo a mis padres, a donde ellos van.

119. H: ¿Cómo así?

120. P: ¿Qué entiendes tú por eso?

121. H: Algo mental, por ejemplo, seguir todas sus ideas, algo así no? O también podría ser desde lo físico de seguirlos, por ejemplo, si están, no sé en el Mall estar como siempre acompañándolos. Ah, trato de acompañarlos siempre o pasar tiempo con ellos. Si algo mental de seguirles la idea 1 si es que algo físico un dos, póngale un, póngale un 1 y todo a la vez.

122.	P: La gente me dice que me veo nervioso.	
123.	H: Sí, un dos.	
124.	P: Me pone nervioso estar con personas que no conozco bien	
125.	H: 1 porque siento que esas cosas que van a ser normales para ellos no, y les puedo molestar como que incomodar. Sí, eso mismo.	
126.	P: Cuando estoy en la escuela me duele la panza o la guata	
127.	H: No, casi nunca.	
128.	P: Cuando tengo mucho miedo siento como si me fuera a enloquecer.	
129.	H: No, tampoco.	
130.	P: Sí, me preocupo cuando tengo que dormir solo	
131.	H: no	
132.	P: Me preocupo de ser tan bueno como los otros niños, por ejemplo en la escuela o en los deportes	
133.	No, tampoco, porque con esto yo sé lo que soy bueno en lo que no soy bueno, en lo que tengo más vida. Entonces no, yo sé que no voy a ser el mejor en todo y que también hay cosas en las que estoy deficiente. Hay cosas en las que soy seco, por ejemplo, en lo que pasa en arte, yo en arte tenía promedio cuatro básica, tuve promedio cuatro toda la básica. Después y ahora, por ejemplo, en la estadística, la prueba de 60 pruebas hubieron 27 y 7.	
134.	P: Ah, bueno, sí, en el fondo estás como queriendo decir que estás preocupado por ti, por mejorar tú, y no	

<p>como por mejorar o competir con los demás, sino contigo mismo.</p> <p>135. H: Claro que no compito también, no, no me interesa competir.</p> <p>136. P: Cuando tengo mucho miedo me siento mareado</p> <p>137. H: 1 cero</p> <p>138. P: ya sueño que algo malo le va a pasar a mis padres</p> <p>139. H: no, señor, pero si he pensado en qué haría si le pasa algo</p> <p>140. P: ya ¿Qué puntaje le pondrías a esa sueño que algo malo</p> <p>141. H: Sueños como algo que 1, eso ni tampoco he deseado, ni tampoco pienso, o sea, yo sé que le va a pasar algo a mis, a mis papás, algo malo, porque a toda la gente le pasan cosas malas como que igual tengo a su y eso es parte de la vida</p> <p>142. P: ya entonces le pones 1. Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela</p> <p>143. H: este año no, yo De hecho me gusta, me gusta. Decimos que siento felicidad porque la paso bien. El año pasado sí, el año pasado era un dos y ahora era un cero.</p> <p>144. P: Ya cuando tengo miedo el corazón me late muy rápido,</p> <p>145. H: cero</p> <p>146. P: yo tiemblo</p> <p>147. H: 1, a veces me tiembla la pierna.</p>	<p>PA</p>
---	-----------

148.	P: Tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo.	SFA
149.	H: Cero, porque las pesadillas es algo que uno no quiere que pase y yo sé que eso va a pasar.	
150.	P: En algún momento me preocupo pensando cómo me van a salir las cosas.	
151.	H: Un dos sí, en eso, en eso sí pienso mucho.	
152.	P: sudo mucho cuando tengo miedo	
153.	H: un dos también igual sudo.	
154.	P: Me preocupo demasiado.	SFA
155.	H: Dos	
156.	P: me preocupo sin tener motivo.	PAA
157.	H: 1.	
158.	P: Me da miedo estar solo en casa.	
159.	H: Cero	
160.	P: me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco	
161.	H: 1 porque me cuesta romper el hielo ya.	
162.	P: ¿Como ese primer paso?	
163.	H: Sí	
164.	P: cuando tengo miedo siento que no puedo tragar	
165.	H: cero.	

<p>166. P: Las personas dicen que yo me preocupo demasiado.</p> <p>167. H: Dos.</p> <p>168. P: No me gusta estar lejos de mi familia.</p> <p>169. H: Dos también porque parte de la familia son amigos y ellos. No me gusta estar lejos de mi amigo porque igual lo paso bien.</p> <p>170. P: Tengo miedo de tener ataques de pánico.</p> <p>171. H: Cero.</p> <p>172. P: Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres</p> <p>173. H: o sea un dos, pero yo lo tengo asumido porque vale el doloroso parte de la vida que puedan llegar, que de repente puedan pasar cosas que no queremos.</p> <p>174. P: Claro, sí, parte de la vida.</p> <p>175. H: Eso lo tengo, lo aprendí este año, el año pasado no lo tenía asumido por errores, por la gente, porque me di cuenta de que igual la gente se equivoca y pucha. Yo cometí muchos errores y voy a cometer mucho más. Entonces yo sé que también la gente puede gente que se comportó más conmigo, cometió errores, puede, puede cambiar y arrepentirse</p> <p>176. P: Claro, eso es totalmente cierto. Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco</p> <p>177. H: dos. Si me volver a vergüenza, como que me da vergüenza ser hiperactivo como soy.</p>	<p>PAA</p>
--	------------

<p>178. P: Siempre tratas como de cohibirte o como de mostrarte más tranquilo o como hacerme en tu situación.</p>	
<p>179. H: Trato de mostrar más tranquilo</p>	
<p>180. P: pero cómo sería mostrarte más tranquilo?</p>	
<p>181. H: calmado sin hablar tanto ya.</p>	
<p>182. P: Me preocupa qué me pasará cuando sea grande</p>	
<p>183. H: O sea, me preocupo porque es algo que yo no sé. Todavía es una incertidumbre ya entonces dos Porque una incertidumbre es algo que uno no sabe qué va a pasar.</p>	<p>PA PAA</p>
<p>184. P: Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar</p>	
<p>185. H: cero.</p>	
<p>186. P: Me preocupa saber si hago las cosas bien</p>	
<p>187. H: cero, porque siento que uno se da cuenta de las cosas que hace, de las cosas que hace mal, pero si uno no se da cuenta tampoco es malo.</p>	
<p>188. P: 1 se da cuenta después de Del error</p>	
<p>189. H: Claro. O sea, para darse cuenta de que quien hizo algo mal tiene que cometer el error primero, entonces eso</p>	
<p>190. P: tengo miedo de ir al colegio</p>	
<p>191. H: cero.</p>	

<p>192. P: Me preocupan las cosas que ya pasaron</p>	
<p>193. H: dos.</p>	
<p>194. P: Cuando tengo miedo me siento mareado.</p>	
<p>195. H: Cero.</p>	
<p>196. P: Me siento nervioso cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos, como por ejemplo leer en voz alta, hablar, jugar</p>	
<p>197. H: 1.</p>	
<p>198. P: Me siento nervioso cuando tengo que ir a fiestas, bailes o lugares donde hay gente que no conozco</p>	
<p>199. H: dos</p>	
<p>200. P: y la última soy tímido</p>	
<p>201. H: cero.</p>	
<p>202. P: Perfecto, estamos listos, mejor compartir ya ahora que terminamos ya con esta como parte que puede ser más Fome porque estaba yo haciéndote puras preguntas como cuestionario, vamos a hacer la actividad que te venía diciendo ya lo que sí. Ya quisiera partir preguntándote si te ha pasado, te sientes como si tu cuerpo tuviera de repente una alarma, ya que cuando estamos en momentos que nos generan más malestar es como que se activara muy, muy fuerte.</p>	
<p>203. H: Me empieza a doler la guata</p>	
<p>204. P: podríamos decir que esta como que esta alarma a la que yo estoy haciendo referencia es algo que pueda parecer cuando tenemos una crisis, cuando hay algo que nos está</p>	<p>SFA</p>

generando mucho malestar, mucha incomodidad y principalmente cuando aparecen unas crisis de angustia, que es lo que pasó la semana pasada. ¿Cierto,

205. H: claro

206. P: qué pasa en estas crisis. Que puede que se den porque nuestro cuerpo está sintiendo un peligro. Está sintiendo un peligro que nosotros no vemos, pero que nosotros internamente estamos sintiendo. Aunque a veces no haya un peligro real, incluso a veces sentimos y nos empezamos a preocupar por ese peligro. Incluso si no está, sino porque nosotros empezamos a pensar en un posible peligro. Nos preocupamos y esa preocupación nos genera esa como angustia que nos hace encender esta alarma muy, muy fuerte. Ya entonces es como si una parte de nosotros se asustara muchísimo por este peligro que estamos sin. Cuando se nos pasa podemos sentir algunos síntomas, como el que tú dijiste, recién que te empieza a doler la guata, esto de la sudoración que mencionaste antes que son síntomas bastante comunes que cuando todos sentimos angustia nos pueden aparecer. No a todos nos van a aparecer los mismos síntomas, pero hay unos que puede que sean más comunes entre las personas que otros, como por ejemplo la sudoración, el sentir que nos que nos está latiendo muy rápido, el corazón, el llanto, el sentir como si tuvieses un nudo en la garganta, etcétera. Ya entonces, qué pasa cuando sentimos una crisis de angustia? Que nuestro cuerpo prende esta alarma interna que nos empieza a hacer ruido a nosotros desde lo físico y que nos está diciendo que hay algo que nos está generando peligro, que nos está generando preocupación y que algo malo nos podría pasar porque estamos

sintiendo que hay un peligro y como hay un peligro nos activamos pensando que o queriendo evitar que nos pase eso, algo malo que nos está preocupando ya y ahí empezamos a notar todos estos síntomas y nuestra mente, como nos estamos preocupando por un peligro, empieza a llenarse de pensamientos como de miedo, de susto y preocupación. Y empezamos a pensar de repente, y si me pasa algo o no voy a poder hacer esto o algo mal no está por pasar, etcétera. ¿Qué pensamientos piensas tú que se te vienen a ti en estos momentos?

207. H: Como pensamientos de miedo, de pensamientos negativos, de pura sucesos malos, que siento que cuando pienso me pasa también al revés, cuando me pasan cosas buenas, como que también me duele la guata, pero como que es como un dolor, como de energía, como un dolor que me genera inquietud. Empiezo así como de inquietud, como que me da energía, felicidad. Pero claro, por pensar también cosas, cosas que pueden pasar, que sean buenas en caso de que sea malo. Eso después me afecta.

208. P: Claro, también aparecen esto, que es lo que habíamos conversado antes que realmente, en situaciones que se generan como emoción, alegría. También aparecen estos pensamientos que generan como preocupación, pero asociado a algo como más positivo,

209. H: claro.

210. P: Lo importante y lo que yo quiero que siempre recuerdes y con lo que te quedas, es que esta alarma que se nos enciende y que nos genera toda esta preocupación y estos pensamientos es temporal. No siempre

PA

va a estar activa, sino que se gatilla y se prende en estos momentos de mayor preocupación y que cuando se active la alarma en el fondo tampoco te va a pasar. Nada malo es tu cuerpo queriendo decirte algo y está en el fondo, reaccionando con mucha, mucha fuerza a lo que tú estás sintiendo en ese momento. Y como dije antes, no tiene nada de malo. Es normal que lo sientas. Lo que podemos hacer es tener herramientas para que tú puedas manejar mejor esas situaciones para que puedas solventarla y no te sobrepase. ¿Entonces, qué cosas podríamos hacer cuando aparece esta alarma y se activa? ¿Muy, muy fuerte? Por ejemplo, podríamos. Practicar, respirar lento como si apagáramos un incendio interno. Entonces nosotros vamos a ir inhalando, exhalando muy de a poco con ciertas técnicas para que esa alarma se vaya disminuyendo y ese incendio interno que tenemos y que nos está generando preocupación se vaya apagando. También podemos buscar un lugar que sea seguro o cómodo. Esto también puede ser con personas, buscar una persona que nos pueda apoyar, que nos puede ayudar, que nos puede hacer sentir más tranquilos. Ya lo otro es siempre recordarte por más preocupación que tú puedas estar sintiendo y por más mal que nos podamos estar sintiendo en ese momento. Cuando tengas un espacio, recordarte que esa situación va a pasar ya ese malestar tan fuerte que estás sintiendo en el momento va a pasar, aunque ahora no lo veas así. En ese en el momento exacto no lo sientas así porque estamos sintiendo muy muy fuerte el malestar. Siempre tener presente que eso en algún momento va a pasar.

211. H: me pasó en la semana. Me pasó varias veces qué pensar. Igual me

<p>ayuda a calmar que decía la vida, así que como que esto no me voy a morir, no me no, no me voy a morir por esto, entonces como que igual eso me ayuda a Calmarme.</p> <p>212. P: Sí, exactamente, y lo último cuando empieces a como a bajar un poco esas como revoluciones de la alarma, pedir ayuda a alguien de confianza. Ya a quien tú quieras que tú sientas que te puede dar esa ayuda que estás necesitando en ese momento.</p> <p>213. H: Sí, eso lo he implementado poco es pedir ayuda a gente que quiero y que de confianza.</p> <p>214. P: bacán, bueno H estamos listos por hoy, nos vemos la próxima semana!</p> <p>215. H: chao, gracias.</p>	EA
--	----

5.2. Transcripción segunda sesión psicodiagnóstico:

Segunda entrevista psicodiagnóstico	
Fecha: 30-04-2025	
Hora de inicio: 17:00	Hora de termino: 17:45
<p>1. P: Hola H, ¿cómo estás?</p> <p>2. H: Hola bien y tú</p> <p>3. P: todo bien. ¿Cómo estuvo hoy el Colegio?</p> <p>4. H: Bien, bien, un poco agotador, pero bien</p> <p>5. P: oye, esta sesión de hoy la vamos a hacer porque como el lunes no pudimos terminar nuestras actividades porque hicimos los cuestionarios, no pudimos hacer las ideas que yo tenía en mente. ¿Ya entonces, qué propongo para hoy? La idea es que podamos hacer dos actividades principales. La primera es una actividad que se llama mi ancla de calma, ya que significa esto y porque quiero que lo hagamos, porque la idea es que después de esta actividad podamos ir entendiendo o teniendo como más herramientas o ideas de qué podemos hacer en estos momentos, como de mayor angustia, donde sentimos más ansiedad y viendo si esto no funciona o no. Hay que ir probando ya qué voy a necesitar, igual que la otra vez que hicimos otra actividad. Que tengas alguna hoja lápices para poder escribir</p> <p>6. H: ya, ay, tengo una pura hoja, o sea, tengo una pura hoja</p> <p>7. P: así está bien con una suficiente, sí, ya qué vamos a partir haciendo. Tenemos que darle un nombre a esta ancla, ya la idea es que tú puedas escoger un nombre que puede ser una palabra, una frase. O una imagen en la que tú pienses</p>	

<p>y que te traiga como tranquilidad, fuerza que te transmita esa calma que podríamos estar buscando en estos momentos como de mayor angustia.</p> <p>8. H: Tengo que dibujarlo</p> <p>9. P: no tienes que escribirlo. ¿Está listo, ya que escribiste?</p> <p>10. H: algo así como escuchar el mar o verlo con los ojos ya.</p> <p>11. P: El mar te transmite esa sensación de tranquilidad y tienes como algún recuerdo, alguna playa favorita asociado al mar o eso algún recuerdo que tú sientes que ya te haya marcado en ese lugar y que te transmita esa sensación.</p> <p>12. H: No, pero como que siempre que veía como que igual siento que me llega la brisa Marina, el viento y todo eso. Igual es relajante.</p> <p>13. P: Claro, tú tienes la playa cerca, puedes aprovechar de ir seguido y alguna vez has utilizado ir a la playa, al mar como. Como elemento de distracción, pensando de repente, si algo te hizo sentir un poco mal, tuviste la oportunidad de ir para allá. ¿Lo has hecho?</p> <p>14. H: Sí</p> <p>15. P: y qué haces cuando estás ahí en la playa</p> <p>16. H: Me pongo a escuchar música, me pongo a escuchar música, me pongo a ver el mar</p> <p>17. P: ya y sientes que te funciona.</p> <p>18. H: Sí.</p>	<p>REP</p> <p>EA CE</p>
--	-----------------------------

