



Universidad del Desarrollo
Facultad de Psicología

Influencia de la Dinámica Familiar en la Construcción del Autoconcepto Global de una Adolescente:

Magíster en Intervención Psicológica Infantojuvenil

Docente: Claudia Ahumada

Estudiante: Constanza Ubilla

Fecha: lunes 17 de noviembre de 2025

I. Problema de intervención

1.1 Demanda inicial

El primer contacto es realizado por la pediatra – adolescentóloga tratante, a propósito de la necesidad de realizar una derivación a psicoterapia, para acompañar el tratamiento médico y por la solicitud de ayuda por parte de la familia, producto de los siguientes elementos.

Desde los padres, la demanda comienza a ser explicada manifestando una situación en particular, correspondiendo al cambio de colegio que tuvo Amparo transitando de sexto a séptimo básico, puesto a que, la institución llegaba hasta ese curso académico. Se hace alusión que el establecimiento de siempre correspondía a un colegio pequeño y de excelencia, el cual, además, era propiedad de familiares (tíos abuelos paternos) de la paciente.

A partir de dicho hito, se explicita que la adolescente no logró adaptarse socialmente con sus pares, en conjunto a ser excluida constantemente por sus compañeros/as. Se hace referencia a una amiga cercana del barrio, y un par de amigas de otro curso, en donde si estas últimas se encuentran ausentes, esta ha llegado al punto de almorzar sola en el baño. Ante esto, la madre manifiesta: “no entiendo por qué la excluyen de todo”. Durante estos años, tras peticiones de la paciente, hubo intentos por parte de los padres para llevar a cabo un cambio de colegio. Sin embargo, no se pudo concretar por distintos motivos, tales como, dificultades económicas para la cuota de incorporación y cierre de admisión en los establecimientos.

En conjunto a esta demanda central, los padres presentan bastante preocupación por el comportamiento predominantemente ansioso de su hija, el cual se ejemplifica principalmente por un aumento constante de peso desde la pandemia, acompañado de atracones a escondidas, y onicofagia. Siguiendo la misma línea, manifiestan poco conocimiento de los cambios y comportamientos propios de la adolescencia, solicitando ayuda en cuanto a la comprensión de esta etapa, junto a ser guiados en el establecimiento de límites adecuados para su edad. En cuanto a esto último, la madre particularmente explicita: “necesito ayuda, porque me siento muy estricta”, y ambos comentan: “no sabemos cómo es la adolescencia”.

En base a lo detallado, se manifiesta la necesidad de que la adolescente desarrolle sus habilidades sociales para así poder adaptarse a los distintos contextos en que esté presente. Se hace hincapié en el deseo de que logre sentirse bien, mediante sus recursos e independiente el lugar físico y personas con que frecuente, ya que, dicha capacidad de adaptación, le permitirá desenvolverse con confianza y desarrollar la capacidad de establecer límites en sus vínculos futuros. Como ejemplo el padre menciona: “es necesario que ella adquiera herramientas para encajar y sociabilizar”, “hay cosas que ella no tiene que aguantar”, “es necesario que esto lo aprenda para su futuro”. En la misma línea, la madre refiere: “ella tiene que aprender a no aguantar malos tratos con el fin de agrandar a los demás”.

Por otra parte, la paciente en un inicio no manifiesta una demanda en particular. Sin embargo, en el transcurso del proceso psicodiagnóstico, aparece la interrogante de no tener explicaciones sobre la actitud de sus compañeros/as, junto con mostrar escasas acciones para revertir esta situación, en base a la creencia de “no poder obligar a los demás a compartir con ella”. Muestra abiertamente la intención de cambiarse de colegio, para tener la oportunidad de “comenzar de nuevo”. Sumado a esto, la paciente ha reiterado en distintas oportunidades, la necesidad de que sus padres “la controlen menos y que sean más permisivos”, para así tener libertad de realizar cosas de su interés.

Finalmente, es importante mencionar, que, en octubre de 2024 e iniciando el proceso psicodiagnóstico, los padres decidieron retirar a su hija de manera anticipada y definitiva del colegio producto de la situación vivenciada.

1.2 Características del objeto de intervención

A nivel individual, se evidencia una paciente de 14 años, que desde su cambio de colegio el año 2023, está presentando dificultades asociadas a la adaptación e integración social, a propósito de la exclusión sistemática que ha vivenciado por parte de sus pares. Sumado a lo anterior, hoy en día, cuenta con signos y síntomas en la línea ansiosa, los cuales pueden evidenciarse en un aumento de peso, atracones a escondidas y onicofagia principalmente. Además de un reciente diagnóstico de TDAH, el cual fue determinado desde una evaluación pediátrica, a raíz de dificultades en la memoria y baja en el rendimiento académico, elementos que también podrían verse exacerbados desde su funcionamiento predominantemente ansioso y situación social. Asimismo, existe un deseo importante por contar con mayor libertad en cuanto a la crianza de sus padres, en donde se evidencian ciertas restricciones en el uso del celular y salidas extraprogramáticas.