<p>19. P: ¿Qué tipo de música te gusta escuchar</p>	
<p>20. H: urbana Jairo Vera.</p>	
<p>21. P: Ya ahora que ya pensamos en cuál es como tu ancla de la calma que vendría siendo el mar, el sonido, poder ver la playa, las olas, vamos a pensar en una frase. Que va a ser propia tuya y que vas a utilizar en momentos difíciles. Por ejemplo, cuando siento miedo, tristeza, rabia, enojo, frustración, me acuerdo de que soy más fuerte de lo que creo yo.</p>	
<p>22. H: Cuando me pasa eso, yo siempre pienso en como que o sea, digo que la vida sigue, pero si tengo que pero hay que aceptar. O sea, que la vida sigue, pero que hay que aceptar la realidad. Y eso porque habla como que uno no se va a morir por eso, pero tampoco tiene que reprimirse a sentirlo. No espera si perdón.</p>	<p>CE EEP</p> <p>REP VE</p>
<p>23. P: Oye, esta frase me genera curiosidad. Por ejemplo la semana pasada que sabemos que hubo situaciones de mayor malestar donde estuviste un poco como sintiéndote frustrado por cosas donde estuviste muy angustiado. ¿Pensemos en esta frase por ejemplo, qué situaciones sientes tú que la semana pasada fueron las que te gatillaron más esta angustia que llegaste a sentir?</p>	
<p>24. H: Como que la incertidumbre y la pena incertidumbre. Así que porque era como una situación donde yo no sabía que iba a pasar, entonces me angustia mucho y tuve que entrar. Entonces sí creo que fue eso.</p>	<p>PA PAA</p>
<p>25. P: ¿Hace cuánto tenías esta angustia o de desde cuándo estabas de incertidumbre, de no saber qué va a pasar?</p>	

<p>26. H: el martes</p> <p>27. P: ya y ¿qué pasó el martes? ¿Qué hizo que te apareciera esa angustia a la incertidumbre?</p> <p>28. H: Muy no te la voy a contar la otra semana, la próxima. Cómo que te que te voy a contar para para el otro lunes Porque igual tengo que todavía estoy pensando bien cómo lo iba a hacer.</p> <p>29. P: ¿Estás procesándolo todavía?</p> <p>30. H: Sí, no sé si te lo puedo contar otro lunes.</p> <p>31. P: Sí, claro, ya sí lo podemos conversar mejor el otro lunes, cuando tú te sientas más tranquilo y más cómodo y sientas que lo hayas pensado mejor</p> <p>32. H: ya</p> <p>33. P: Pero por ejemplo, con esta frase sientes que en momentos difíciles logras aceptar la realidad. ¿Pero pensándolo desde ¿qué significaría aceptar la realidad, por ejemplo, para ti?</p> <p>34. H: A veces como que me cuesta, pero siento que es lo que es lo que cuento, que igual me cuesta aceptar la realidad, pero siento que más no sé cuál. Entonces tampoco puedo. Puedo no aceptarla porque voy a tener que vivir siempre con eso.</p> <p>35. P: Ahora yo creo que depende de la realidad que uno esté hablando. Yo creo que hay ciertas cosas o situaciones sobre las que, efectivamente, como tú dices, no podemos hacer nada y vamos a tener que aceptarlas y tener herramientas para poder lidiar con ello. Pero yo creo que también hay</p>	<p>REP PA</p>
---	-------------------

<p>situaciones que vivimos y que de alguna manera podemos tomar para interceder de alguna manera para cambiar un poco esa realidad, para verla desde otra perspectiva. Yo creo que hay situaciones donde sí podemos. Afectar esa realidad. ¿Entonces por eso te preguntaba en el fondo, qué realidades estamos hablando? Porque si es algo que no depende de ti, totalmente de acuerdo con el hecho de que no podemos cambiar esa realidad</p> <p>36. H: era algo que no dependía de mí. Entonces igual era difícil</p> <p>37. P: ya era algo que no dependía de ti y en esto de no hay que reprimir el sentir, sino que debemos aceptar el sentir. ¿Cómo sería ese sentir? ¿Cómo lo vamos a aceptar, cómo lo vivimos? Porque si pasa algo que quizás no me gusta a mí o y tengo pena, tengo que vivirlas, no puedo reprimirlas.</p> <p>38. H: Siento que vivirlo hace que todo sea mucho más fácil.</p> <p>39. P: De acuerdo. ¿Y cómo sientes qué? ¿Qué te llega esa emoción, por ejemplo, como la pena, cómo la Vives, Cómo la Sientes, cómo la vas tramitando?</p> <p>40. H: Me como que se me empieza a meter, la guata. A veces siento frío y como que como que cuando cierro los ojos se me calienta la cara, como que ahí siento que voy a llorar y tampoco lo he visto</p> <p>41. P: y de repente te ha pasado que esta emoción es tan, tan, tan, tan fuerte. Que la estás viviendo, la estás sintiendo, te dan estas ganas de llorar, lloras y aun así como que eso no te calma, incluso en llorar o hacer algo para sentirla, no te calma y como que sientes que tienes que hacer más cosas para que se pueda</p>	<p>SFA</p>
---	------------

<p>calmar esa emoción que estás sintiendo tan fuerte.</p> <p>42. H: No, eso me ha pasado muy pocas veces, una pura a mí me ha pasado, pero no hay eso, no?</p> <p>43. P: ¿Y cómo te pasó esa vez?</p> <p>44. H: Como que se me acumularon muchos sentimientos, como que no era, no podía solo quitarme con pena, sino que con rabia también. Entonces, como que no me acuerdo. Tenía una cuestión porque tenía como rabia, pena, decepción y todo. Ya sentí como que esa tristeza, esa pena que estaba sintiendo, se transformó en rabia porque era muy, muy fuerte</p> <p>45. P: claro. Y esa rabia te llevó de repente a como a pegarle a algo, a como querer desahogarte desde ahí. Y te ayudó después sentir esa rabia</p> <p>46. H: como así sí, me ayudó</p> <p>47. P: te ayudó a calmarte.</p> <p>48. H: Sí.</p> <p>49. P: ¿Y una vez que te lograste calmar cómo sentiste o cómo, cómo viviste el haber sentido esa rabia y haber actuado desde esa rabia?</p> <p>50. H: No lo sentí como algo igual, normal. O sea, no, no es lo ideal, pero sentí que era mejor hacerlo que no hacerlo. Era mejor sufrir y de la rabia a no tenerla y guardármela ya.</p> <p>51. P: ¿Oye, y qué cosas sientes que puedes hacer? La idea de esta ancla en el fondo es que sea como un papel o algo que tú puedas anotar en tu celular, que lo puedas, lo haces en un papel, guardarlo en un no sé en tu billetera, en un lugar</p>	<p>REP CE VE PA</p> <p>PA REP CE</p>
---	--

donde es. O sea, algo que siempre vas a tener en la mano, que tú sabes que siempre va a estar contigo. Por eso habla del celular, puede ser la billetera si siempre la llevas contigo, una mochila donde tú prefieras, pero que sepas que siempre va a estar ahí. ¿Por qué? Porque este ancla va a ser, como dices su nombre, un ancla que nos va a llevar a la calma. Entonces si llega a aparecer un momento o situación. Donde te sientes, te empiezas a sentir muy angustiado por algo que te esté pasando. La idea es que tú puedas recurrir a este ancla ya y que este ancla te sirva como herramienta para que tú puedas, poco a poco ir calmando esa angustia que estás sintiendo ya. ¿Cuál es la idea que recuerdas el semáforo emocional que hicimos hace como dos semanas?

52. H: Sí.

53. P: Ya que tú poco a poco puedas ir reconociendo cuando estamos pasando el color amarillo, el color rojo, cuando hay algo que nos está preocupando, que hay algo que nos está generando malestar, incomodidad y que lo que ya tú sientas eso puedas recurrir a esta ancla sin tener que esperar a llegar como al punto más grande de la crisis, ya es como que por ejemplo, la angustia en un nivel 4. Y cuando ya estamos en nivel 4 nos empezamos a preocupar. Empezamos a encender estas alarmas y decir, voy a parar un momento, voy a hacer pausa porque hay algo que parece que me está molestando. Hay algo que parece que me está generando incomodidad. Entonces voy a recurrir a este ancla que vamos a ir diseñando para calmarme y no tener que llegar a un nivel de angustia 8, 9 o incluso 10, que es lo que. No queremos que nos pase para no tener como esas crisis que

vimos la semana pasada y no llegar como a ese punto. Cierto,

54. H: sí,

55. P: ya. ¿Entonces, qué cosas podemos hacer o qué cosas podemos incluir en este ancla? Cuando estamos sintiendo angustia, por ejemplo, puedo incluir ejercicios de respiración, podemos pensar la respiración lo podemos hacer ahora como si fuese un globo que vamos a inflar ya. Y lo vamos a hacer con tiempos. ¿Qué necesitamos para inflar un globo? Primero respirar nosotros para tener aire y después vamos, claro, para que se pueda inflar el globo. ¿Cierto, ya, entonces qué vamos a hacer? ¿Qué recomiendo yo? Que tú puedas cerrar los ojos, darte concentrarte en ti, en tu respiración e incluso puedes contar para enfocarnos en eso. Entonces vamos a inhalar por la nariz en 5 segundos. Contando cerramos los ojos y contamos 12345. Una vez que inhalaste vas a sostener, no vamos a botar de una que la idea es que tú puedas concentrarte en tu respiración. Entonces vamos a sostener ahí la respiración. Unos segunditos más al menos 4 segundos 1234 y una vez que llegamos a ese cuatro vas a empezar a exhalar por la boca muy de a poco, como en Cámara lenta ya y la idea es que puedes llegar a los 6 segundos aproximadamente exhalando 1 dos y lo haces de a poco y esto lo vamos a hacer al menos 3 veces para que tú puedas como ir de a poco bajando. ¿Eso por qué? ¿Por qué se recomienda mucho la respiración? Esto es para que lo entiendas un poco. Porque como creo que te he explicado una vez nuestro sistema nervioso todo desde la biología, nosotros cuando sentimos angustia nos alteramos. Es porque también hay un proceso interno propio que tiene que ver con lo fisiológico, lo biológico que se

está desencadenando por dentro y que nosotros, desde herramientas como la respiración, podemos ir disminuyendo. Podemos hacer que nuestro sistema nervioso, que está como en un Estado de hiperalerta. Se calme un poco. Entonces esto lo podemos ir repitiendo al menos 3 veces para que ese sistema nervioso vaya como bajando de a poco. Ya entonces ahí en tu ancla, que es el ancla de la calma del mar, que está muy asociado. De hecho, está perfecto porque en las anclas las solemos ver en las playas.

56. H: Primero, primera herramienta, ejercicio de respiración.

57. P: Como un globo contando entre 4 o 5 segundos por parte ya primero inhalamos, luego sostenemos la respiración y luego exhalamos, y la idea es que puedas hacer eso al menos 3 veces segundo luego de que puedas hacer esto de que bajemos un poco estas revoluciones. Vas a pensar en este lugar, en este ancla de la calma que viene siendo en la en la playa. Vas a pensar en alguna playa. Vas a pensar en el mar, vas a intentar escuchar esas olas que nos generan tanta paz a veces y vas a como visualizar esto. También lo puedes hacer cerrando los ojos y es como que enfocas tu mente en esta ancla de la calma. Ya nos vamos a enfocar qué puedes hacer para que eso te ayude. Vas a cerrar los ojos y vas a visualizar una playa que te guste a la que puedas ir. Y vas a visualizar qué ves en esa playa, qué te gusta? ¿Hay personas, estás soleado, ves animalitos, ves mascotas, escuchas música, qué cosas visualizas tú de esa playa y que te transmitan paz, que hay en ese mar, que tú sientes que te genera calma ya o sea, tengo que decirte que no ya qué cosas se te vinieron a la mente?

58. H: Ay, no sé cómo, en la piedra, las piedras. La ola sonido, el mar también y el cielo, el cielo.

59. P: ¿Cómo está ese cielo? Está soleado, está nublado, azul

60. H: azul, sin nubes. Un día como de verano.

61. P: Y después de que podamos visualizar esto, vamos a pensar y a recordarnos esta sensación es intensa, pero sé que puedo atravesarla. Es parecida a lo que tú venías diciendo. La vida sigue, pero hay que aceptar la realidad. Me voy a permitir vivir lo que estoy viviendo, me voy a permitir sentir lo que estoy sintiendo. Sé que es intenso, pero la voy a atravesar porque soy capaz, porque sé que tengo las herramientas, porque puedo hacerlo. Y puedes ponerte a escuchar música. Puedes escuchar música también, sí, eso un rato hacer en el momento como que pensar en eso, escuchar música, otra cosa que puedes llegar a hacer si te sientes cómodo, si te da la, si te da la energía, si te dan las ganas, a lo mejor no en el momento exacto donde te sientes más angustiado, pero sí tiempo después, un par de horas después, cuando ya estés un poco más tranquilo. Otra cosa que sirve mucho de repente es empezar a escribir eso que estaba, que empezó a hacer, que empezó a pasar en ese momento, y eso puede ser algo propio tuyo. No solo tienes que necesariamente mostrar a nadie, pero puedes empezar a escribir sobre eso que de repente te hizo sentir más angustiado. ¿Qué es lo que te está generando esa angustia específicamente? ¿Por qué eso te está generando angustia? ¿Qué significa esa angustia como la estás sintiendo como la viviste en ese momento? Escribir, escribir desde lo que te salga, si son 5

<p>palabras, pues fueron 5 palabras y fue una hoja entera. Fue una hoja, pero a veces escribir ayuda primero para poder entender un poco mejor qué es esa angustia que estaba sintiendo y para poder empezar a darle otra perspectiva</p> <p>62. H: Claro, sí, sí comprendo</p> <p>63. P: por ejemplo, pensando en el ancla. Otro elemento al que podemos recurrir es a lo que tú puedas considerar como un lugar seguro, ya que puede ser un recuerdo lindo, un paisaje. Ya hablamos del del mar, pero algo como más concreto que tú lo piensas y te lleve a eso específico. Como decía, puede ser un recuerdo, puede ser tu pieza, puede ser la sensación de abrazar a alguien que tú quieras abrazar en ese momento. Algo que tú lo visualices y te genere esa sensación de calma. ¿Ya qué podría ser?</p> <p>64. H: No sé, algo que me genere calma. Yo creo que no se, o sea lo mismo que dije recién la playa. Perdón, igual si no hablo mucho, que estoy como meo perdido, estoy como meo, casi dormido.</p> <p>65. P: Tienes sueño</p> <p>66. H: sí.</p> <p>67. P: por eso no hay problema. Puede ser, por ejemplo, claro, pues la playa también puede ser un recuerdo donde te sentiste muy feliz, muy pleno, donde te sentías tranquilo y puede ser también pensar en alguna persona, alguna persona que te que a ti te transmita esa sensación de seguridad, de calma.</p> <p>68. H: Sí, también hago eso a pesar en momentos bueno, momentos felices donde igual me reía. Entonces igual ayuda a calmarme.</p>	<p>REP CE SFA</p> <p>REP</p>
--	--------------------------------------

69. P: Ajá. ¿Y si por ejemplo, pensamos en esto que nos generó la angustia, por ejemplo, un pensamiento o alguna circunstancia que vivimos alguna cosa, por ejemplo? Muchas veces, cuando nos pasan situaciones de angustia, lo que lo que nos pasa, lo que nos ocurre, es que enfocamos este pensamiento o esta situación, algo específico que suele ser visto desde una perspectiva negativa. ¿Entonces, como estamos pensando esto desde una perspectiva negativa, se nos vienen muchos otros pensamientos a la mente que son como asociados a esto que tú decías al principio de la incertidumbre entonces. Hay algo que a mí de repente me está generando esta angustia y como me estoy sintiendo angustiado, empiezo a pensar en otras cosas que me hacen sentir más angustia, como por ejemplo, qué va a pasar sí o por qué esto fue así, o qué pasará sí? ¿O cómo voy a ligar con esto? O empiezo a tener muchos pensamientos, pensamientos que nos empiezan a crear o a determinar ciertas creencias. En qué sentido, en el sentido de que, por ejemplo. Si yo D, un día empiezo a sentir angustia porque estoy practicando un deporte y no me está saliendo algo. Fui a entrenar y ese día que fui a entrenar no me salió un ejercicio que tenía que hacer en la práctica. Entonces empiezo a sentirme angustiada porque no sé si me vaya a salir bien, porque no sé si lo voy a lograr y entonces eso me genera incertidumbre de si en el próximo entrenamiento voy a poder hacerlo y empiezo a tener como muchas otras muchos otros pensamientos, dudo de mí misma me preocupo, y como estos pensamientos se hacen tan recurrentes, yo misma D me termino diciendo o termino creyendo que no lo voy a lograr o que no soy suficiente o que no me va a poder salir bien, ya entonces como que esto que inició como un

pensamiento. Se transformó en una creencia que me termina a mí frenando a de repente poder seguir intentando, porque como ahora pienso y creo que no lo voy a lograr porque no me salió, me desmotivó y dejó de ir a los entrenamientos porque ahora lo que yo creo es que no soy buena y no lo voy a lograr. Ya se entiende lo que quiero decir como que inicio todo con un pensamiento que me generó angustia y ese pensamiento. Fue tan fuerte que se terminó transformando en una creencia.