La paciente se encuentra cursando la etapa de la adolescencia, en donde de manera inherente, estará lidiando con elementos asociados al desarrollo de su autoconcepto, valoración de este, progreso en su autonomía y práctica de habilidades sociales, sobre todo con sus pares. Los cuales, posiblemente se están viendo afectados de manera global. Asimismo, las manifestaciones propias del TDAH generan un impacto directo en los diversos desafíos asociados a su edad.

En base a lo anterior, es posible hipotetizar que, a partir de la importancia de la relación con pares en su etapa evolutiva, el impacto de ser excluida desde inicios de esta, un funcionamiento predominantemente ansioso y diagnóstico de TDAH, la adolescente presentaría un autoconcepto más bien negativo y dificultades en el desarrollo de habilidades sociales.

Desde un nivel familiar, la paciente forma parte de una familia compuesta por su madre, quien se dedica a la crianza y hogar, su padre, único proveedor y quien trabaja en una empresa ingeniera, su hermano de 4 años y hermana de 2 años.

A partir de dicha composición, es posible observar una sobrecarga parental. En donde, además de contar con funciones asociadas a la definición de roles especificada, se evidencian dificultades en la integración de las etapas del ciclo vital de los hijos, a propósito de la amplia diferencia etaria de la paciente y sus hermanos. Lo cual, conlleva a un desafío adicional de los padres, para comprender y adecuarse a la etapa evolutiva de la adolescente, sus necesidades y problemática actual. Esto mismo, ha ido determinando una dinámica relacional más bien ambivalente entre la paciente y sus padres.

Por una parte, se observa un establecimiento de normas estrictas hacia esta, en donde dentro de las medidas aplicadas, está el activar el control parental en el sistema de su celular, revisión de este sin previo aviso, permiso acotado para salidas extraordinarias, esperar en el auto cuando sale con alguna amiga, entre otras, aludiendo a que la adolescente es algo infantil para su edad. Asimismo, es posible inferir, que dichas restricciones, están implementadas tanto a modo de sobreprotección a su hija, producto de las experiencias vividas, como también al desconocimiento de los límites adecuados en la etapa adolescente. Por otra parte, está la tendencia de parentalizar a la paciente, con el objetivo de aportar en las funciones del hogar y con el cuidado de sus hermanos, lo cual, determina una pauta de interacción bastante horizontal con sus padres, no siendo coherente con los límites impuestos.

A raíz de lo anterior, es posible hipotetizar que, desde una dinámica familiar caracterizada por pautas de interacción ambivalentes, límites difusos y conflictos en la integración de las etapas del ciclo vital de los hijos, la adolescente presentaría dificultades para integrarse a sí misma y a los otros, obstaculizando el establecimiento de vínculos seguros.

En cuanto a un nivel socio cultural, e integrando lo expuesto en niveles anteriores, la paciente se encontraría en una situación poco normativa para su edad, a propósito de la exclusión experimentada, y como consecuencia, el retiro anticipado del colegio. Asimismo, se evidencia que las dificultades económicas, han sido un impedimento importante a la hora de implementar soluciones para la problemática escolar, en donde es posible evidenciar cierta desesperanza e incertidumbre en la paciente con respecto a su situación social. Junto a lo anterior, como último antecedente indagado, se suma a la problemática, el conflicto que existe entre la madre de la adolescente, con el padre de su mejor amiga del barrio, lo cual, ha restringido las visitas al hogar de esta última, la cual, juega un rol importante en su vida actual.

A raíz de lo anterior, se podría hipotetizar que, en base a una estructura familiar tradicional, ambos padres sobrecargados desde sus roles determinados, dificultades económicas y retiro anticipado de colegio, la adolescente estaría un contexto poco normativo para su edad, generando un escenario deficiente para un desarrollo óptimo en general.

Por último, desde una comprensión integral, es posible hipotetizar que, en base a la etapa evolutiva de la paciente, funcionamiento predominantemente ansioso, diagnóstico reciente de TDAH, las experiencias con su entorno y las interpretaciones asociadas a estas, junto a la retroalimentación y evaluación de otros, y, las características de su dinámica familiar, la adolescente estaría presentando un autoconcepto más bien negativo de sí misma, el cual condice con sus dificultades en el desarrollo de habilidades sociales.

1.3 Antecedentes teórico – conceptuales y contextuales

Adolescencia

Se comenzará abordando conceptualmente la etapa evolutiva en la que se encuentra la paciente, para así dar paso a la integración de los distintos elementos que constituyen la problemática presentada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la adolescencia como el período comprendido entre los 10 y los 19 años, el cual representa una etapa de transición entre la infancia y la adultez (Bustamante Espinoza et al., 2022). Durante esta etapa, el ser humano experimenta una serie de cambios físicos, psicológicos y sociales (Amaral et al., 2015, como se citó en González Moreno & Molero Jurado, 2022).

El desarrollo del adolescente cuenta con una tarea importante, que es el enriquecimiento personal y social progresivo, para así lograr un equilibrio óptimo en la interacción de elementos individuales y del entorno. Lo cual, va acompañado con adquirir independencia de los padres, conciencia de su imagen, establecimiento de relaciones, y su autoconcepto en general (Bustamante Espinoza et al., 2022).