70. H: Sí, sí, sí, entiendo, si me vas a dar me vas a dar bien. Entiende que me pase más que nada en el colegio cuando a veces cuando entiendo algo y pienso que no, no, no entiendo nada, pero después me pongo a analizar bien y entiendo

71. P: claro, eso quería llegar porque una cosa es que yo viví todas estas emociones, todos estos pensamientos y terminé pensando que en que no lo voy a lograr. Pero qué puedo hacer después de tener esa creencia. Puedo empezar a puedo empezar a ver esa creencia desde otra perspectiva, cierto, puedo empezar a dudar de esa creencia. Puedo empezar a decirme, es cierto que no lo voy a lograr porque pienso que no lo voy a lograr y empiezo a pensar en todas estas cosas que me dijeron que no lo iba a lograr. ¿Digo bueno, porque me pasó esto, esto y esto, y ahí empiezo a preguntarme, es todo esto verdad? O hay cosas que. No son tan ciertas y que puedo como volver a pensar y también lo otro que puedo pensar es bueno. Ya me dije las cosas que me indican o me ingieren, que a lo mejor no lo voy a lograr. ¿Pero qué otras cosas me pueden decir? ¿Cuáles serían lo contrario? ¿Qué cosas me pueden decir que sí lo podría lograr? Bueno, a lo

mejor si sigo entrenando, si me esfuerzo. Si pongo más dedicación, si me preocupo más, si me sigo motivando. Entonces empiezo a pensar en todo esta, en todo este otro lado de pensamientos e ideas que no había visto por mi creencia y que si las empiezo a pensar y a validar y a ver desde esa perspectiva, probablemente la percepción que yo tengo de esta creencia y que tengo de mí misma de no querer lograrlo, de no poder lograrlo. Va a ir cambiando a poco porque ahora estoy pensando que en vez de no lo voy a lograr porque soy mala, empiezo a pensar, puedo lograrlo si sigo intentando, si sigo entrenando ya, entonces qué pasa cuando tenemos una creencia o un pensamiento que nos está generando angustia. Lo que podemos hacer es aceptar que esto que estoy pensando es válido. Me está preocupando por algo, me está preocupando. Porque es algo que me importa, porque es algo que me genera emociones. Cuando hay algo que nos preocupa es porque ese algo nos importa y nos genera preocupación, porque si no nos importara no lo tocaríamos y no nos preocupara. Entonces o que me estoy sintiendo angustiado porque esto me preocupa, está bien, pero por qué me preocupa por esto estoy otro, Ah, ya, pero es tan así como pienso como estoy pensando. O hay otra manera, de repente, de ver eso que me está preocupando ya. Entonces eso es un ejercicio que también puedo hacer. Incluso cuando te si en algún momento decides escribir algo, puedes ponerte a preguntarte esto. Esto lo puedes hacer cuando estés un poco más tranquilo, no cuando estés en el 100 con la angustia, sino de repente, después de que hayamos bajado un poco eso, sentarte a conversar contigo mismo y decirte. Esto que estoy sintiendo es tan así o de

<p>repente hay otra mirada que no estoy viendo, hay otro lado que no estoy viendo y empezar a darle una vuelta, como ir replanteándote y dudando de ese pensamiento. A lo mejor hay otra mirada que no hemos visto.</p> <p>72. H: Ya comprendo</p> <p>73. P: Te ha pasado eso que de repente ha habido algún pensamiento que tú creías como muy, muy cierto y después lograste verlo desde otra perspectiva, de otra manera.</p> <p>74. H: Sí, sí, me pasa seguido, sobre todo con lo del gimnasio. Me pasa muy seguido con que hay gente que no puedo hacer los ejercicio con más peso, cosas así como que como que casi lo aseguro, y después lo intento hacer con más peso y me sale súper bien</p> <p>75. P: claro, viste y qué te hace decir o a intentar hacerlo con más peso?</p> <p>76. H: La motivación como que igual me motiva entrenar con más peso y eso</p> <p>77. P: tú mismo estabas diciendo como bueno pucha lo voy a intentar, a lo mejor no me sale, pero lo voy a intentar. Sé que lo puedo lograr.</p> <p>78. H: Claro, sí, eso mismo</p> <p>79. P: ya bueno, todas estas cositas que hemos estado diciendo esto de respirar, de buscar y pensar en tu ancla de recordarte estas frases que hemos dicho son cosas que tú puedes anotar en tu ancla del mar y tenerla ahí como un papel secreto que vamos a sacar en estos momentos donde estamos empezando a sentirnos angustiados y vamos a recurrir a ella y vamos a pensar y vamos a hacer todo esto que anotamos ahí ya cómo vamos a hacer</p>	<p>CE</p>
--	-----------

esto? Vas a tener que llevar esta tarjeta contigo, en tu celular, en tu mochila, en tu agenda y vas a usarla cuando sientas que tu alarma emocional se está encendiendo. Esto que decíamos la semana pasada, la semana pasada, no el lunes de que de repente estamos empezando a sentir una emoción muy, muy fuerte. Cuando estamos empezando a notar eso, vamos a recurrir a ella, la vamos a leer, vamos a respirar 1 al menos 3 veces. Vamos a imaginar en este ancla que es el mar, la playa, estas esto cómo la visualizamos el cielo y vamos a pensar en ese lugar seguro también hasta que nos empecemos a sentir un poco más tranquilos. Tienes que recordar. Que no porque lo intentemos una vez o no, porque empecemos ya a pensar en ese lugar. Seguro quiere decir que ya en el momento exacto nos vamos a dejar de sentir angustiados. Es algo que requiere tiempo, que requiere volver a intentar que requiera a lo mejor de hacer varios ejercicios, porque es hay que entender que esta emoción la estamos sintiendo muy fuerte y por eso nos estamos sintiendo tan angustiados entonces. Como la emoción está tan fuerte, probablemente no con respirar una vez y no con y visualizar mí, mi ancla o mi lugar seguro. Una vez nos vamos a calmar, a lo mejor vamos a necesitar hacerlo varias veces. A lo mejor también vas a necesitar escuchar música, a lo mejor vas a necesitar salir a caminar, darte un tiempo para ti solo, pero ir haciendo cosas para que esa angustia vaya disminuyendo.

80. H: Claro, sí, sí, eso lo pongo ahora. Cuando trato de hacer cosas o escuchar música, ver ropa, salir, ver videos, jugar.

81. P: Exacto. ¿Y qué vamos a hacer ahora? Puede que no terminemos, pero esto lo podemos empezar a pensar para que tú

CE
SVSV

<p>lo tengas. Se ve sí, ya esto es como un plan de seguridad para ti ya.</p> <p>82. H: Ok</p> <p>83. P: ¿para qué es este plan? Es para cuando empieces a sentir ideas angustiantes, ya estás. Muchas veces aparecen cuando nos sentimos tristes, con pena por algo que nos está sucediendo y no sabemos cómo lidiar o resolver esa situación o cómo abordar y vivir esa emoción que estamos sintiendo. Entonces, cuando contamos con un plan de seguridad como este, puede que podamos recurrir a otras herramientas para sentirnos un poco más tranquilos ya. Y que nos puede servir para saber qué hacer en esos momentos difíciles. Entonces la idea es que lo podamos ir completando, por ejemplo. Pregunta 1, cuáles son las señales de alerta que me muestran a TI, H, que no estás bien? Pueden ser pensamientos, imágenes, estado de ánimo, situaciones, comportamiento que te ocurran y que tú y que tú empiezas a sentir como esta alerta de que no estás bien en ese momento.</p> <p>84. H: Que se me suena de la Guata, me duele, empiece a sentir frío, que esté abrigado y empiece a doler la cabeza, frío, dolor de cabeza.</p> <p>85. P: Pueden ser pensamientos. ¿También te aparecen algún tipo de pensamiento?</p> <p>86. H: No, no</p> <p>87. P: ya es como netamente síntomas físicos los que logras dar cuenta ahora. Y tú estado de ánimo, por ejemplo, se mantiene igual.</p> <p>88. H: Un poco me cuesta más tener energía.</p>	<p>SFA</p> <p>SFA</p>
---	-----------------------

<p>89. P: Ya empiezas a visualizar a lo mejor situaciones como asociadas a la incertidumbre, ya como ansiedad por la incertidumbre.</p> <p>90. H: si</p> <p>91. P: ¿Qué quiere decir esto? Que de repente empiezan a aparecer más pensamientos. Cierto, empiezas como a pensar más cosas sobre esto que te está generando en la preocupación. ¿Ya entonces, qué podemos pensar? Que cuando o algo que tú puedes ver es que cuando empiezan a aparecer pensamientos más seguidos, probablemente es porque hay algo que me está empezando a generar angustia. ¿Entonces ahí ya hay que levantar las alertas, cierto?</p> <p>92. H: Sí,</p> <p>93. P: ahí el semáforo ya no estamos en verde, estamos a lo mejor en amarillo</p> <p>94. H: sí eso mismo.</p> <p>95. P: Ya qué cosas puedo hacer para calmarme, Distraerme. Pueden ser técnicas de relajación, actividad física, etcétera. Escuchar música</p> <p>96. H: yo creo como lo principal que hago es escuchar música</p> <p>97. P: de repente puedes ir a ir al gimnasio también.</p> <p>98. H: Sí, eso mismo, escuchar música o hacer deporte.</p> <p>99. P: Estar solo te sirve o darte un tiempo. Salir a caminar.</p>	<p>EA</p> <p>EA</p> <p>REP EA</p>
---	---------------------------------------

<p>100. H: De repente me relaja, pero no sé si me calmo o me distrae ya distracción ya.</p>	
<p>101. P: Y podríamos incluir el ejercicio de respiración que aprendimos hoy y después vamos a ir aprendiendo más cierto</p>	
<p>102. H: ya, sí</p>	
<p>103. P: ¿qué cosas positivas puedo recordar en estos momentos? Pueden ser personas, actividades, amistades, la propia salud, tu comunidad, etcétera. ¿Qué cosas positivas se te podrían llegar a venir a la mente?</p>	<p>SVSV IAF</p>
<p>104. H: Me acuerdo momentos buenos y con esto. Sí, recuerdo momentos buenos y a la gente que tengo a mi lado, que nunca me ha faltado. Esta gente es como tu familia, tus amigos más cercanos.</p>	
<p>105. P: ya ¿cómo puedo hacer de mi entorno más seguro, cosas que me hacen daño.</p>	
<p>106. H: ¿Qué significa esto?</p>	
<p>107. P: Hacer de mi entorno más seguro es empezar a pensar. Y a darle una vuelta a las cosas que me puedan estar, generando daño a las cosas que puedo atraer para sentir más seguridad.</p>	
<p>108. H: Yo lo que estoy diciendo para tener mientras lo más seguro es con esto, enfocarme más en mí y tener mi círculo más más cerrado. O sea, confiar en poca gente igual. O sea tener muchos conocidos, pero pocos amigos. No sé si me entiendes como menos gente en la que confiar, claro.</p>	<p>AYA EP</p>
<p>109. P: claro si, ¿Y qué cosas sientes que de repente están presentes hoy en</p>	

día en tu entorno y que pueden estar haciéndote daño y que tienes que alejar ahora mismo?

110. H: O sea, ya me alejé, pero era una cosa con esta niña, pero ya no hay.

111. P: ¿ya sientes que eso es lo que te estaba generando más malestar? Sí, y tomaste la decisión de alejarte

112. H: claro.

113. P: Ya y a lo mejor qué cosa Sientes que puedes atraer para sentir como más seguridad? Comenzó a traer cosas que a lo mejor tú sientes que si empezaran a formar parte de tu entorno te darían más seguridad. ¿Sentirías más tranquilidad?

114. H: Yo no sé la verdad, la verdad no sé, eso sí que no, como que no siento. O sea, yo sé que se cuesta más seguro, pero no sé ahora mismo.

115. P: Ya ves, eso es algo que te que le puedes dar una vuelta ahora ya. ¿Y qué personas cercanas sientes tú? El que puedes confiar y pedir ayuda cuando lo llegaras a necesitar

116. H: en mi familia y en mi amigo cercano ya.

117. P: Ya esto después lo ya vamos a terminar por hoy porque se nos va a acabar la sesión, pero esto lo vamos a terminar de rellenar el lunes y después yo te lo voy a enviar y esto va a ser como parte de tu ancla, ya lo vas a tener ahí presente para recurrir cuando te estés sintiendo más nervioso ya o más angustiado

118. H: ya me parece

119. P: ya, así que estamos listos por hoy para que ya puedas descansar y nos vemos el próximo lunes	
--	--

5.3. Transcripción tercera sesión psicodiagnóstico:

Tercera entrevista psicodiagnóstico	
Fecha: 05-05-2025	
Hora de inicio: 17:00	Hora de termino: 17:45
<p>1. P: Hola H, ¿Cómo estás todo bien? ¿Cómo ha estado el inicio de semana?</p> <p>2. H: Bien, bien, bueno.</p> <p>3. P: Ya oye cómo te quedaste en la sesión de la semana pasada? Bueno, tuvimos dos, pero la idea de esas dos sesiones era cómo ir complementando lo que no alcanzamos el lunes y lo que terminamos de ver el miércoles. ¿Cómo te quedaste? ¿Qué pensaste?</p> <p>4. H: Nada como nada a mano.</p> <p>5. P: Ya y por ejemplo de estas herramientas que conversamos de Del ancla, de que tú puedas como tener eso ahí a la mano y utilizarlo de repente cuando te empiezas a sentir más angustiado, cuando aparezcan estas emociones fuertes o como este plan de seguridad donde podrías recurrir a ciertas personas, como ir identificando estas emociones que de repente activan esta alarma de la que conversamos y que nos hacen dar cuenta de que hay algo que se está sintiendo más fuerte dentro de nosotros.</p> <p>6. H: Sí, sí, sí me di cuenta, pero yo creo que por suerte no la tendría que usar esta semana porque igual ha sido una semana buena, claro.</p> <p>7. P: Cuando conversamos de esta semana es como bien puntual, porque podríamos pensar que hoy es lunes.</p> <p>8. H: Recién me refiero desde el miércoles pasado, a esta hora.</p>	CE

<p>9. P: Ya oye, y por ejemplo, Podrías contarme algún momento de las últimas semanas pensando desde cuando no nos vimos de la semana antepasada que viviste situaciones un poco más intensas o con más angustia? ¿Podrías contarme un momento en el que tú sentiste? O lograste identificar estas situaciones o emociones más intensas? Pues algo grande, pequeño, pero que tú hayas podido dar cuenta de que a lo mejor estabas sintiendo algo como bien fuerte o intenso en ese momento.</p>	
<p>10. H: Sí, sí, sí, sí, estuve toda esa semana sabiendo que sentía pena y como angustia, como que siempre supe que era eso. La semana antepasada, sí.</p>	<p>CE VE</p>
<p>11. P: Y a que asociabas esta pena. Hay angustia, por ejemplo, a que la asociabas, porque si tú lograbas dar cuenta de que eso era lo que estabas sintiendo mayoritariamente, porque dijiste que siempre supiste que era eso, que sabías que estabas sintiendo angustia, que sabías que estabas sintiendo pena, a que la asociabas de repente.</p>	
<p>12. H: Fueron muchas cosas. Pero pues más que nada, como la incertidumbre, no sé cómo. Como algo inexacto, inexacto.</p>	<p>PA PAA</p>
<p>13. P: ¿A qué te refieres con inexacto?</p>	
<p>14. H: Algo que no sé qué va a pasar exactamente como que pues el que sí puede ser que no, no sé, quizá ya.</p>	<p>PA PAA</p>
<p>15. P: Es como lo mismo que decías, de incertidumbre y esto puede estar de repente relacionado con lo que me decías la semana pasada de esta amiga con la que habías como que tenido alguna relación y estaban viendo si retomaban o no.</p>	

<p>16. H: Sí era por eso, era como que por eso me gusta mucho, porque como que a mí me afectaba mucho y ya no, entonces como que y como que no respondía por horas y como que igual me gustaba, eso entonces. Después no, no, pero creo que soy mejor porque sí, porque a veces hay que pasar el dolor con dolor y dos cosas negativas se juntan, sale positivo. Entonces siento que igual me ayudó eso para salir adelante. Por más que haya sido doloroso en el momento, se siente que igual me ayudó.</p> <p>17. P: ¿Te ayudó a sentir el dolor?</p> <p>18. H: Claro, sí, eso mismo.</p> <p>19. P: Qué sientes, que es lo que más te de repente te hacía sentir esta dolor porque dijiste algunas cosas que, por ejemplo, a ella no le afectaba tanto, que no te contestaba por horas.</p> <p>20. H: Eso más que nada como que la veía tan tranquila, normal, feliz y a mí me afectaba un montón. Entonces como que como que era no igual, pero como que eso igual me hizo darme cuenta de que no era lo que yo merecía.</p> <p>21. P: ¿Qué te hizo dar cuenta exactamente de eso?</p> <p>22. H: Es que fue el viernes cuando hablamos como de no sé, ella tenía que decirme entonces como que ella me dijo que no quería estar conmigo porque estaba saliendo a fiestas y cosas así y como que ahí yo le dije, pero una cosa es seguir de fiesta y otra cosa es tener pareja, tú puedes tener que hacer las dos. Y dijo, sí, pero es que. Como que me sería infiel o algo así, como que eso me decepcionó un montón. Entonces como que ella bajó un montón, o sea, yo la tenía en una nube, entonces como</p>	<p>REP DRE</p> <p>CE</p>
---	------------------------------