Siguiendo la misma línea, en esta etapa se logran una serie de nuevas identificaciones, siendo una de las más importantes, el grupo de pares. Estos, permiten comparar y validar los propios razonamientos y emociones, cumpliendo a la vez, la función de ser una fuente de apoyo y

retroalimentación que modela a los adolescentes, brindando la posibilidad de tomar decisiones de manera autónoma y con seguridad (Calero et al., 2022).

La adolescencia es una etapa de carácter potencial, en donde cada sujeto se enfrenta a una serie de cambios, que debiesen traducirse en recursos para su desarrollo y futuro óptimo (Mardones Ibacache & Escalona Araneda, 2020).

A su vez, dicha etapa se caracteriza por ser un periodo de vulnerabilidad que podría influir negativamente en la salud física y mental de las personas, la cual depende en gran parte de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y/o políticos, que de manera directa e indirectamente, se relacionan con los adolescentes (González Moreno & Molero Jurado, 2022).

Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

En relación a la trascendencia de los cambios biopsicosociales propios de la adolescencia en el desarrollo integral, resulta pertinente abordar el diagnóstico realizado a la paciente.

El TDAH se fundamenta en una base biológica, en su aparición influyen tanto la predisposición genética como diversos elementos del entorno. Los síntomas cardinales son la inatención, la hiperactividad y la impulsividad, conllevando una dificultad general para focalizar la atención a ciertos estímulos, anticipar y organizar acciones, evaluar las posibles consecuencias de lo que se realiza y, además, controlar la respuesta inmediata con el fin de sustituirla por otra más adecuada. Asimismo, se observan alteraciones en los mecanismos vinculados con la motivación y el sistema de recompensa, junto con dificultades en las redes neuronales relacionadas a la introspección y autoconciencia (Soutullo-Esperón & Mardomingo-Sanz, 2010; Thapar et al., 2015, como se citó en Rusca-Jordán & Cortez-Vergara, 2020).

La adolescencia representa un periodo particularmente sensible en quienes presentan un diagnóstico de TDAH, puesto que la sintomatología propia de este trastorno repercute de manera significativa en los ámbitos del desarrollo que comienzan a consolidarse durante esta etapa. A medida que el adolescente asume mayores niveles de autonomía e independencia en la toma de decisiones, así como en el cumplimiento de responsabilidades y la prosecución de sus intereses, las manifestaciones del TDAH tienden a intensificarse, dificultando su desempeño global. En consecuencia, las primeras experiencias vinculadas a la responsabilidad y a la independencia —tales como realizar tareas sin supervisión, asistir de forma autónoma al colegio o administrar recursos personales— pueden convertirse en eventos percibidos como frustrantes e, incluso, traumáticos. Estas vivencias iniciales, al constituir hitos en la transición hacia la adultez, adquieren un carácter decisivo en la configuración de los estilos de afrontamiento que el individuo desarrollará frente a situaciones futuras (Rusca-Jordán & Cortez-Vergara, 2020).

A partir de lo anterior, en lo que respecta al afrontamiento de los diversos cambios que existen en la adolescencia, si no se cuenta con los recursos y/o herramientas adecuadas para sobrellevarlos, esto podría convertirse en un desafío complejo (Estrada et al., 2016, como se citó en González Moreno et al., 2022).

Habilidades sociales

Uno de los tipos de recursos corresponde a las habilidades sociales, las cuales se definen como el conjunto de capacidades que permiten interactuar y relacionarse de manera adaptativa con los demás (Dávila, 2018, como se citó en González Moreno et al., 2022), estando estrechamente vinculadas con la percepción de sí mismo, el bienestar y la salud en general. Estas habilidades se

adquieren y perfeccionan principalmente mediante el contacto y aprendizaje con otros (Tacca Huamán et al., 2020). Por ello, los contextos próximos del adolescente, como la familia, el grupo de pares y la escuela, son ámbitos de gran influencia en su desarrollo (Adarve et al., 2019, como se citó en González Moreno & Molero Jurado, 2022).

Durante esta etapa, las habilidades sociales involucran una serie de comportamientos necesarios para interactuar y vincularse con sus pares, como también, ser efectivos a la hora de relacionarse con adultos. Estas permitirán también, la capacidad de expresar sus pensamientos y sentimientos de manera adecuada en cada situación, conllevando a un desenvolvimiento en base a sus propios intereses y creencias (Fernández Coronado, 2022).

A partir de lo planteado, cabe señalar que el adolescente con diagnóstico de TDAH suele manifestar limitaciones en el desarrollo de habilidades sociales, acompañado de conductas problemáticas y de complicaciones en sus vínculos tanto interpersonales como familiares (Nowak, 2016; Bakker & Rubiales, 2012, como se citó en Nieto Granada & Escárraga Blandón, 2021).

Las dificultades de interacción habitualmente se evidencian en cambios bruscos durante las conversaciones, escasa capacidad para escuchar a los demás, tendencia a iniciar diálogos en momentos poco oportunos e interrupciones constantes. A esto se suman dificultades para seguir normas y para establecer relaciones sociales, lo que en ocasiones favorece el aislamiento debido al temor al rechazo. Estas complicaciones tienden a intensificarse durante la adolescencia, etapa en la que la pertenencia al grupo social adquiere un valor central (Fernandes, Dell'Agli, & Ciasca, 2014; De Boo & Prins, 2007, como se citó en Araújo, Melo, & Moreira, 2019).

Autoconcepto

En relación con lo anterior, a lo largo del ciclo vital el ser humano transita por periodos críticos en los que debe asumir nuevos roles y ajustarse a distintas demandas. En el caso de la adolescencia, uno de los factores estrechamente vinculados con la adaptación social y psicológica corresponde al autoconcepto (Delgado et al., 2013; Fuentes et al., 2011; Shavelson et al., 1976, como se citó en Morales-Quizhpi et al., 2021).

Este, puede ser entendido como un “conjunto de autopercepciones de sí mismo que se forman a través de las experiencias con el entorno y las interpretaciones de dichas experiencias, las cuales tienen una fuerte influencia de los reforzamientos y evaluaciones de otras personas significativas” (Schunk, 2012, p. 490, como se citó en Morales-Quizhpi et al., 2021).

Las manifestaciones del TDAH traen consigo diversas implicaciones en la construcción del autoconcepto y en la percepción de la calidad de vida durante la adolescencia.

El estigma social asociado a este trastorno dificulta en gran medida la comprensión interpersonal en niños y adolescentes, ya que algunos presentan dificultades para integrar el diagnóstico con su autopercepción previa y rechazan sentirse catalogados como diferentes o “anormales”. Esto puede derivar en un deterioro del autoconcepto, el cual, al verse afectado, repercute en la calidad de las relaciones interpersonales, el desempeño académico y la aceptación social, generando limitaciones para reconocer las propias cualidades, compartir sus experiencias y ofrecer apoyo a sus pares (Cánovas, 2017; O'Connor et al., 2018; Houck et al., 2011, como se citó en Nieto Granada & Escárraga Blandón, 2021).

Autoconcepto multidimensional

Desde la perspectiva multidimensional, el autoconcepto es comprendido como la integración del ámbito físico, emocional, familiar, social y académico, que evidencian las distintas dimensiones de una persona. Este, tiene la cualidad de permanecer estable en relación con aspectos más esenciales, y al mismo tiempo, de ser dinámico, según elementos más dependientes del entorno (Esnaola et al., 2011; Mérida et al., 2015; García et al., 2018, como se citó en Morales-Quizhpi et al., 2021). Todo esto, contribuye tanto en la conformación del autoconcepto como en su dimensión evaluativa, es decir, la autoestima (García & Musitu, 2014).

En este sentido, según García y Musitu (2014), las distintas dimensiones pueden entenderse a partir de las siguientes definiciones:

- El autoconcepto físico refiere a la manera en que la persona percibe tanto su condición física como su apariencia. Por un lado, incluye la valoración de la práctica deportiva en sus dimensiones social, física y de habilidad (por ejemplo, “soy mejor en”); por otro, abarca la percepción del aspecto corporal propiamente tal, considerando sus características y cualidades.
- El autoconcepto emocional alude a la percepción que posee la persona respecto de su estado afectivo y de las respuestas que manifiesta ante situaciones determinadas, con un grado de implicación en su vida cotidiana. Por una parte, considera la apreciación general de su estado emocional (por ejemplo, “soy asustadizo”); por otra, abarca reacciones frente a contextos específicos en los que intervienen figuras de autoridad o con un rango superior (por ejemplo, “cuando me pregunta un profesor”).
- El autoconcepto familiar constituye una de las dimensiones centrales del autoconcepto, y se refiere a la percepción que tiene la persona acerca de su implicación, participación e integración en el entorno familiar.
- El autoconcepto social alude a la percepción del individuo respecto de su desenvolvimiento en las relaciones interpersonales. Incluye tanto la forma en que se vincula con su red social — y la facilidad o dificultad que experimenta para mantenerla y ampliarla— como la valoración de las cualidades personales que favorecen dichas interacciones.
- El autoconcepto académico se relaciona con la percepción que el sujeto tiene sobre la calidad de su desempeño en el rol de estudiante. Considera, por un lado, la apreciación que realiza a partir de la retroalimentación de sus profesores y, por otro, la valoración de determinadas características y habilidades que se estiman relevantes en este contexto (García & Musitu, 2014).

La jerarquización de las distintas dimensiones descritas se determina en función a las características de la persona y la influencia de los diferentes ámbitos en los que se desempeña (Morales-Quizhpi et al., 2021).

Asimismo, dicha jerarquía apunta al orden en que se van posicionando los distintos ámbitos del autoconcepto, a partir de la percepción del comportamiento personal en las distintas situaciones y experiencias específicas. Cada ámbito se va situando desde la base hasta lo más alto, en donde se ubica el autoconcepto global (Shavelson et al., 1976, como se citó en Marsh, 2005). He aquí, la relevancia de intervenir en cada uno de los ámbitos del autoconcepto global.

Relación entre habilidades sociales y autoconcepto

Tanto las habilidades sociales como el autoconcepto constituyen constructos esenciales que se van estructurando de manera progresiva en la adolescencia y que facilitan el proceso de adaptación

e interacción social (Ibarra-Aguirre & Jacobo-García, 2016, como se citó en Montalvo Nieto & Jaramillo Zambrano, 2022).