<p>que se bajó un montón sola. Entonces igual cuando una persona te decepciona siento que es más fácil dejarla atrás, pero claro, fue súper doloroso en ese momento. Fue como, Prefería 1000 hombres que no la querían antes Pues no, que la querían, entonces como qué, pero ya como que los primeros 2 días fue doloroso. Después, después ya me acordaba de eso, no como que me da igual, o sea, igual el cariño siempre va a estar, pero como que no es la misma persona que yo creía. Entonces igual me hizo darme cuenta de que no era lo que yo merecía, porque yo merezco alguien que me entregue lo que yo entrego, yo ya no lo hacía el que no va de más.</p> <p>23. P: claro, es super válido que te haya dolido, que te hayas sentido mal por eso, porque como bien dices, hay un cariño de por medio. Había ciertas expectativas de quién era esta persona, de lo que podían tener y sentir que esta persona a quien le tienes mucho cariño, aprecio, te decepciona, nos genera dolor y está bien sentirse así.</p> <p>24. H: Y no digo que no sea válido, pero como que o sea totalmente válido lo que dijo ella, pero como que igual es raro, como que poca gente elegiría algo así, como que igual ya le preguntó a mis amigas que preferían y como que todas decían que preferían alguien que era que era antes que 1000 personas que no las quieran. Pero claro, es válido, totalmente válido, solo que fue como muy decepcionante. Yo le conté a una amiga como que bueno, entonces dijo que si a ella le decían eso no sé, o que le hubiera dado mucha pena, le hubiese dado mucha pena que le hubiesen dicho algo como lo que esta niña te dijo a ti.</p> <p>25. P: Claro</p>	<p>CE VE PA</p>
--	-------------------------

<p>26. H: sí, a mi igual me dio pena, pero siento que me decepcionó. Entonces después de la pena se fue como igual me puse pensar en que yo estaba bien, como que estaba bien y que no podía estar mal con alguien que no me quiera, yo no quiero eso. Y como que dije cada día estoy mejorando más, entonces no puedo entrar por eso y así está, o sea, igual, a veces cuando vas, cuando vas a hacer camino, igual me quedo como medio puesto, medio mudo, pero como que sin saber qué hacer, pero no me pasa lo mismo de antes que me da pena y eso no, pues igual, claro, porque estamos ni mal dice. Pero claro, eso no he dado que a comparación de antes no como que no me congeló solo, solamente como que me pongo nervioso, no más, pero no. Pero claro, siento que igual la decepción ayudó a dejar eso atrás, que igual, a veces siento que hay que para para ganar hay que sufrir, o sea para ganar la guerra y que hay que perder igual y recibir daño.</p>	<p>VE CE REP PA SVSV AYA</p> <p>AYA REP PA</p>
<p>27. P: Y que sientes que en el fondo sacas de esto vivido porque haces referencia como de para ganar la guerra hay que sufrir daño en el fondo, que sería como ganar la guerra, que sientes que te quedas, que sientes que te que te llevó esta decepción a como a significar o a interpretar esto.</p>	
<p>28. H: Si uno no sufre daño y siempre se queda con una buena expectativa de la persona, siento que nunca se la va a saber de la mente como me pasó a mí entonces. Después, cuando uno recibe daños y le hacen algo que no le gusta, es más fácil porque como que uno no tiene la misma visión de la persona y no de la como que uno siente que la persona bajó.</p>	<p>CE DRE</p> <p>REP VE AYA</p>
<p>29. P: ¿bajó de estar en la nube a estar en tierra?</p>	

<p>30. H: Claro.</p> <p>31. P: en el fondo como que. La tenías en cierta posición o como que había ciertas expectativas y por lo que ocurrió. Y el como ella o la decisión que decidió tomar ya no está ahí ahora para ti fue como difícil de repente entender que ella decidiera esto, incluso por lo que conversaste con tus otras amigas.</p> <p>32. H: claro, sí, es que valido, pero fue como difícil de entender. Se me hace difícil de entender porque como que. Como que igual compartía videos de que quería cosas así como que o sea, me hacía difícil entender, como que me confundía, pero estaba válido, aunque fuera su versión. Fome igual porque yo nunca habría elegido algo así. Pero claro, no todos como uno quieren.</p> <p>33. P: oye, y ¿cuánto tiempo sientes que estuviste? Porque podríamos decir que la semana antepasada fue cuando se vivió más fuerte esta situación, pero. Habían estado ya como en esta incertidumbre, de qué iban a hacer, si iban a ser pareja o no desde hace mucho tiempo. ¿Cómo fue esta historia entre ustedes?</p> <p>34. H: No fue porque o sea, y es que como habíamos dejado de hablar hace rato y como que de la nada me habló y me dijo que como que igual me extrañaba y que me queráis y como que me amaba y cosas así como que como que nadie había tratado como yo o cosas así como que. Y después como que vamos a hablar en persona y como que igual fue de penca, pero no pasa nada,</p> <p>35. P: ya entonces ella te buscó. Después de mucho tiempo en que ustedes ya no habían hablado, te dijo esto,</p>	<p>VE CE</p>
---	------------------

<p>36. H: yo le dije a las personas, ya me dijo como que le encantaría estar conmigo, pero que no le daría la seguridad a toda la seguridad del mundo. Y yo pensé que se refería a que yo me voy a sentir inseguro por porque ella fuera a. A fiestas como que yo tenía esa cosa en la mente. Entonces cuando hablamos yo le, yo le dije, pero claro, yo no voy a estar con alguien, si no, no tengo confianza. Yo si tú vas a carretiar a fiestas y tengo que confiar en TI entonces y ahí alguien me dijo que no era por eso y era que no me iba a ser fiel, como como que me iba a ser infiel. Entonces como que fue algo totalmente distinto de lo que yo pensaba, como que al darse yo pensé lo de la inseguridad que era. Más que por mí, que por ella. Después me cuenta que era por ella que ella quería. Prefería un momento. Sigo con otra persona, ya como que quería estar contigo, pero a la vez prefería estar con otras personas momentáneamente, así como en una pura noche</p> <p>37. P: ya, y eso no era tramitable para ti no era algo a lo que tú estabas dispuesto?</p> <p>38. H: Claro, no, no era algo, no era algo que yo merezco, ni yo ni nadie. O sea, igual lo pasé bien, o sea, me refiero, pasé bien esa esa situación porque yo siento que si hubiera sido al revés o si hay alguna vez un hombre que le gusta le haya dicho eso, ya hubiera quedado peor. O cualquier persona, por ejemplo, mi amiga, me hubieran dicho que ya hubiera quedado peor que yo, que decían que era algo como muy duro de procesar, como que era complicado ver como la persona que uno quería prefería a 1000 personas que no la querían antes que uno que la quiere.</p> <p>39. P: Y por ejemplo, ¿cómo sientes que lograste sobrellevar esto? Y para llegar</p>	<p>AYA CE EP MSA REP</p>
---	--

<p>a poder decir, siento que lo llevé mucho mejor, que lo hubiesen hecho otras personas que me han dicho que hubiesen quedado peor.</p>	
<p>40. H: Es que yo ya mejor, porque pensé más en mí. Pensé en valorarme y como que me dije que no soy mala persona, no soy feo, no, no, no soy alguien que no tenga futuro, entonces como que dije. Para qué voy a querer algo más si no, si estoy bien así solo como que decía, tengo más como que hace mucho tiempo y dije que estoy con alguien. Me va a robar la calma y no es lo que quizás no es lo que quiero. Quizás no es lo que quiero buscar si llega y llega, pero no voy a andar buscando. Entonces dije, como que estoy, estoy bien solo, como que no me hace falta una compañía de aquí más porque o sea igual sería algo lindo y bacán, pero como que no, no es que yo necesite de alguien más para poder estar feliz. Entonces yo dije entonces como que ahí dije, me voy a estar así por alguien que no me quiere o que no me quiere, lo mismo que yo la quiera yo. Y dije eso y como que ahí cada vez que me pasa. He pensado en mí entonces no, no la he pensado muy. O sea, igual siempre está ese sentimiento como de humillación, rechazo y esas cosas, pero no es tan fuerte como antes. No me genera pena, como estos sentimientos de humillación, rechazo aparecen como cuando la otra persona, por ejemplo, emite esas opiniones, esos juicios. como de repente aparecen pensamientos de. ¿De por qué hace esto conmigo o de por qué lo ve así? Si yo soy esto, esto a lo mejor te hace sentir un poquito menos en ese momento. Pero es que igual no sé cómo qué y después tome en cuenta todo lo que la primera vez que me decían mis amigos, como que todos me decían que ella me llamaba y que yo era mucho para ella. O sea, no lo físico, sino</p>	<p>EA AYA MSA REP EP CE PA PAA</p> <p>AYA MSA VE DRE</p> <p>IAF</p>

<p>lo psicológico, como que. Decían que yo era alguien bueno y ella quizás era buena, pero no tan bueno como yo. Y ahí me gusta pensar que quizá era verdad, pues que por algo todos lo decían entonces y dije, si son mis amigos, no creo que me estén mintiendo. Entonces dije eso, que eso con que me empezó a valorar más a mí mismo y me di cuenta de que no vale la pena estar así por alguien.</p>	<p>CE IAF CE</p>
<p>41. P: Podríamos decir que empezaste a ver la perspectiva, todo esto que ocurrió desde el otro, desde no solo como desde la posición tuya, como alguien que le tenía cariño a esta persona, sino de repente, desde la responsabilidad que también puede tener la otra persona de haber decidido no querer una relación, podríamos decir que no estaba dispuesta a ser 100% fiel, sino que quería como abrirse estas otras, como experiencias de tener, como encuentros con otras personas. Y en el fondo Logras dar cuenta de que eso es responsabilidad y decisión de la otra persona y que no tiene nada que ver contigo, porque tú estás como seguro de lo que quieres, de lo que mereces, y eso no es lo que tú quieres y mereces eso mismo.</p>	
<p>42. H: Sí, creo que disté justo al rojo, porque claro, no era algo que yo quería ni algo con esto, que claro, eso ya es cosa de ella, no, no es cosa mía, yo ya di todo lo que tenía que dar entonces, como que ahí me planteé y dije eso, esto no es problema mío, también como que es problema de ella. Entonces dije eso dije, yo siempre voy a ser claro, nunca voy a ser así, entonces eso igual encuentro que las decepciones a uno lo hacen más fuerte</p>	<p>CE VE REP EA AYA MSA</p>
<p>43. P: entonces pero pensando en estas decepciones y en estas situaciones que</p>	

<p>vivimos, que logramos afrontar, que tú sientes que pudiste llevar de buena manera, que a lo mejor no te hizo tanto daño o no lo o no te hizo sentir tan mal como te dijeron tus amigos. Pero igual de igual manera hubo cierto malestar, hubo angustia, hubo decepción. Cómo piensas que, por ejemplo, para nuevas situaciones donde pudiese darse la oportunidad de conocer a una nueva chica, otra persona y vivir algo desde lo amoroso. ¿Cómo sientes que lo afrontarías que lo llevarías? Existiría como algún temor o miedo esto que hemos hablado en ocasiones anteriores, que decías como este, miedo a confiar en las personas por situaciones que has vivido, sientes que podría pasar eso, como tener miedo a confiar en la otra persona por las cosas que ya te han pasado.</p> <p>44. H: Es que antes yo decía y me pongo pues a reflexionar y me di cuenta de que yo quizás no, no estoy buscando conocer a alguien, entonces como que no puedo decir con certeza, pero si yo conozco a alguien igual sería distinto porque debo tener claro que no todas las personas son iguales. Entonces quizá yo tuve mala suerte y por ejemplo yo poder conocí a 100 personas, las 100 me fallaron o conocí a 100 personas y las 100 sí me cumplieron. O sea, creo que todo es relativo entonces. No debería ser. Siento que ahora haciendo a lo mejor no debería cerrarme, a confiar en alguien solo porque personas me hayan fallado, porque las personas van y vienen. Entonces quizás me tocaron personas malas y no tocaron personas buenas.</p> <p>45. P: Me gusta ese pensamiento. ¿Qué te llevó a pensar eso en como decir Quizás no debería frenarme tanto a confiar en alguien porque no todas las personas son iguales?</p>	<p>CE VE MSA AYA AC</p> <p>PC</p>
---	---

<p>46. H: No porque o sea, es que antes pensaba eso, pero después dije que igual los miedos son parte de uno, pero una cosa son los miedos y otra cosa es la persona, la otra persona. Mis miedo no tiene nada que ver con la con la otra persona. Entonces si uno confía en la otra persona y le cuenta como lo que le pasa. Si la persona está dispuesta, va a hacer lo posible para que no se sienta mal uno.</p> <p>47. P: claro. Pensando en eso, podríamos entonces decir que como nuestros miedos son parte de nosotros y no tienen nada que ver con la otra persona, somos nosotros mismos quienes tenemos que ir lidiando con esos miedos, ir afrontándolos y tomándolos para que no nos limiten de repente a vivir otras experiencias.</p> <p>48. H: Claro.</p> <p>49. P: Esto puede tener que ver con el hecho de que, por ejemplo, has podido como ir solventando o conversando con, por ejemplo, compañeros del Colegio con quienes no te estabas llevando tan bien el año pasado.</p> <p>50. H: Y siento que igual eso me ha alegrado un montón. Como que bueno, siento que me da mucha felicidad eso, o sea, quizás no el hecho de que, el hecho de no llevarme mal con nadie entonces me da felicidad. Y claro, como que igual es parte de equivocarse, como que yo me di cuenta de que las personas se equivocan, yo también. Yo siento que cometí muchos errores, voy a cometer más entonces que las personas igual se pueden equivocar y pueden cambiar y que claro, no todos van a ser iguales.</p> <p>51. P: Es así. Oye, pensando en lo que hemos conversado, me gustaría que</p>	<p>PC AC AYA CE</p> <p>CE REP AYA RSE</p>
---	---

<p>pudiéramos hacer como una especie de actividad ya en donde vamos a hacer como una especie de mapa. Ya esto es como igual, bien subjetivo. No es como un mapa literal que vamos a dibujar ya, pero esto nos permite. Como ir viendo de repente la relación que puede haber entre nuestras emociones, las situaciones que de repente pueden provocarlas. Y para eso es este mapa ya, porque nos va como a ayudar a entender qué cosas nos hacen sentir de cierta manera. Que cosas son cosas que ya hemos conversado de alguna manera ya, pero las podemos hacer como un poco más tangibles ahora, tangibles en el sentido que las podemos ir como. Llevando a lo concreto como algo más específico. Ya entonces podemos pensar en de repente situaciones vividas, la emoción que esa situación nos produce ya el pensamiento y después la reacción. ¿Por qué? Porque cuando nosotros vivimos una situación, como por ejemplo lo que viviste el año pasado en el Colegio. Eso nos lleva a sentir diversas emociones, como por ejemplo, ansiedad, cierto o angustia o pena, tristeza o rabia no, o infinitas emociones. Ya. Entonces, a partir de una situación que nosotros vivimos, sea cual sea, vamos a sentir una emoción. Ya esta situación y esta emoción nos va a llevar a pensar de repente diferentes cosas. Como por ejemplo, Tuve un mal día en el entrenamiento, a lo mejor me voy a sentir frustrada o con pena, y entonces mi pensamiento es que al día siguiente no quiero ir ya y eso me va a gatillar una reacción o una conducta o un comportamiento si queremos decir ya entonces. Para que quede como más específico, nosotros vivimos una situación. Esa situación nos lleva a sentir una emoción que después nos genera un pensamiento y eso nos genera finalmente y nos hace tener alguna especie de comportamiento o de</p>	
--	--

<p>conducta. Ya entonces me gustaría que la actividad o este mapa que vamos a hacer, que yo te voy a compartir un Word que lo podemos ir haciendo nosotros de cero, es que vayamos pensando en situaciones. Y a partir de ahí, ir construyendo este mapa pensando en qué emoción nos produce esa situación, qué pensamiento y qué conducta o comportamiento. Ya entonces esto lo vamos a ir construyendo en conjunto. Ya yo te puedo ir proponiendo situaciones, por ejemplo, o si a ti se te ocurre una y de ahí vamos a ir como desarrollando la emoción, la acción y el pensamiento. Te tinca</p> <p>52. H: Ya, sí.</p> <p>53. P: Ya entonces voy a crear un Word aquí en mi pantalla, ya ahí la vez, cierto?</p> <p>54. H: Sí bien</p> <p>55. P: entonces esto es nuestro documento de mapa emocional, ya entonces vamos a pensar, por ejemplo, en alguna situación, como por ejemplo presentar una prueba o evaluación en el colegio o en tu caso en El Liceo. Eso sería como la situación. Entonces, si pensamos en esa situación, qué emoción piensas tú que te produce esa situación el tener que presentar una prueba en El Liceo con esto.</p> <p>56. H: Ansiedad, pero por saber cómo me va a ir, como no me siento, no me siento nervioso ni angustiado porque confío. Confío en mí por qué. Porque sí, porque ver la atención en casa. Entonces siento que si yo no confío en mí, me va a ir peor</p> <p>57. P: ya eso podría ser como como el pensamiento.</p>	<p>PA PAA AC SS</p>
--	---------------------------------