Durante esta etapa evolutiva, la construcción de un autoconcepto sólido constituye un proceso complejo, debido a la presencia de factores internos y externos que impulsan la adquisición de nuevas habilidades y la participación en interacciones sociales. En este marco, las habilidades sociales se pueden ir transformando a lo largo del desarrollo en función de las consecuencias que el individuo percibe de sus conductas en la socialización, estando moduladas tanto por variables internas —como los sistemas cognitivo y afectivo—, como por factores externos —como la cultura, la familia y el contexto escolar—. Del mismo modo, dichas habilidades forman parte del proceso socioemocional y contribuyen a generar estrategias personales de adaptación, orientadas a desplegar respuestas saludables frente a situaciones adversas del entorno (Betancourth et al., 2017; Sosa-Palacios & Salas-Blas, 2020, como se citó en Montalvo Nieto & Jaramillo Zambrano, 2022).

En el mismo sentido, según Caldera-Montes et al. (2018), como se citó en Montalvo Nieto y Jaramillo Zambrano (2022), reconocen una relación directa entre el autoconcepto y las habilidades sociales, de manera que la autopercepción de los individuos incide en sus competencias de comunicación interpersonal y en su capacidad de adaptación en el ámbito social.

Es por esto, que el identificar tempranamente los factores de riesgo que puedan afectar el adecuado desarrollo de ambos constructos, permite implementar medidas de intervención oportunas.

Siguiendo la misma línea, es pertinente hacer alusión a los síntomas asociados al TDAH, en donde si bien se espera que las manifestaciones asociadas a la hiperactividad disminuyan, la impulsividad e inatención continuarán obstaculizando la adaptación óptima a la adolescencia (Rusca-Jordán & Cortez-Vergara, 2020).

Según Araújo et al. (2019), la frontera entre un comportamiento considerado patológico, asociado al TDAH, y la vivencia de sentirse incapaz o limitado para realizar ciertas actividades o enfrentar determinadas situaciones es muy sutil, lo que conlleva elevados niveles de sufrimiento y angustia. Estas dificultades resultan particularmente complejas durante la adolescencia, etapa caracterizada por la construcción de “quién soy yo”, mediante un proceso de búsqueda de valores propios y conductas que permitan diferenciarse o integrarse con los demás.

En definitiva, estos planteamientos permiten comprender el TDAH como un fenómeno que trasciende el diagnóstico clínico, ya que también se construye en los discursos sociales y en su influencia sobre la manera en que los adolescentes se perciben y relacionan con su entorno (Araújo, Melo, & Moreira, 2019).

Familia como sistema

Ahora bien, en lo que respecta al escenario próximo central de la paciente, será importante abordar a la familia, la cual se comprenderá desde la perspectiva que considera a la familia como un sistema, definido como “un conjunto de elementos en interacción dinámica cuyo estado individual de cada elemento está determinado por la situación de los otros, y el cual se organiza para cumplir funciones específicas” (Sinche & Suárez, 2006, p. 2).

A partir de lo anterior, la familia es entendida como un sistema social abierto, es decir, que se encuentra en permanente interacción con el medio natural y sociocultural (Sinche & Suárez, 2006), el

cual está compuesto por un conjunto de personas relacionadas entre sí, influyéndose mutuamente (Ochoa, 2004, como se citó en Arias, 2012).

Subsistemas u holones

Siguiendo la misma línea, el sistema familiar está organizado en base a una estructura relacional, en función de los roles que cumple cada miembro perteneciente a esta. De esta forma, en dicha estructura, es posible reconocer subsistemas u holones (Minuchin & Fishman, 1996, como se citó en Arias, 2012).

En cuanto al holón individual, este alude tanto a los componentes individuales que aporta cada integrante de la familia, desde el autoconcepto en el contexto familiar y características personales; como a la influencia de los otros miembros en dichos elementos individuales; está el holón o subsistema conyugal, que abarca exclusivamente a la relación de pareja; también el holón parental, definido por las interacciones entre los padres e hijos, atribuyendo a la crianza y socialización de estos últimos, el cual, se va modificando según la etapa y necesidades de cada hijo; y, el holón fraternal, referido únicamente a la relación entre hermanos, la cual, cuenta con un orden jerárquico etario, en donde, aun así, todos los hijos están al mismo nivel.

Es de suma importancia que cada miembro se sitúe específicamente en su holón, para así desempeñar el rol asociado a este, es decir, como hijo, padre, madre, hermano, estableciendo una dinámica que respete las reglas de relación y los límites instaurados de cada subsistema, generando un orden familiar diferenciado (Arias, 2012).

Límites

En base a la estructura, entre cada holón o subsistema existen límites. Según Minuchin (1977), estos son los espacios emocionales y físicos entre los miembros. Su función central es proteger la diferenciación del sistema, ya que todo subsistema implica funciones y demandas específicas a sus miembros. Es importante que estos sean claros y definidos con precisión, para así permitir a los integrantes de cada holón desarrollarse sin interferencias, y a la vez, estar en contacto con los otros subsistemas.

Dentro de un continuo, existen los límites difusos y rígidos, evidenciándose familias aglutinadas o desligadas respectivamente. En cuanto al primer tipo, se observa que el sentido de pertenencia implica un abandono importante de la autonomía, presentando baja diferenciación entre sus miembros y dificultades en resolución de problemas de manera independiente, conllevando a que las conductas de cada integrante, repercute intensamente sobre los otros. Con respecto a la segunda clasificación, se evidencia un sentido de independencia desproporcionado, generando escasa lealtad y capacidad de interdependencia, lo cual impacta en la disposición de dar y recibir ayuda (Minuchin, 1977).

Pautas transaccionales

Asimismo, dentro del sistema familiar están las pautas transaccionales, las cuales determinan y regulan el comportamiento de los miembros del sistema. Dichas pautas se mantienen por reglas, que definen quién participa y de qué manera, organizando desde una jerarquía a los subsistemas; en conjunto a la idiosincrasia, sustentada en las expectativas mutuas de los miembros de la familia, las cuales se basan desde el origen del sistema, y los distintos acuerdos explícitos e implícitos entre los miembros a lo largo del tiempo.

La relevancia de estas pautas radica en permitir que cada miembro, pueda relacionarse, ser comprendido y anticipar ciertos acontecimientos para la disminución de conflictos. A propósito de la evolución natural de una familia, se requiere la creación y negociación de nuevas pautas (Minuchin, 1977).

Comunicación

Además de lo explicitado en cuanto a estructura, la teoría sistémica hace especial énfasis en la dinámica de relaciones en la familia, siendo la comunicación la demostración concreta de la relación (Ortíz, 2007, como se citó en Arias, 2012). Las relaciones familiares, son producidas a través del lenguaje, tanto de manera verbal como no verbal, en donde la comunicación mutua, debe ser de carácter coherente, concreta y asertiva entre los integrantes de cada familia.

Siguiendo la misma línea, dicha comunicación, será entendida en base a los siguientes estilos. Primeramente, está el de comunicación abierta, el cual implica una apertura positiva al intercambio desde la libertad y la comprensión; en segundo lugar, está el de comunicación evitativa, caracterizándose por la resistencia al intercambio de información y una falta de comprensión; y por último, está el de comunicación ofensiva, determinado por el escaso respeto y mutua consideración (Estévez López, Murgui Pérez, Moreno Ruiz, & Musitu Ochoa, 2007, citado en Toledo Conco & Velásquez Silva, 2022).

Dinámica familiar

A partir de lo anterior, la dinámica familiar, se entiende como una estructura relacional, determinada por el orden y roles implicados en el sistema familiar (Arias, 2012). Haciendo alusión a los subsistemas, límites, pautas transaccionales y comunicación.

Ahora bien, entendiendo que cada sistema naturalmente se encuentra en movimiento, la dinámica familiar inherentemente estará influenciada por el ciclo vital familiar, el cual implica una serie de etapas y tareas asociadas, para lo cual, la familia debe ser un escenario favorecedor para el desarrollo de cada miembro.

Según Minuchin (1982), existen cuatro fases específicas en el proceso evolutivo de una familia, correspondiendo a la formación de la pareja; la familia con hijos pequeños; la familia con hijos en edad escolar o adolescente y la familia con hijos adultos.

Cada fase se caracteriza según la edad de los hijos, entendiendo que, a medida que un miembro madura, sobre todo en la adolescencia, las demandas de los padres entran en conflicto con los requerimientos de los adolescentes, para así ir desarrollando su autonomía.

El duelo del paso desde la infancia a la adolescencia ocurre principalmente en la familia. Por esto, dicha etapa es un momento clave para reforzar la comunicación familiar y promover una actitud democrática en la dinámica, ya que una actitud de índole autoritaria podría generar oposicionismo por parte de los adolescentes (Molina & García, 2021).

A partir de estos momentos transicionales de la familia, inherentemente existirá una reestructuración del sistema, lo que conlleva a un cambio importante en las funciones de cada miembro, existiendo una renegociación constante de los límites internos y los elementos extrafamiliares. A la vez, está el desafío de mantener su continuidad, guiando y permitiendo el crecimiento de los distintos miembros, sujeto a las necesidades particulares de cada uno, mientras se adapta a un entorno cambiante (Minuchin, 1977).

Si bien, no existe una fórmula perfecta de la dinámica relacional, a propósito de lo diverso y dinámico que es un sistema, la dinámica familiar se considerará óptima cuando la familia es comprendida como un sistema en constante evolución y de carácter interdependiente, se privilegian las relaciones por sobre los contenidos, se respetan los roles y funciones de cada miembro, y se establecen límites eficientes que promuevan una comunicación y convivencia ordenada y respetuosa (Arias, 2012).

Familia y adolescencia

Ahora bien, en lo que respecta a la relevancia de la familia en la adolescencia, es posible observar que esta tiene un papel protagónico en el desarrollo psicosocial del adolescente, participando de manera activa en la formación de capacidades cognitivas, comportamentales, sociales, morales y culturales de las personas, necesarias para la transición de la niñez a la adultez; éste es un proceso altamente variable entre los individuos, condicionado por diferentes circunstancias (Gómez-Velásquez, 2021, p. 204).

En la misma línea, se sostiene que el desarrollo integral del adolescente está relacionado significativamente con elementos externos a lo individual, en donde el contexto familiar es un ámbito central que debe ser involucrado en el análisis de esta etapa (Gómez-Velásquez, 2021).