<p>58. H: que claro es que siento que yo voy a si voy a la prueba pensando que me voy a sacar un cuatro, mi expectativa quizás no supera eso. Entonces claro, quizás no va a ir también por eso, pero si yo voy pensando que voy a sacar un 7 y digo esto y me va bien, es por eso como que tengo la expectativa alta entonces y saber que me va a ir bien, o sea pensar y confiar en uno, yo voy a ejemplo, me pasa en la prueba de estadística, en una prueba de estadística y digo me voy a sacar un 7, me saco un 7, oye, me saco un 7. Entonces como que dije esto, yo creo que fue por la porque la cual estaba difícil, como que igual había cosas que no sabía muy bien. Y dije, esto fue porque me tuve confianza, porque si yo hubiera ido y me hubiera dicho que me hubiera sacado un cuatro, no hubiera no hubiera sacado un 7 y estoy seguro ya.</p>	<p>CE SS AC</p> <p>AC AYA MSA RSE</p>
<p>59. P: Y cómo describirías ese pensamiento, por ejemplo, como el sentir que cuando tienes confianza en ti mismo te va a ir bien. Te va a dar sietes y no un cuatro porque fuiste con la confianza de que te iba a ir bien. ¿Cómo describirías ese pensamiento?</p>	
<p>60. H: Cómo confiar en uno mismo para y pretender que vaya bien.</p>	<p>AC</p>
<p>61. P: ya entonces podríamos decir que el pensamiento es, me tengo que tener confianza, en mí mismo porque sé que me va a ir bien pensando en eso. ¿Qué comportamientos sientes tú que llevas a cabo a partir de eso que a lo mejor te lleva a sentir confianza en ti mismo?</p>	
<p>62. H: La seguridad yo creo y como que el conocimiento, conocimiento y memoria</p>	
<p>63. P: ya y este conocimiento, ¿Cómo se obtiene?</p>	

64. H: Estudiando, prestando atención en clase.

65. P: Ya entonces cuando sabemos que se nos viene una prueba mi comportamiento o podríamos decir mi emoción, es que me aparece esta ansiedad asociada a cómo me va a ir esperando que me vaya bien, cierto? Y luego aparece el pensamiento de, sé que si tengo confianza en mí mismo me va a ir bien entonces. Empiezo como a pensar de repente en positivo, asociar como la confianza que me va a ir bien y entiendo que como yo estoy pensando que si tengo confianza en mí mismo me va a ir bien. Entiendo que para poder tener confianza en mí mismo tengo que por ejemplo, estudiar, prestar atención, prepararme, tener los conocimientos, porque eso es lo que me da seguridad. Ya entonces ves eso. Es así como construimos un primer mapa emocional asociado a una situación específica, ya como a presentar pruebas en El Liceo. Ya entonces ahí podríamos dar cuenta de que cuando hay situaciones similares a estas, como tener que presentar una prueba de repente, tener que presentar algo frente a tus compañeros en clase, podríamos decir que la emoción, el pensamiento, el comportamiento asociado a estos suelen ser similares. No quiere decir que siempre vayan a ser iguales, pero esto es como lo que de repente puede ocurrir. Es como el mapa emocional de, por ejemplo, El Liceo asociado a lo más académico. Ya entonces, por ejemplo, si pensamos después en otra situación, como discutir con tu mamá, por ejemplo, vamos a poner aquí con tu mamá o con alguien de la casa, o con tu papá o con tu hermano, discutir con mi familia bien, qué emoción sientes que aparecería en esa situación?

<p>66. H: Angustia y pena. Yo creo ya angustia y pena por el haber discutido.</p>	<p>CE PA</p>
<p>67. P: ¿que sientes que pensarías a partir de eso?</p>	
<p>68. H: No sé la verdad, como qué pensaría en calmarme primero.</p>	<p>REP</p>
<p>69. P: En calmarte, por ejemplo, pensando en que la angustia de repente te hizo llorar o te hizo como o qué te hizo sentir esta angustia o qué sientes que necesitas calmarte. ¿cuándo sientes angustia, qué sientes? Qué, qué te pasa, que. ¿Qué piensas en tengo que calmarme? ¿Qué, qué? ¿Qué es lo que está pasando? ¿Qué te lleva a pensar eso?</p>	
<p>70. H: No sé cómo que siento que como que no puedo estar así todo el rato. Entonces tengo que calmarme para volver a estar normal.</p>	<p>CE REP</p>
<p>71. P: Y por ejemplo, dependiendo del porqué de la discusión te ha llegado a pasar. ¿Qué piensas? Que tú eres responsable de esa discusión o que el otro es responsable, o como alguna otra cosa, o que el otro no te está entendiendo u otra cosa, dependiendo del por qué llevó a que se discutiera.</p>	
<p>72. H: No siento que nunca he pensado en eso porque siento que las discusiones son de 2 personas. Una relación entre 2 personas y. Lo que va a hacer en la relación es por los dos. Si hay una discusión es por los dos y cosas así</p>	<p>AE</p>
<p>73. P: ya perfecto. ¿Y entonces pensando en que esta situación te genera angustia, pena y tu pensamiento es que te tienes que calmar cuál sería el la acción, el comportamiento de la conducta que se daría en esa situación?</p>	

<p>74. H: ¿El comportamiento? Yo creo que me quedo sentado y como pensando y respirando</p>	EA
<p>75. P: Ya, ¿fuiste hoy al gimnasio?</p>	
<p>76. H: Si, me gusta porque así me queda así, me queda toda la noche para todo el rato, para estar acostado, que estoy cansado del Liceo. Trato de organizarme bien con la comida y eso algo de eso.</p>	
<p>77. P: Me había contado tu mamá que habías Estado como bien disciplinado con tus comidas, bastante motivado con el gimnasio</p>	
<p>78. H: o sea, igual me cuesta estar disciplinado porque acá, o sea, yo no me quejo, pero me refiero a que. No me ha ayudado mucho en las cosas que me dan de comer, pero no es que sea malo, sino que no me beneficia, pero no puedo quejarme porque me pagan si me dan casa, entonces la comida de casa la como callado, nada más, a pesar de que no me beneficie y por eso está todo ahí te llevo a destinarle las cosas o cosas así porque Ponte, si yo me quiero hacer un huevo, un huevo frito, así yo lo hago con mantequilla con agua y si le digo a mi abuela que me lo haga, me lo hará con aceite y como. El aceite yo no lo consumo porque es como conocí la diferencia entre la coca normal y la coca cero, más o menos como como cuatro coca cero no son no, o sea una coca normales más mala que un montón de coca cero que me pasa lo mismo con el aceite, como que el aceite no me no me da muchos beneficios. Entonces prefiero usar mantequilla. Entonces, por ejemplo, si yo le pido esas cosas a mi abuela. Mi abuela le echa aceite, como que pues mi comida va a ser saludable, a ser normal. O sea, yo no me quejo, la cosa porque de mi abuela lo hace con cariño, pero trato de</p>	CFS IAF

hacerme llegar las cosas a veces, pero si lo del gimnasio me ha ayudado un montón para estar más feliz porque igual uno ahí libera energía y esas cosas.

79. P: Sí, oye y estos como conocimiento sobre la alimentación. De repente las cosas que no te benefician tanto como tú estás diciendo de dónde lo has ido aprendiendo

80. H: voy viendo videos, aprendiendo los juegos también, entonces como que ahí voy captando igual trato de comer siempre comida real no, pero es complicado porque mi papá no tiene tiempo para hacerme la comida, siempre me comía, mi mamá tampoco entonces así estaba para comer cosas preparadas.

81. P: Ya oye, nos quedan los últimos minutitos que me gustaría que esta actividad que empezamos a hacer ahora la puedas ir haciendo tú en lo que queda de semana y que la hagamos el próximo lunes ya. Y que cómo la puedes hacer de repente, con situaciones que sientas que te generan como una emoción un poco más fuerte. O sea cual sea, puede ser felicidad, alegría, pena, rabia, la emoción que tú sientas que se te tiene un poco más fuerte. Puedes intentar hacer esto ya, pensar en esa situación que de repente te generó esa emoción. ¿Cuál fue esa emoción, qué pensamiento te produjo y qué comportamiento tuviste? A partir de ahí

82. H: ya.

83. P: Tú podrías hacerlo una vez al día si logras dar cuenta de alguna emoción fuerte o de alguna situación que te hizo sentir un poco como más alerta, como con esta alarma que habíamos conversado la semana pasada

<p>84. H: Ya</p> <p>85. P: así que eso estamos listos por hoy. No sé si tienes alguna duda.</p> <p>86. H: No ninguna pregunta</p> <p>87. P: ya. Entonces nos quedamos con esa como pequeña tarea para que la veamos el próximo lunes y ya así que estamos listos. Gracias por la sesión H y nos vemos el próximo lunes ya hasta luego.</p>	
--	--

5.4. Transcripción cuarta sesión psicodiagnóstico:

Cuarta entrevista	
Fecha: 12-05-2025	
Hora de inicio: 17:00	Hora de termino: 17:45
<p>1. P: Hola H, ¿Cómo estás?</p> <p>2. H: Ahí está, hola, Ay, no me veo así, ahí está, no espera, ay, no me veo perdón, veo un poco hola, ahora sí,</p> <p>3. P: ¿cómo has estado?</p> <p>4. H: bien y tú</p> <p>5. P: todo bien. ¿muy cansado?</p> <p>6. H: Sí, estoy súper cansado, sí, De hecho estoy tomando energética nunca tomo, pero ya estoy que estuve cansado.</p> <p>7. P: ¿Qué has estado tomando?</p> <p>8. H: No energética, porque estoy muy cansado. Sí lo he tomado porque a veces si no siento que me duermo.</p> <p>9. P: ¿Cómo has estado durmiendo?</p> <p>10. H: Bien, no, si bien no, si he estado, he estado durmiendo muy bien, si De hecho me he estado durmiendo a la misma hora todos los días pensando que sea el fin de semana. A las 11 entre las 11:12 H y me despierto solo a las 7:30 H de la mañana, más o menos los fines de semana. Igual me dan lata a veces porque tengo todo el día así no hacer nada.</p> <p>11. P: ¿Oye, y qué tal estuvo la semana pasada? ¿Hubo algo que te generará como más ansiedad o malestar emocional o pudiste poner en práctica algo de lo que conversamos la semana pasada este ejercicio que dejamos pendiente ahí?</p>	

<p>12. H: Sí lo puse en práctica y o sea no, o sea, fue muy buena la semana, la verdad fue muy muy buena, o sea sí, fue bastante buena, solo que el jueves estuve un poco más sensible porque la niña esta estaba de cumpleaños, entonces yo no sabía si decirle o no, pero igual le dije, no me importa igual si me respondió, me dije voy a decirlo porque no me da igual, voy a decirlo porque no soy rencoroso y con que eso no me dijeron. Bueno, igual me dejaron inquietud, pero nada más, como que igual tenía un poco pena, pero como igual acudí a gente cercana, me trate, distraer, escuchar música, caminar aparte, que ese día justo estaba lloviendo, entonces como que igual la lluvia, creo que fue buena semana, muy buena semana ya.</p>	<p>SVSV</p> <p>PC</p> <p>VA REP MSA IAF</p>
<p>13. P: Qué bueno, oye y el jueves después de que tomaste la decisión de escribirle, me imagino que para felicitarla por su cumpleaños, cómo te sentiste después te contestó o no te contestó, cómo fue?</p>	
<p>14. H: Me da igual, o sea que no sabía si me va a contar le derecho y así le decía y no me respondió, esta como ayer dejo que me dio el mensaje pero me da igual, no, no me dice no, no me afectó el hecho que haya respondido como que lo voy a recibir ya da igual ya. Claro, porque puede ser verdad, puede ser que nunca se me da igual, no quiero pasar rollo, entonces eso que puede ser verdad o no, no lo había visto, quizá no lo quiso responder cosas así, no pasa nada, Ah, ya igual esta semana va a ser, va a ser larga, va a ser, va a ser larga que igual tengo que ir al gym pero más estricto porque igual ya todo el día era alguno y estuve la cuestión de empezar a 9 y es hasta las habían hecho como la barría eléctrica y yo igual estuve todos los dos en la barriga, como que no me senté</p>	<p>MSA</p>

<p>hasta que todo estaba comiendo. Igual me Cansé Caleta, entonces eso y aparte, cuando esta semana tengo que ir al gym harto para así poder el viernes comer bien, porque el viernes celebro mi cumpleaños, entonces porque estoy como el sábado.</p> <p>15. P: ¿qué vas a hacer el miércoles por tu cumpleaños?</p> <p>16. H: No voy a invitar a mis amigos para la noche, pero sí no se van a cansar. Estamos recién el lunes, pero he empezado bien porque encima tuve pruebas y había estudiado. Entonces digo toda la confianza del mundo, que no estaba nervioso, no estaba tranquilo, como si fue en diana y De hecho había dado con había dado porque nunca lo hace. Entonces como que dijo que por el día del alumno iba a dar un 1 minuto como para para que pudiéramos ayudarnos. Cosas, cosas que nunca pasan, pues como que una de las 1000, pero yo estaba tan seguro de que dije no, no veo necesario y la entregué ya</p> <p>17. P: y te sentiste seguro incluso después de entregarla</p> <p>18. H: tranquilo, confiado y tranquilo. Y lo único que no, no, no me da tranquilidad, era mi letra, pero eso no es cosa del Aprender</p> <p>19. P: ya oye, entonces se viene una semana larga, larga, larga y buena, esperemos.</p> <p>20. H: Esperemos que sí.</p> <p>21. P: Ahora que mencionaste eso, me tinca mucho con lo que vamos a hacer hoy o lo que tengo pensado para la sesión de hoy.</p> <p>22. H: ¿Ya por qué? ¿Cuál es?</p>	<p>SDS</p> <p>RSE</p>
--	-----------------------

<p>23. P: La idea de hoy es que podamos como empezar a practicar algunos ejercicios de respiración, de regulación emocional, de trabajo corporal, donde vamos a ir como anclando. Lo que hablamos la semana pasada y conversamos un poco, que era esto de la respiración, que conversamos sobre ciertos ejercicios, también a lo corporal y lo vamos a hacer desde 3 actividades diferentes para ir viendo cuál te tinca más, cuánta como va más, cuál te hizo más sentido. Entonces vamos a probar 3 técnicas diferentes y la idea es que después de que las hagamos tú puedas ir, dice comentándome. ¿Cuál te gustó más? ¿Cuál te gustó más? ¿Cuál sientes que te permitió conectar más con el ejercicio, con cuál te sentiste como más enfocado, concentrado? Al Sientes que te permitió como ir viviendo o sintiendo un poco más ciertas emociones, o entendiendo de repente, desde lo corporal, lo que podemos estar sintiendo ya y enfocando nuestros pensamientos hacia eso</p> <p>24. H: Ya sí, me parece.</p> <p>25. P: ¿Por qué? Porque a veces, cuando estamos ansiosos o estresados, que es lo que ya hemos conversado, nuestro cuerpo reacciona como si estuviéramos en peligro, que se pone como en esta alarma o alerta que hemos mencionado antes, ya nuestro corazón late más rápido, nuestros músculos se tensan y empezamos a respirar más corto, como que si nos empezara a faltar la respiración o se nos aprieta el pecho ya entonces.</p> <p>26. H: como que estaba ansioso porque como que. Entonces por porque por lo porque después venía la convivencia y que y que había terminado. Entonces no podíamos moverme como que</p>	<p>CA</p>
---	-----------

<p>sintieran, así de moverme y no podía, claro, como que estabas estático. Sí, ella también me ha pasado que estabas pidiendo algo como corto, la del horario y me muere como porque no llegue al tiempo y eso que voy a tomar la pastilla como que no, no, no voy a llegar, que no, entonces como que si me apretara la guata ahora por eso, pero no, no es nada malo.</p> <p>27. P: ¿Tú recuerdas la última vez que fuiste con el médico del CESFAM? ¿El que te manda el tratamiento con las pastillas te gusta?</p> <p>28. H: No te escucho bien</p> <p>29. P: que si recuerdas la última vez que fuiste con el médico del CESFAM, el que te ha mandado el tratamiento de las pastillas.</p> <p>30. H: Luego hace un mes, medio más o menos ya.</p> <p>31. P: ¿Y Sabes cuándo vas otra vez?</p> <p>32. H: La verdad, la verdad no</p> <p>33. P: eso se lo voy a preguntar a tu mamá, porque me gustaría de repente que pudieses tener un control, porque tú sientes que las pastillas no te están ayudando o de repente que a lo mejor igual te cuesta, como como decías, mantenerte quieto, te cuesta concentrarte o cómo has sentido desde que te has sentido, desde que estás tomando las pastillas? ¿Tú cómo lo has visto?</p> <p>34. H: Esto igual cambio porque con esto con las pastillas, o sea, pero siento que las que tomaba antes porque no sé, a mí me cambiaron las pastillas porque primero era una de duración encendida y después era otra de duración normal</p>	CA
---	----