Desde el enfoque multidimensional del autoconcepto, se reconoce que distintos entornos influyen en el desarrollo del adolescente, siendo la percepción que tienen los padres uno de los factores más influyentes, hasta el punto de determinar mayormente la elaboración de su autoconcepto (Morales-Quizhpi et al., 2021).

A partir del enfoque sistémico, se puede ver que las familias con hijos adolescentes transitan distintos cambios asociados a las tareas de su momento vital familiar. Sin embargo, en ocasiones donde se evidencia un sistema familiar con hijos en distintas etapas evolutivas, dentro de la dinámica familiar podría producirse una parentalización del adolescente, definiéndose como una negligencia emocional por parte de los padres, debido a la asignación de tareas que no corresponden a su rol, y que exceden las capacidades emocionales y/o físicas de este. Lo cual, se traduce en dejar de lado las demandas y necesidades asociadas a su etapa, ya que existe la creencia que esto ayuda a la mantención del equilibrio en el sistema familiar. Cuando el adolescente percibe que las demandas de los distintos entornos exceden sus herramientas de afrontamiento, irá desarrollando una serie de reacciones a modo de adaptar sus recursos, lo cual implica una activación fisiológica negativa importante (Cagigal, 2010; Pedraza, 2022, como se citó en Arango Prado, Escofié Aguilar, & Ruiz González, 2024).

Finalmente, y en coherencia con lo señalado anteriormente, es importante recalcar que los síntomas del TDAH suelen llevar al adolescente a conductas disruptivas que dificultan el respeto por las normas y los límites personales, lo que puede derivar en experiencias de exclusión o rechazo por parte de su entorno, limitando la posibilidad de establecer vínculos sociales estables y de interactuar de manera satisfactoria con sus pares y con otras personas de su convivencia cotidiana (Díez et al., 2009; Wheeler & Carlson, 1944, como se citó en Nieto Granada & Escárraga Blandón, 2021).

Por lo tanto, la familia al desempeñar la función de socialización primaria influye de manera decisiva a través del estilo de crianza que adopta. Así, aspectos como los límites, la expresión afectiva y la comunicación se convierten en factores clave para que el adolescente construya percepciones de valía personal, eficacia, autonomía, seguridad y confianza (Quezada, 2019, como se citó en Nieto Granada & Escárraga Blandón, 2021).

Enfoque sistémico y terapia

El enfoque sistémico permite comprender al individuo no como una entidad aislada, sino como un ser de carácter intersubjetivo, relacional, complejo, contextualizado y cultural (Althaus, 2015). Esta perspectiva aplicada a la terapia plantea al ser humano como un sujeto construido en la interacción social, poniendo especial énfasis en los vínculos con sus pares y, de manera central, en las dinámicas propias del contexto familiar (Arias Arcos & Romero Garrido, 2023).

En lo referente a la terapia con enfoque sistémico en la adolescencia, la práctica se centra principalmente en atender: La relación con el sí mismo, aludiendo a temáticas relativas de su etapa evolutiva e individualidad; la relación con el mundo, asociado al desarrollo de la autonomía y proceso exploratorio a medida que su mundo relacional se amplía; y, por último, las relaciones con los otros, en donde se destaca la vinculación dentro de sus contextos próximos (San Martín & Barra, 2013, como se citó en Mardones Ibacache & Escalona Aranedo, 2020).

Con base en lo anterior, Terán (2016) analiza la propuesta de Canevaro en su reseña sobre la terapia individual sistémica, en donde se destaca la relevancia de integrar a miembros significativos de la familia en determinadas sesiones de terapia individual, con el propósito de abordar la dimensión relacional del proceso terapéutico.

En el caso del paciente adolescente, implicar a la familia en el trabajo terapéutico individual es clave. A propósito de que la tarea de atravesar la adolescencia también puede resultar desafiante para el grupo primario, ya que implica movilizar recursos nuevos y confrontar sus propias experiencias y creencias previas, generando una crisis en la dinámica familiar (San Martín & Barra, 2013, como se citó en Mardones Ibacache & Escalona Aranedo, 2020).

Para la inclusión activa de la familia en el proceso terapéutico, Mardones Ibacache y Escalona Aranedo (2020) hacen hincapié en la importancia de generar previamente un espacio en el que el adolescente se sienta cómodo y perciba que la terapia está orientada a sus propios objetivos personales. En este sentido, se encuadra a los padres, mostrando que dicho espacio no constituye una terapia familiar propiamente tal, sino que, su participación estará basada en la colaboración para alcanzar resultados positivos en la paciente y con su sistema familiar.

A modo de complemento, según Tubay (2024), dentro del abordaje del TDAH, el enfoque sistémico adquiere importancia al considerar la interacción constante entre el adolescente y su contexto familiar.

Este enfoque trasciende la mera atención a los síntomas del paciente, integrando además la influencia que ejercen las dinámicas y actitudes familiares en la evolución del trastorno y en la efectividad del tratamiento.