<p>porque tenía que estar igual. Siento que con la otra estaba mejor porque no tenía que tomármela y a ver si se me pasa, pero no pasa nada. Igual toco acostumbrarme, pero con las pastillas sí, bueno, no puedo cambiar porque siento que consigo las pastillas. Soy otra persona y bueno, hasta las cosas me lo dicen si los profes cuando estoy por ejemplo así y me preguntan si me tomé la pastilla bien o no</p> <p>35. P: y de repente te acuerdas de que no te la tomaste.</p> <p>36. H: Claro, entonces como que igual me pasa eso porque tengo que acostumbrarme, pero si es como que no, que he aprendido mucho porque me siento, me siento muy capaz, como que me siento muy inteligente. Ahora sí. O sea, siempre veces que inteligente. Ahora me siento muy inteligente, como porque siento que aprendo todo rápido</p> <p>37. P: oye y se te olvida muy seguido. De repente tomártelas</p> <p>38. H: depende en el contexto, porque, por ejemplo, si estoy estudiando no se me olvida, pero si estoy en el contexto de clase y haciendo cosas con mi amigo, pues igual se me olvida, pues ahí porque yo siempre, yo cuando soy bueno para eso, entonces me gusta aprender y a estudiar. Entonces yo hago las dos, pero a veces se me pasa y hago una, no más.</p> <p>39. P: Y si te pones, no sé si ya lo has hecho, si te pones una alarma o algo en el celular que te ayude a recordarte incluso si estás leseando o desconcentrado con tus compañeros y que a la hora te suene la alarma y de eso te permita acordarte.</p>	<p>AC SVSV</p> <p>AE</p>
--	------------------------------

<p>40. H: Tenía puesta una no, porque se me olvida, como así me digo, la voy a activar y se me olvida ya.</p> <p>41. P: ¿Entonces podemos ahora después de esta sesión? Dejar como mini tarea que te vuelvas a activar una alarma, un recordatorio en el celular para que te tomes la pastilla ya, porque a veces es más probable que se nos olvide si no tenemos un recordatorio, porque como bien dices, estamos leseando, estamos divirtiéndonos con nuestros compañeros, estamos distraídos en otra cosa y se nos pasa por completo que nos tenemos que tomar la pastilla. Es normal entonces a veces con un recordatorio, eso nos va a ayudar un poco más.</p> <p>42. H: ahora no me voy a distraer, porque ahora me sientan con gente que a la que yo tengo que ayudar. O sea, no es obligatorio, pero como gente que amigos por ejemplo, que aprenden más conmigo, pero por ejemplo los profes me dicen que deberían sentarme adelante porque no sé, me han tirado muchas flores, como que igual el Nano, pero sí soy muy sí, igual soy muy predictivo, me cuesta, sobre todo cuando te vienen las pruebas me cuesta que no me Quito. Yo, yo en El Liceo voy mucho al baño por eso mismo, porque me cuesta quedarme quieto</p> <p>43. P: ya vas como porque quieres salir, porque te dan como ganas o porque ya como mucho rato estar sentado y pides el permiso para ir al baño, aunque no necesariamente tengas ganas de ir al baño ya. Y por ejemplo, si te das ese tiempo de salir de. Contar un poco cuando vuelves te sientes como más capaz de concentrarte o como logras enfocarte en lo que en la clase o en lo que estén haciendo o igual te cuesta.</p>	<p>IAF</p> <p>AC</p>
---	----------------------

<p>Después retomar como la concentración con la clase.</p> <p>44. H: Lo que pasa es que me puedo concentrar, solo que mi cuerpo tiene como una energía que no. Con eso me pasa porque me puedo concentrar y mantener el foco, pero me cuesta liberar la energía</p> <p>45. P: ya perfecto, entiendo. ¿Esto lo has conversado alguna vez con la psicopedagoga, por ejemplo?</p> <p>46. H: Sí, sí, sí. Me ha dicho que se trata con el tiempo, porque como estoy empezando el gimnasio y eso, dame 1 minuto que tengo que ir a decirle algo a mi mamá y corto, muy corto</p> <p>47. P: ya anda.</p> <p>48. P: Ahora sí</p> <p>49. P: ya, bueno, entonces en honor al tiempo. Vamos a hacer nuestro primer ejercicio, que es un ejercicio guiado de respiración diafragmática. Ya. ¿Qué significa esto? Yo te lo voy a ir explicando y te voy a ir guiando paso a paso. La idea es que este ejercicio te sirva para ir respirando, relajándote y hay varias maneras de hacerlo en esta oportunidad. Lo vas a hacer sentado para que podamos seguir viéndonos y estés como cerca de la Cámara y que puedas escuchar, pero en otras oportunidades lo puedes hacer acostado. Si te tinca más para que estés un poco más cómodo, te puedes recostar en cualquier posición que sea cómoda para ti, en esta oportunidad vamos a hacer sentados ya qué vas a hacer? Vas a colocar una mano sobre tu pecho y otra sobre tu abdomen. Ya sí, una en tu pecho y otra en el abdomen.</p> <p>50. H: Listo ya.</p>	<p>CFS SDS</p>
---	--------------------

51. P: Entonces la mano del pecho la vamos a dejar como estática, mientras que la mano del abdomen puede que la vayamos a ir moviendo ya. ¿Por qué? Porque vamos a respirar como si infláramos un globo de aquí desde el abdomen hacia abajo. Lo subimos y bajamos, ya que es algo lo que había como hablado una vez. Ya entonces si te sientes cómodo, vas a cerrar tus ojos y vas a inhalar profundo por la nariz contando hasta cuatro. Ya yo te puedo ayudar. Estas primeras veces ya vas a cerrar y vas a inhalar por tu nariz contando hasta 4 1234. Ahora vas a sostener durante 3 segundos que yo te voy a ayudar a contar también. 1, 2, 3 y vas a empezar a exhalar lentamente por la boca contando hasta 5 ya yo te ayudo, esto es como vas a soplar, como si estuvieras intentando apagar una vela muy lentamente pero sin apagarla del todo, por eso es como el soplar suave ya entonces es 12345 ya. Ya eso es eso. Es como la idea que tú puedas, como ir viendo, que hay. Otro de los ejercicios que vamos a hacer, que incluso se trata más de eso, que como tú puedas ir reconociendo de repente cuándo se tensan los músculos, cuándo están más sueltos, cuál es la diferencia y que tú mismo te puedas ir dando cuenta de eso. Así como pasó ahora que te diste cuenta de que tensaste mucho el abdomen. Sobre todo si estás yendo al gimnasio de repente. Hay músculos que pueden que estén un poco más adoloridos, tensos porque hiciste, trabajaste justo en ese grupo muscular, hiciste ejercicios de fuerza y eso hizo que estuviesen un poco más adoloridos. Estos ejercicios te van a ayudar a sentir eso un poco más e incluso te pueden ayudar a soltar los músculos cuando. Estamos adoloridos a nivel muscular por el ejercicio y empezamos a hacer ejercicios de tensión y de soltar

nuestros músculos. Eso ayuda a que se relajen un poco y a que se libere un poco ese dolor.

52. H: Ya

53. P: entonces vamos a hacerlo otra vez. Vas a cerrar tus ojos, vas a poner una mano en el pecho y otra en el abdomen y vamos a recuerdo a inhalar, sostener y soltar contando ya. Entonces vas a inhalar por tu nariz en cuatro segundos 1234, ahora vas a sostener por 3 segundos 1, 2, 3 y vas a comenzar a exhalar lentamente por tu boca hasta 512345 ya ahora. Ya me gustaría que pudieras hacerlo tú solo al menos 2 veces más. Ya ahora yo no voy a contar, sino que lo vas a hacer tú,

54. H: pero tiene que ser en vuelta, no? Es que si no me desconcentra qué como tú, como te que más

55. P: como te sabes era inhalar cuatro, mantener 3 y botar 5, no ya 123.

56. H: Listo, listo, bacán.

57. P: ¿Ya qué sentiste al hacer este ejercicio? ¿Qué partes de tu cuerpo notaste más que se tensaban, que se relajaban? ¿Qué pasó a nivel como más mental? ¿Se te vinieron pensamientos, cómo te sentiste?

58. H: Noté que mi cuerpo está relajado, con lo que está relajada en los músculos.

59. P: ¿Y qué músculo sientes que empezaste? ¿Como a notar más antes me mencionaste el abdomen, hay algún otro

60. H: la espalda, cosa porque hice espalda, pero en sí la espalda

<p>61. P: ya porque estabas como súper Derecho, cierto? ¿Y cómo que de alguna manera con tu cuerpo, mientras como que inhalabas uno sube los hombros, va bajando, entonces vamos como haciendo un movimiento grande a nivel corporal, cierto?</p> <p>62. H: Sí</p> <p>63. P: y te cómo te sentiste como a nivel, como más interno, de repente te sentiste un poco más calmado que pudiste como concentrarte netamente en la respiración, enfocarte en eso como que soltaste algo.</p> <p>64. H: Cómo fue eso mismo. Como que está, como que sentí que se me se me quemaron el agua, ya que tal como con muchas ganas de agua, no ya.</p> <p>65. P: Entonces, este es un ejercicio que podemos tener en nuestra mochila de herramientas de la que hemos conversado anteriormente, que tenemos a la mano cuando por ejemplo, esto es algo que tú puedes practicar antes de ponerte a estudiar. Por ejemplo, te das unos minutos para hacer este ejercicio que te permite enfocarte en la respiración, en tus músculos, en soltar y contraer, y ya después de que lo hagas al menos 5 veces le digas que lo puedes hacer 5 veces. Te pones a estudiar o te pones a entrenar, o si por ejemplo, en alguno de esos momentos que pides permiso para ir al baño, también te puedes dar el espacio de practicarlo antes de una prueba. Después, cuando sientas que hay situaciones que de repente te pueden poner un poco más ansioso, también ya esa es la idea de estos ejercicios, incluso antes de dormir. Y te está costando quedarte dormido te da como no te da, no te está dando sueño o piensas que estás pensando en</p>	<p>EEP REP SF</p>
--	---------------------------

muchas cosas que te están como teniendo la mente, así como lo puedes utilizar ya estas cosas tú las puedes ir anotando y yo también te voy a hacer llegar todos estos ejercicios, después en una guía para que los tengas, y por ejemplo, después te acuerdes, que íbamos a inhalar en cuatro, sostener 3 y botar en 5 ya. Bien, vamos a hacer otro ahora que es un poco parecido, pero este va más asociado a lo que conversábamos de los músculos. Ya aquí vamos a empezar a notar la diferencia entre tensión y relajación y vamos a hacer como un escaneo muscular progresivo. Ya en el fondo lo vas a empezar a hacer tú. ¿Por qué? ¿Porque en qué se enfoca este ejercicio que vamos a empezar a tensar y soltar. Partes específicas de nuestro cuerpo ya para que tú puedas ir aprendiendo a reconocer cómo se siente de repente estar más relajado porque a veces nos pasa que sentimos o decimos no, yo estoy relajado cuando en realidad nuestro cuerpo está súper tenso y no nos estamos dando cuenta. Entonces la idea de este ejercicio es ese ya, entonces vas a apretar. Primero vamos a utilizar tus manos y vas a apretar un superfuerte y los vas a mantener apretados por 5 segundos, esto es fuerte, 5 segundos, 1, 2, 3, 4, 5 y ahora vas a soltar ya esta es la diferencia, soltar sin como estirar, solo soltar.

66. H: Como que siento más tacto en las manos, como que o sea es que uno, como que siento que cuando uno te toca la mano en el día de ayer no lo siente como que ahora lo siento mucho, siento mucho el tacto en las manos. Como que siento, me toco La Palma, me siento La Palma con como raro ya, como si fuese un cosquilleo.

67. P: A lo mejor como que empezaste a sentir esto como acá quisiste decir.

68. H: Sí, más o menos

69. P: Y notaste alguna diferencia. ¿Como decía antes, estaba un poco más tenso y después se sintió como más suelto, más relajado o lo sentiste igual?

70. H: Lo siento como más relajado.

71. P: Ya ahora lo vamos a hacer, vamos a subir a tus hombros, ya los vas a llevar hacia tus orejas lo más que puedas, así como que los vas a tensar hacia arriba y vamos a contar hasta 5. Igual vas a mantener durante 5 segundos con tus hombros lo más arriba que puedas, como que si los quisieses pegar a tus orejas ya a ver sostén ahí 1, 2, 3, 4, 5 y sueltas. ¿Ya sentiste diferencia?

72. H: Ahora lo siento, antes no lo sentía.

73. P: Cuando están arriba es como que sientes que estás como apretando, cierto como que se tensa y cuando uno baja es como, Ah, incluso esto uno lo puede sentir en la espalda

74. H: claro, sí,

75. P: ya así es cómo funciona este ejercicio. Y lo vamos haciendo por es como que vamos desde nuestros pies hasta nuestra cabeza ya y vamos tensando y soltando todas estas partes de nuestro cuerpo. Esto nos suele tomar alrededor de 15 minutos y lo hacemos completo para ir soltando, bueno, tensando primero y después soltando nuestros músculos y dejar que nuestro cuerpo quede como en un Estado más de relajación. Si queremos decir ya con qué lo vamos a hacer ahora. Por ejemplo con tus piernas lo puedes hacer, aquí lo estamos haciendo desordenado, pero la idea es que tú puedas hacerlo desde tus pies hasta tu cabeza ya entonces ahora

<p>pues estirar tus piernas nada más que puedas ponerlas en como rectas es completamente estiradas y las vas a apretar por 5 segundos como si fueses al gimnasio a hacer un ejercicio de pierna ya ahí no veo, le estoy tratando ya ahorita yo te voy a contar 1, 2, 3, 4, 5 y suelta, si quieres flexionas se siente la diferencia.</p> <p>76. H: Sí, como es calmado, ya no tengo un ya, no tengo como esa energía que tengo siempre</p> <p>77. P: ya viste, qué bueno. Y también lo puedes hacer incluso con tu cara, con tu rostro ya, uno como que cierra y aprieta súper fuerte toda la cara y esto también lo vamos a sostener por 5 segundos ya 1, 2, 3, 4, 5 y ahí sueltas ya ¿qué tal?</p> <p>78. H: ya es como que eso como que empiezas a, como que tu cuerpo se está relajando y eso mismo</p> <p>79. P: ya y lo puedes hacer con cada parte de tu cuerpo. Con los brazos es similar que con las piernas, por ejemplo, las los vas a estirar y los vas a apretar súper fuerte por 5 segundos ya 12345 sueltas, qué tal</p> <p>80. H: bien lo mismo como como que me relaja mucho.</p> <p>81. P: Qué bueno. Entonces esto lo puedes usar o mejor yo te voy a preguntar. Cuando sientes tú que puedes utilizar este ejercicio, en qué situaciones o cómo lo podrías usar, esto también lo puedes hacer estando acostado. Ahora lo hicimos sentado, pero lo puedes hacer acostado en una posición que sea cómoda para ti. ¿En qué momento sientes que sería de repente útil usar este ejercicio?</p>	<p>REP</p> <p>REP</p>
--	-----------------------

82. H: Como cuando tengo mucha energía ya cuando tengo mucha energía, cuando quiero estar tranquilo porque, por ejemplo, el día de la prueba cuando terminaba lo hubiera usado claro.

83. P: Ya entonces esto puede ser tú puedes darte el espacio no siempre, a lo mejor vas a tener el tiempo de hacerlo como este escaneo corporal de todos los músculos de todas las partes del cuerpo, sino que de repente, si estás sintiendo una emoción asociada. Como esto que habíamos conversado de que a veces que las emociones las sentimos en el cuerpo. Si tú sientes que la estás sintiendo más tensa en algún no sé en tus manos, por ejemplo, te enfocas en hacerlo varias veces. En tus manos aprietas y sueltas unas 3 veces y así ya, pero esto se puede hacer desde tus pies. Igual vas a apretar tus pies y luego vas a soltar en tus piernas, en el abdomen, en los hombros, en el cuello, en tus manos, en los brazos y en tu rostro. Ya es como fuimos desde abajo hacia arriba y por cada músculo. O por cada parte vas a hacer 5 segundos apretándola más fuerte que puedas y luego sueltas

84. H: Ya bacán

85. P: y ahora vamos a hacer para cerrar un último ejercicio. No sé si alcancemos, pero si no llegamos a terminar yo igual te voy a enviar en toda esta guía de los ejercicios que hicimos. Hoy te voy a enviar el link de ese vídeo porque te voy a producir reproducir un vídeo ya.

86. H: No se escucha

87. P: qué raro que no se escuche. Bueno, yo creo que no vamos a alcanzar a hacerlo, pero te lo voy a enviar por correo ya este. ¿Por qué te quería mostrar un vídeo? Porque estos

ejercicios, como los dos primeros que te di, los puedes hacer tú solito. Tú puedes llevarte tus ejercicios de respiración como el primero que practicamos de inhalar en cuatro, sostener en 3 y soltar en 5, y lo puedes ir haciendo tú solo en los momentos que creas adecuado. Igual que el segundo escaneo corporal para tensar y soltar. Lo puedes hacer tú solo porque ya te ya practicamos. Pero también hay maneras de respirar o de repente, hacer ejercicios de atención plena, que significa de concentrarnos en el momento. A través de vídeos o de audios guiados que así como yo te fui ayudando. Hoy en esta. En estos vídeos hay una voz, una persona que te va guiando y ayudando para que puedas como ir llevando un poco mejor este ejercicio de atención plena del momento. Ya entonces esa era la idea del vídeo. Había un personaje que te iba guiando durante estos 6 minutos que dura. Son 6 minutos de ejercicio, de respiración, de concentración, donde esta voz te va constantemente guiando, te va diciendo y te va acompañando en el proceso. Ya esto es, también hay personas que de repente le sirve un poco más tener una voz o una persona que los vaya ayudando, guiando, acompañando para poder mantener el ejercicio, ya entonces esa era la idea del vídeo. Vamos a hacer como no vamos a alcanzar a verlo. Te lo voy a hacer llegar con tu mamá, se lo voy a enviar justo ahora por correo y tú después te das el espacio, digamos de verlo, de hacerlo, de seguir lo que te vaya diciendo esta persona. Esta voz que aparece en ese vídeo ya y la semana que viene lo conversamos a ver cómo te fue.

88. H: me parece ya.

89. P: De estos 3 ejercicios, bueno, dos entre eso lo vas a hacer más tarde de estos ejercicios que pudimos practicar.

<p>¿Qué técnica te gustó más la respiración o la relajación muscular? ¿Dónde crees que podrías usar esto? Ya me lo comentaste un poco</p> <p>90. H: pues en el Colegio antes de dormir en una pelea</p> <p>91. P: o a lo mejor en una situación donde te estás sintiendo ansioso, angustiado.</p> <p>92. H: si, Me gustó más la relación muscular y la usaría como casi todos los días, porque siempre estoy como muy con mucha energía y me ayuda a calmarme. Entonces es igual, lo voy a tener en cuenta</p> <p>93. P: ya qué bueno, puedes empezar a hacerlo como parte de tu rutina en el colegio, como que la idea de esta semana hasta el próximo lunes que nos veamos es que tú puedas. Practicar algunos de estos ejercicios si puedes los dos y no solo el de la relajación muscular, el que te tince más al menos una vez al día durante 5 minutos y que tú puedas ir reconociendo en qué momento te tinca más usarlo. Puedes ir probando a lo mejor un día en el colegio te tengo y lo hiciste Y ver si te ayudo o no. O antes de dormir. La idea de esta semana es esa, como que la tarea si queremos decirle tarea o el ejercicio con el que nos quedamos para la para el próximo lunes es que durante todos estos días tú puedas tomar estos ejercicios y usarlos cuando tú consideres adecuado</p> <p>94. H: ya, ya</p> <p>95. P: y que después si lo llegas a usar en algún momento en específico, tú te puedas como anotar esa situación para que la puedas recordar y después la conversemos el próximo lunes y me comentes. Cuándo usaste la técnica?</p>	<p>EPP</p> <p>MSA</p>
--	-----------------------

<p>¿Cómo la usaste? Y eso ya, así que estamos listos. H, como te decía, le voy a hacer llegar a tu mamá el video por correo para que lo puedas ver más ratito y ya nosotros terminamos, no sé si tienes alguna duda, consulta algo que quieras decir antes de que cerremos,</p> <p>96. H: no, no, ya todo clarísimo.</p> <p>97. P: Ya entonces nos vemos el próximo lunes, H.</p>	
---	--

4.5. Pauta de preguntas entrevista semiestructurada:

Pauta de preguntas
Objetivo: Explorar la experiencia emocional, relacional y contextual del adolescente H, en torno a su ansiedad, regulación emocional y bienestar psicológico.
1. Dimensión emocional y sintomatología ansiosa <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué cosas te preocupan últimamente?• ¿Cómo te sientes en general durante el día? ¿Y en las noches?• ¿Notas si tu cuerpo reacciona cuando estás nervioso o ansioso? ¿Cómo lo notas?• ¿Qué sueles hacer cuando estás muy ansioso o estresado?• ¿Hay momentos en que sientes que no puedes controlar tus pensamientos o emociones?
2. Regulación emocional y afrontamiento <ul style="list-style-type: none">• Cuando sientes emociones intensas (como rabia, tristeza o ansiedad), ¿cómo sueles manejarlas?• ¿Tienes alguna estrategia o actividad que te ayude a calmarte? (ej. escuchar música, escribir, hacer ejercicio)• ¿Hay algo que te haya funcionado en el pasado para sentirte mejor?• ¿Sientes que puedes hablar con alguien cuando estás mal? ¿Quién sería esa persona?
3. Relaciones interpersonales y contexto familiar <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo te llevas con tus padres? ¿Qué cosas te gusta compartir con ellos?• ¿Sientes que te entienden cuando les cuentas cómo te sientes?• ¿Y con tu hermano? ¿Cómo es su relación?• ¿Cómo fue la situación que viviste con tu expareja? ¿Qué impacto tuvo en ti?• ¿Te has sentido tratado de forma injusta o diferente por alguien importante para ti?
4. Ámbito escolar y adaptación <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo te ha ido en el colegio últimamente?• ¿Te sientes cómodo en tu curso? ¿Te llevas bien con tus compañeros?• ¿Te sientes apoyado por los profesores o adultos del colegio?• ¿Qué materias te gustan y cuáles te cuestan más?• ¿Has sentido ansiedad en situaciones académicas o evaluativas?
5. Bienestar psicológico y percepción de sí mismo <ul style="list-style-type: none">• ¿Cómo te describirías a ti mismo? ¿Qué cosas te gustan de ti?• ¿Qué cosas te gustaría cambiar o mejorar?• ¿Qué te hace sentir feliz o satisfecho últimamente?• ¿Qué cosas te dan tranquilidad o te hacen sentir en paz?• ¿Te sientes capaz de lograr tus metas personales? ¿Qué obstáculos percibes?
6. Proyecto de vida, futuro y sentido <ul style="list-style-type: none">• ¿Qué te gustaría hacer o estudiar cuando termines el colegio?• ¿Tienes alguna meta a corto o largo plazo?• ¿Qué cosas te motivan a seguir adelante cuando te sientes mal?• ¿Qué lugar ocupa el gimnasio y el deporte en tu vida actualmente?

4.6. Escala de dificultades en Regulación Emocional (DERS):

Anexo E: Versión española para adolescentes de la DERS

Por favor, indica cuántas veces te pasan las siguientes afirmaciones. Marca en cada frase el número correspondiente con una cruz, según la escala que aparece a continuación:

1-----2-----3-----4-----5
 Casi nunca (0-10%) Algunas veces (11-35%) La mitad de las veces (36-65%) La mayoría de las veces (66-90%) Casi siempre (91-100%)

	1	2	3	4	5
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...)					
2. Pongo atención a cómo me siento					
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control					
4. No tengo ni idea de cómo me siento					
5. Me cuesta entender mis sentimientos					
6. Estoy atento a mis sentimientos					
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo					
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo					
9. Estoy confuso sobre lo que siento					
10. Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, si es decepción...)					
11. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera					
12. Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera					
13. Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo					
14. Cuando estoy molesto, pierdo el control					
15. Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo					
16. Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido					
17. Cuando estoy molesto, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante					
18. Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas					
19. Cuando estoy molesto, me siento fuera de control					
20. Cuando estoy molesto, puedo conseguir hacer cosas igualmente					
21. Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera					
22. Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor					
23. Cuando estoy molesto, me siento como si fuera una persona débil					
24. Cuando estoy molesto, creo que puedo controlar mi comportamiento					
25. Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esta manera					
26. Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme					
27. Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento					
28. Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor					
29. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera					
30. Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo					
31. Cuando estoy molesto, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin)					
32. Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento					
33. Cuando estoy molesto, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa					
34. Cuando estoy molesto, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente					
35. Cuando estoy molesto, tardo mucho tiempo en sentirme mejor					
36. Cuando estoy molesto, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos)					

4.7. Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS) aplicado:

Isabel Gómez-Simón

Anexo E: Versión española para adolescentes de la DERS

Por favor, indica cuántas veces te pasan las siguientes afirmaciones. Marca en cada frase el número correspondiente con una cruz, según la escala que aparece a continuación:

1 ————— 2 ————— 3 ————— 4 ————— 5
 Casi nunca (0-10%) Algunas veces (11-35%) La mitad de las veces (36-65%) La mayoría de las veces (66-90%) Casi siempre (91-100%)

	1	2	3	4	5
1. Tengo claro lo que siento (tristeza, enfado, alegría...)					✓
2. Pongo atención a cómo me siento					✓
3. Vivo mis emociones como agobiantes y fuera de control	✓				
4. No tengo ni idea de cómo me siento	✓				
5. Me cuesta entender mis sentimientos					✓
6. Estoy atento a mis sentimientos					✓
7. Sé exactamente cómo me estoy sintiendo					✓
8. Le doy importancia a lo que estoy sintiendo					✓
9. Estoy confuso sobre lo que siento	✓				
10. Cuando estoy molesto, sé reconocer cuáles son mis emociones (si es rabia, si es decepción...)					✓
11. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera	✓				
12. Cuando estoy molesto, me da vergüenza sentirme de esa manera	✓				
13. Cuando estoy molesto, me cuesta terminar el trabajo					✓
14. Cuando estoy molesto, pierdo el control	✓				
15. Cuando estoy molesto, creo que estaré así durante mucho tiempo	✓				
16. Cuando estoy molesto, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido	✓				
17. Cuando estoy molesto, creo que ese sentimiento es lo adecuado y que es importante					✓
18. Cuando estoy molesto, me cuesta centrarme en otras cosas					✓
19. Cuando estoy molesto, me siento fuera de control	✓				
20. Cuando estoy molesto, puedo conseguir hacer cosas igualmente					✓
21. Cuando estoy molesto, me siento avergonzado de mí mismo por sentirme de esa manera	✓				
22. Cuando estoy molesto, sé que puedo encontrar alguna forma para conseguir finalmente sentirme mejor					✓
23. Cuando estoy molesto, me siento como si fuera una persona débil	✓				
24. Cuando estoy molesto, creo que puedo controlar mi comportamiento					✓
25. Cuando estoy molesto, me siento culpable por sentirme de esta manera	✓				
26. Cuando estoy molesto, me cuesta concentrarme					✓
27. Cuando estoy molesto, me cuesta controlar mi comportamiento	✓				
28. Cuando estoy molesto, creo que no hay nada que pueda hacer para conseguir sentirme mejor	✓				
29. Cuando estoy molesto, me enfado conmigo mismo por sentirme de esa manera	✓				
30. Cuando estoy molesto, empiezo a sentirme muy mal conmigo mismo	✓				
31. Cuando estoy molesto, creo que recrearme en ello es todo lo que puedo hacer (como si disfrutase de ese malestar y no pensara en ponerle fin)	✓				
32. Cuando estoy molesto, pierdo el control sobre mi comportamiento	✓				
33. Cuando estoy molesto, me cuesta pensar sobre cualquier otra cosa					✓
34. Cuando estoy molesto, me doy un tiempo para comprender lo que estoy sintiendo realmente					✓
35. Cuando estoy molesto, tardo mucho tiempo en sentirme mejor					✓
36. Cuando estoy molesto, mis emociones parecen desbordantes (escapan de mis manos)	✓				

4.8. Escala de ansiedad SCARED:

CEMIC

Departamento de Psiquiatría – Sección Niños y Adolescentes

Escala de Ansiedad (SCAReD)

FORMA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Nombre del niño(a):.....Fecha:.....

Esta es una lista de cosas que describen cómo te sientes. Marca el 0 si nunca o casi nunca es cierto. Marca el 1 si es cierto algunas veces. Marca el 2 si casi siempre es cierto. Por favor contesta las preguntas lo mejor que puedas.

0 = Casi nunca es cierto 1 = Es cierto algunas veces 2 = Casi siempre es cierto

- | | | | |
|--|---|---|---|
| 1. Cuando siento miedo, no puedo respirar bien..... | 0 | 1 | 2 |
| 2. Cuando estoy en la escuela, me duele la cabeza..... | 0 | 1 | 2 |
| 3. No me gusta estar con personas que no conozco bien..... | 0 | 1 | 2 |
| 4. Me da miedo dormir en otras casas..... | 0 | 1 | 2 |
| 5. Me preocupa saber si le caigo bien a la gente..... | 0 | 1 | 2 |
| 6. Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar..... | 0 | 1 | 2 |
| 7. Soy una persona nerviosa..... | 0 | 1 | 2 |
| 8. Sigo a mis padres a donde ellos van..... | 0 | 1 | 2 |
| 9. La gente me dice que me veo nervioso(a)..... | 0 | 1 | 2 |
| 10. Me pone nervioso(a) estar con personas que no conozco bien..... | 0 | 1 | 2 |
| 11. Cuando estoy en la escuela me duele la panza..... | 0 | 1 | 2 |
| 12. Cuando tengo mucho miedo, siento como si me fuera a "enloquecer"..... | 0 | 1 | 2 |
| 13. Me preocupo cuando tengo que dormir sólo(a)..... | 0 | 1 | 2 |
| 14. Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños, por ejemplo en la escuela o en los deportes..... | 0 | 1 | 2 |
| 15. Cuando tengo mucho miedo me siento mareado(a)..... | 0 | 1 | 2 |
| 16. Sueño que algo malo le va a pasar a mis padres..... | 0 | 1 | 2 |
| 17. Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela..... | 0 | 1 | 2 |
| 18. Cuando tengo miedo, el corazón me late muy rápido..... | 0 | 1 | 2 |
| 19. Yo tiemblo..... | 0 | 1 | 2 |
| 20. Tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo..... | 0 | 1 | 2 |
| 21. Me preocupo pensando cómo me van a salir las cosas..... | 0 | 1 | 2 |
| 22. Sudo mucho cuando tengo miedo..... | 0 | 1 | 2 |
| 23. Me preocupo demasiado..... | 0 | 1 | 2 |
| 24. Me preocupo sin tener motivo..... | 0 | 1 | 2 |
| 25. Me da miedo estar sólo(a) en casa..... | 0 | 1 | 2 |
| 26. Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco..... | 0 | 1 | 2 |

27. Cuando tengo miedo, siento que no puedo tragar.....	0	1	2
28. Las personas dicen que yo me preocupo demasiado.....	0	1	2
29. No me gusta estar lejos de mi familia.....	0	1	2
30. Tengo miedo de tener ataques de pánico.....	0	1	2
31. Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres.....	0	1	2
32. Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco.....	0	1	2
33. Me preocupa que me pasará cuando sea grande.....	0	1	2
34. Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.....	0	1	2
35. Me preocupa saber si hago las cosas bien.....	0	1	2
36. Tengo miedo de ir al colegio.....	0	1	2
37. Me preocupan las cosas que ya pasaron.....	0	1	2
38. Cuando tengo miedo, me siento mareado(a).....	0	1	2
39. Me siento nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar).....	0	1	2
40. Me siento nervioso(a) cuando tengo que ir a fiestas, bailes, o lugares donde hay gente que no conozco.....	0	1	2
41. Soy tímido(a).....	0	1	2

4.9. Escala de ansiedad SCARED aplicada:

CEMIC

Departamento de Psiquiatría – Sección Niños y Adolescentes

Escala de Ansiedad (SCAReD)

FORMA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Nombre del niño(a):..... Fecha:.....

Esta es una lista de cosas que describen cómo te sientes. Marca el 0 si nunca o casi nunca es cierto. Marca el 1 si es cierto algunas veces. Marca el 2 si casi siempre es cierto. Por favor contesta las preguntas lo mejor que puedas.

0 = Casi nunca es cierto 1 = Es cierto algunas veces 2 = Casi siempre es cierto

1. Cuando siento miedo, no puedo respirar bien.....	0	1	2
2. Cuando estoy en la escuela, me duele la cabeza.....	0	1	2
3. No me gusta estar con personas que no conozco bien.....	0	1	2
4. Me da miedo dormir en otras casas.....	0	1	2
5. Me preocupa saber si le caigo bien a la gente.....	0	1	2
6. Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar.....	0	1	2
7. Soy una persona nerviosa.....	0	1	2
8. Sigo a mis padres a donde ellos van.....	0	1	2
9. La gente me dice que me veo nervioso(a).....	0	1	2
10. Me pone nervioso(a) estar con personas que no conozco bien.....	0	1	2
11. Cuando estoy en la escuela me duele la panza.....	0	1	2
12. Cuando tengo mucho miedo, siento como si me fuera a "enloquecer".....	0	1	2
13. Me preocupo cuando tengo que dormir sólo(a).....	0	1	2
14. Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños, por ejemplo en la escuela o en los deportes.....	0	1	2
15. Cuando tengo mucho miedo me siento mareado(a).....	0	1	2
16. Sueño que algo malo le va a pasar a mis padres.....	0	1	2
17. Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.....	0	1	2
18. Cuando tengo miedo, el corazón me late muy rápido.....	0	1	2
19. Yo tiemblo.....	0	1	2
20. Tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo.....	0	1	2
21. Me preocupo pensando cómo me van a salir las cosas.....	0	1	2
22. Sudo mucho cuando tengo miedo.....	0	1	2
23. Me preocupo demasiado.....	0	1	2
24. Me preocupo sin tener motivo.....	0	1	2
25. Me da miedo estar sólo(a) en casa.....	0	1	2
26. Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.....	0	1	2

Adaptado del cuestionario de ansiedad desarrollado por B. Birmaher del Western Psychiatric Institute and Clinic – University of Pittsburgh Medical Center

27. Cuando tengo miedo, siento que no puedo tragar..... 0 1 2
28. Las personas dicen que yo me preocupo demasiado..... 0 1 2
29. No me gusta estar lejos de mi familia..... ~~0~~ 1 2 2
30. Tengo miedo de tener ataques de pánico..... 0 1 2
31. Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres..... 0 1 2
32. Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco..... 0 1 2
33. Me preocupa que me pasará cuando sea grande..... 0 1 2
34. Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar..... 0 1 2
35. Me preocupa saber si hago las cosas bien..... 0 1 2
36. Tengo miedo de ir al colegio..... 0 1 2
37. Me preocupan las cosas que ya pasaron..... 0 1 2
38. Cuando tengo miedo, me siento mareado(a)..... 0 1 2
39. Me siento nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (por ejemplo: leer en voz alta, hablar, jugar)..... 0 1 2
40. Me siento nervioso(a) cuando tengo que ir a fiestas, bailes, o lugares donde hay gente que no conozco..... 0 1 2
41. Soy tímido(a)..... 0 1 2

4.10. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff:

Nº	ÍTEMS	1 Totalmente en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Algunas veces de Acuerdo	4 Frecuentemente de Acuerdo	5 De Acuerdo	6 Totalmente De Acuerdo
1.	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.						
2.	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.						
3.	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.						
4.	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.						
5.	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.						
6.	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						
7.	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						
8.	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.						
9.	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.						
10.	Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.						
11.	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						
12.	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						
13.	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.						
14.	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						
15.	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.						
16.	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.						
17.	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						

18.	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						
19.	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.						
20.	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.						
21.	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						
22.	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.						
23.	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						
24.	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						
25.	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.						
26.	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.						
27.	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.						
28.	Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.						
29.	No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.						
30.	Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.						
31.	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.						
32.	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						
33.	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.						
34.	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.						
35.	Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.						
36.	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.						
37.	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						
38.	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						
39.	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.						
Sumatoria:							
Puntuación Total:							

4.11. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff aplicada:

ESCALA DE BIENESTAR PSICOLÓGICO DE RYFF (1995)

Evaluador:

Nombre y Apellido	sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Fecha: Nivel de Instrucción
-------------------	------	------	---------------------	--------------------------------

INSTRUCCIONES

Aquí encontrará 39 afirmaciones. Su tarea es indicar su nivel de acuerdo con cada afirmación, utilizando una escala donde 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 algunas veces de acuerdo, 4 frecuentemente de acuerdo, 5 de acuerdo y 6 totalmente de acuerdo. Por favor, lea atentamente cada afirmación y complete en el espacio correspondiente.

Recuerde que no hay ni buenos ni malos resultados en esta prueba, por lo tanto seleccione el número que mejor le describe para cada afirmación. Los resultados son anónimos, así que por favor conteste de la manera más honesta posible. Intente contestar a todas las afirmaciones, y en caso de que tenga alguna duda consúltelo con el evaluador.

Nº	ÍTEM	1 Totalmente en Desacuerdo	2 En Desacuerdo	3 Algunas veces de Acuerdo	4 Frecuentemente de Acuerdo	5 De Acuerdo	6 Totalmente De Acuerdo
1.	Cuando repaso la historia de mi vida estoy contento con cómo han resultado las cosas.						X
2.	A menudo me siento solo porque tengo pocos amigos íntimos con quienes compartir mis preocupaciones.	X					
3.	No tengo miedo de expresar mis opiniones, incluso cuando son opuestas a las opiniones de la mayoría de la gente.				X		
4.	Me preocupa cómo otra gente evalúa las elecciones que he hecho en mi vida.				X		
5.	Me resulta difícil dirigir mi vida hacia un camino que me satisfaga.	X					1
6.	Disfruto haciendo planes para el futuro y trabajar para hacerlos realidad.						X
7.	En general, me siento seguro y positivo conmigo mismo.						X
8.	No tengo muchas personas que quieran escucharme cuando necesito hablar.	X					
9.	Tiendo a preocuparme sobre lo que otra gente piensa de mí.		X				
10.	Me juzgo por lo que yo creo que es importante, no por los valores que otros piensan que son importantes.					X	
11.	He sido capaz de construir un hogar y un modo de vida a mi gusto.						X
12.	Soy una persona activa al realizar los proyectos que propuse para mí mismo.						X
13.	Si tuviera la oportunidad, hay muchas cosas de mí mismo que cambiaría.			X			
14.	Siento que mis amistades me aportan muchas cosas.						X
15.	Tiendo a estar influenciado por la gente con fuertes convicciones.			X			
16.	En general, siento que soy responsable de la situación en la que vivo.				X		
17.	Me siento bien cuando pienso en lo que he hecho en el pasado y lo que espero hacer en el futuro.						X

18.	Mis objetivos en la vida han sido más una fuente de satisfacción que de frustración para mí.						X
19.	Me gusta la mayor parte de los aspectos de mi personalidad.					X	
20.	Me parece que la mayor parte de las personas tienen más amigos que yo.				X		
21.	Tengo confianza en mis opiniones incluso si son contrarias al consenso general.						X
22.	Las demandas de la vida diaria a menudo me deprimen.	X					
23.	Tengo clara la dirección y el objetivo de mi vida.						X
24.	En general, con el tiempo siento que sigo aprendiendo más sobre mí mismo.						X
25.	En muchos aspectos, me siento decepcionado de mis logros en la vida.	X					
26.	No he experimentado muchas relaciones cercanas y de confianza.	X					
27.	Es difícil para mí expresar mis propias opiniones en asuntos polémicos.			X			
28.	Soy bastante bueno manejando muchas de mis responsabilidades en la vida diaria.						X
29.	No tengo claro qué es lo que intento conseguir en la vida.	X					
30.	Hace mucho tiempo que dejé de intentar hacer grandes mejoras o cambios en mi vida.	X					
31.	En su mayor parte, me siento orgulloso de quien soy y la vida que llevo.						X
32.	Sé que puedo confiar en mis amigos, y ellos saben que pueden confiar en mí.						X
33.	A menudo cambio mis decisiones si mis amigos o mi familia están en desacuerdo.				X		
34.	No quiero intentar nuevas formas de hacer las cosas; mi vida está bien como está.				X		
35.	Pienso que es importante tener nuevas experiencias que desafíen lo que uno piensa sobre sí mismo y sobre el mundo.						X
36.	Cuando pienso en ello, realmente con los años no he mejorado mucho como persona.	X					
37.	Tengo la sensación de que con el tiempo me he desarrollado mucho como persona.						X
38.	Para mí, la vida ha sido un proceso continuo de estudio, cambio y crecimiento.						X
39.	Si me sintiera infeliz con mi situación de vida daría los pasos más eficaces para cambiarla.						X
Sumatoria:							
Puntuación Total:							

4.12. Consentimiento informado:

Consentimiento Informado

Dirigido a: Padres o adultos en rol protector de personas menores de 18 años, que se atienden en el contexto de la Investigación en Intervención Psicológica Multinivel InfantoJuvenil y Familiar, de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.

En el siguiente texto se explica y se entregan los detalles acerca de la colaboración a la que tanto a ti como a tu hijo(a) se invita a realizar para este estudio. Para participar, primero debes leer lo siguiente:

La psicóloga Ximena Pereira L., investigadora de la Universidad del Desarrollo, está realizando un proyecto que se llama "Intervención Psicológica Multinivel InfantoJuvenil y Familiar".

La psicóloga Ximena Pereira L., investigadora de la Universidad del Desarrollo, está realizando un proyecto que se llama "Investigación en Intervención Psicológica Multinivel InfantoJuvenil y Familiar". El objetivo de este proyecto es generar conocimiento aplicado sobre la implementación del enfoque multinivel en intervenciones psicoterapéuticas para niños, niñas y adolescentes. Esto incluye identificar marcadores que indiquen si este enfoque mejora el diagnóstico y el tratamiento, además de generar conocimiento sobre cómo los terapeutas experimentan y aplican este enfoque en su práctica clínica, lo que puede servir para mejorar la formación de futuros profesionales. Para lograr este objetivo, te solicitamos tu participación voluntaria, y dar consentimiento a la participación de tu hijo(a) o menor bajo tu cuidado, aceptando que las sesiones de terapia registradas de audio y video sean utilizadas como material de análisis de este estudio.

Tu participación y la de tu hijo(a) o menor bajo tu cuidado, en este estudio no supone ningún riesgo para ti ni para él o la menor. Él, ella o elle puede decidir libre y voluntariamente si desea participar o no, aunque tu estés de acuerdo en su participación. Por otra parte, tu participación no te significará gastos, ni de tu hijo(a) o menor bajo tu cuidado, no involucra pago o beneficios en dinero o cosas materiales, a parte de los costos de la atención psicológica regular.

Todos los datos que se recojan serán totalmente anónimos y privados. Para asegurarnos de que los datos sean anónimos, los videos serán etiquetados de forma codificada sin información personal que pueda te pueda identificar a ti, a tu hijo/a o menor bajo tu cuidado. Las transcripciones de los videos serán despojadas de cualquier dato personal, como tu nombre o el de tu hijo/a o menor bajo tu cuidado, o cualquier otra información que pueda comprometer la privacidad. Si alguna vez se publica información sobre este estudio, no se utilizarán tus datos personales ni los de tu hijo/a o menor bajo tu cuidado, y nadie podrá hacer una identificación. Una vez que se complete la transcripción y el análisis de los datos, los videos serán destruidos para asegurar la máxima confidencialidad. Los datos se almacenarán en un computador con clave, y con acceso restringido solo al equipo

de investigación. Además, se le informa que la grabación de las sesiones no afectará de ninguna manera el proceso terapéutico ni influirá en la calidad de la terapia recibida.

Puedes hacer preguntas en cualquier momento que lo desees. Igualmente, tú y tu hijo(a) o menor bajo tu cuidado, puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento, o retirar los datos que ya han sido registrados con anterioridad a ese momento, sin que eso tenga ninguna consecuencia. Además, tanto tú como tu hijo(a) o menor a tu cargo tiene derecho a negarse a participar, es decir, a dejar de participar en cualquier momento que lo desee. Por último, si consideras que se ha hecho algo incorrecto en relación al estudio, a la atención psicológica recibida, o si tienes dudas o preguntas, te puedes comunicar con el Presidente del Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo, Francisco Ceric, al email fceric@udd.cl, o al teléfono 562-23279437.

Si decides participar, ¡muchas gracias!

Ximena Pereira López

En pleno conocimiento de esto:

 Sí. Acepto voluntariamente que mi hijo/a o menor bajo mi cuidado participe en este estudio, y he recibido una copia del presente documento.

Firma participante: (

Fecha:

Firma Investigador(a) a cargo:

4.13. Asentimiento informado:

Asentimiento Informado

Dirigido a: Pacientes menores de 18 años, que se atienden en el contexto de la Investigación en Intervención Psicológica Multinivel InfantoJuvenil y Familiar, de la Facultad de Psicología de la Universidad del Desarrollo.

En el siguiente texto se explica y se entregan detalles de la actividad a la que se te desea invitar a participar. Para participar, primero debes leer lo siguiente:

La psicóloga Ximena Pereira L., investigadora de la Universidad del Desarrollo, está realizando un proyecto que se llama "Investigación en Intervención Psicológica Multinivel InfantoJuvenil y Familiar". El objetivo de este proyecto es generar conocimiento aplicado sobre la implementación del enfoque multinivel en intervenciones psicoterapéuticas para niños, niñas y adolescentes. Esto incluye identificar marcadores que indiquen si este enfoque mejora el diagnóstico y el tratamiento, además de generar conocimiento sobre cómo los terapeutas experimentan y aplican este enfoque en su práctica clínica, lo que puede servir para mejorar la formación de futuros profesionales. Para lograr estos objetivos, te pedimos tu participación voluntaria, aceptando que las sesiones con tu psicoterapeuta registradas de audio y video sean utilizadas como material de análisis de este estudio.

Tu participación en este estudio no supone ningún riesgo para ti. Para que puedas participar, también conversaremos con tu padre/madre/tutor, pero, aunque ellos estén de acuerdo en tu participación, tú puedes decidir libre y voluntariamente si deseas participar o no. Por otra parte, tu participación no te significará gastos, así como no involucra pago o beneficios en dinero o cosas materiales.

Todos los datos que se recojan serán totalmente anónimos y privados. Para asegurarnos de que los datos sean anónimos, los videos serán etiquetados de forma codificada sin información personal que pueda identificarte directamente. Las transcripciones de los videos serán despojadas de cualquier dato personal, como tu nombre o cualquier otra información que pueda comprometer tu privacidad. Si alguna vez se publica información sobre este estudio, no se utilizarán tus datos personales, y nadie podrá identificarte.

Una vez que se complete la transcripción y el análisis de los datos, los videos serán destruidos para asegurar la máxima confidencialidad. Los datos se almacenarán en un computador con clave, y con acceso restringido solo al equipo de investigación. Además, se te informa que la grabación de las sesiones no afectará de ninguna manera el proceso terapéutico ni influirá en la calidad de la terapia recibida.

Puedes hacer preguntas en cualquier momento que lo desees. Igualmente, puedes decidir retirarte del estudio en cualquier momento, o retirar los datos que ya han sido registrados con anterioridad a ese momento, sin que esto tenga ninguna consecuencia. Además, tienes derecho a negarte a participar o dejar de participar en cualquier momento que lo desees. Si consideras que se ha hecho algo incorrecto en relación al estudio o tu atención psicológica, o si tienes dudas o preguntas, puedes comunicarte con el Presidente del Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo, Francisco Ceric, al email fceric@udd.cl o al teléfono 562-23279437.

Si decides participar, ¡muchas gracias!

Ximena Pereira López

Fecha: _____

Mi nombre es _____, soy paciente de (nombre de terapeuta). La psicóloga Ximena Pereira L. me ha invitado a participar de un proyecto que se llama "Investigación en Intervención Psicológica de Multinivel infanto juvenil y familiar". Acepto participar en la actividad a la que me ha invitado, y además quisiera decir que:

1. He leído lo anterior, o me lo han leído, y he entendido toda la información.
2. Cuando no entendí algo, pude preguntar, y me han contestado a todas mis preguntas.
3. Sé que puedo decidir no participar, y nada malo ocurrirá por ello. Si tengo alguna duda en cualquier momento de la actividad, puedo preguntar todas las veces que necesite.
4. Sé que puedo elegir participar, pero después puedo cambiar de opinión en cualquier momento, y nadie me retará por ello.
5. Sé que la información que se obtenga de los registros de las sesiones, sólo la sabrán los psicólogos a cargo del proyecto y la usarán sólo para su investigación. Si esta información llegase a ser publicada, no estará relacionada con mi nombre, así que nadie sabrá que corresponden a mí.
6. De tener alguna pregunta sobre el estudio y mi participación en éste, después podré llamar o escribir a un profesor que podrá responder todas mis preguntas y comentarios. El nombre de este profesor es Francisco Ceric y sus contactos son fceric@udd.cl, 562-23279437.
7. Si acepto participar, debo firmar este papel, y me entregarán una copia para guardarla y tenerla en mi poder si tengo cualquier duda después.

8. Al final de todo, podré pedirle a la psicóloga que me invitó a participar información sobre los resultados de su proyecto. Sus datos de contacto son (email xpereira@udd.cl y teléfono de contacto: 223279270).

Nombre y firma del participante

Investigadora responsable