La ausencia de una participación activa de los actores implicados puede restringir o incluso revertir los avances del tratamiento. En este sentido, resulta esencial que el profesional promueva la comunicación y la colaboración entre todas las partes involucradas, garantizando un apoyo consistente y articulado al paciente. De esta manera, se optimiza el proceso terapéutico y se favorecen resultados más sostenibles a largo plazo (Tubay, 2024).

Contexto a nivel nacional

A raíz de lo expuesto, será importante hacer alusión al ámbito contextual, específicamente a políticas nacionales, que enmarcan y dan cuenta de la relevancia de intervenir en esta etapa evolutiva. En este caso, se hará referencia a la Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia.

En el marco de esta política, se busca prioritariamente el desarrollo de acciones para la promoción del bienestar, fomentar factores protectores para la salud mental y prevenir factores de riesgo, además de implementar intervenciones tempranas para abordar problemáticas mentales, de acuerdo con las necesidades y particularidades de cada niño, niña, adolescente y su familia. Se intenciona que dicha población, logre alcanzar un funcionamiento óptimo, junto a un bienestar psico social, logrando un buen autoconcepto, relaciones familiares y pares positivas, capacidad para afrontar los desafíos de su etapa y adquirir herramientas para participar de manera activa en la sociedad.

Es importante mencionar, que uno de los modelos que sostiene esta política, es el bioecológico, dando cuenta que el desarrollo humano es en base a las interacciones recíprocas y progresivas entre la persona y su contexto, entendiendo que existe una interrelación entre características personales y elementos interpersonales, y del ambiente.

Para esto, se propone la idea de implementar estrategias integrales e intersectoriales, abordando los distintos ámbitos que influyen en el bienestar. Esta política, incorpora cinco componentes que son fundamentales para la salud mental. Correspondiendo a la familia, comunidades educativas, comunidad, poblaciones en mayor riesgo de exclusión y respuesta a la red pública de salud (Ministerio de Salud de Chile, 2023).

A modo de complemento, el Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes MINSAL 2023, hace una clara alusión a la importancia de la salud mental y su tratamiento en adolescentes con TDAH, enmarcando esta condición dentro de una problemática de salud pública relevante para este grupo etario. Se hace hincapié en la necesidad de un abordaje integral y continuo del TDAH, teniendo en cuenta las particularidades propias de la adolescencia.

Este programa, no solo resalta la alta prevalencia e impacto del TDAH, identificado como el segundo diagnóstico de salud mental más frecuente en la adolescencia, sino que además enfatiza en la indispensable participación de la familia en el proceso de atención y recuperación (Ministerio de Salud de Chile, 2023).

Contexto a nivel internacional

A modo de complemento, es importante abordar el escenario mundial en cuanto a salud mental en la adolescencia.

Por una parte, se evidencia la iniciativa “Ayudar a los Adolescentes a Prosperar”, desarrollada conjuntamente por la OMS y UNICEF. Esta busca fortalecer tanto las políticas públicas como los programas orientados a la salud mental adolescente, con el objetivo de promover el bienestar psicológico, prevenir trastornos mentales y reducir conductas autolesivas y de riesgo. Esta estrategia se fundamenta en una visión colaborativa que involucra a adolescentes, sus cuidadores, comunidades, organizaciones civiles y gobiernos, con el fin de generar un entorno protector.

El conjunto de herramientas HAT (por sus siglas en inglés), se estructura sobre un enfoque socio ecológico, el cual resalta la necesidad de intervenir en múltiples niveles —individual, familiar, comunitario y social— considerando los factores de riesgo y los marcos socioculturales en los que se insertan los adolescentes, así como los sistemas de atención disponibles (World Health Organization & UNICEF, 2021).

Por otra parte, La Organización Panamericana de la Salud (PAHO, 2023) destaca el Programa “Familias Fuertes”, el cual está dirigido a adolescentes entre 10 y 14 años, junto a sus cuidadores o padres, con el propósito de fortalecer la cohesión familiar y mejorar la comunicación en el hogar.

Este fue diseñado originalmente hace casi cuatro décadas en Estados Unidos, y su implementación sostenida ha permitido evaluar su impacto a lo largo del tiempo, evidenciándose reducciones significativas y costo eficientes —tanto en el corto como en el largo plazo— en conductas de riesgo como el consumo de sustancias, la violencia y las prácticas sexuales sin protección. Asimismo, se ha documentado un efecto positivo en las prácticas parentales y el desempeño escolar de los adolescentes (Pan American Health Organization [PAHO], 2023).

A modo de síntesis, las diversas iniciativas y programas revisados, tanto a nivel nacional como internacional, coinciden en la necesidad de implementar medidas de carácter multinivel, que aborden al individuo en interacción con su entorno relacional y contextual. Esto enfatiza la relevancia de una intervención integral que contemple la complejidad de los factores que inciden en el bienestar.

1.4 Antecedentes empíricos

Adolescencia

A modo de contexto, Chile presenta un estado de salud mental preocupante en niños, niñas y adolescentes, en donde, existe una vasta evidencia de que la prevalencia de trastornos psiquiátricos entre los jóvenes chilenos ya era alta antes de la pandemia. En donde, en adolescentes específicamente, los trastornos disruptivos, ansiosos y depresivos eran los más frecuentes (Ministerio de Salud, 2017, como se citó en Granese, Reyes & Albornoz, 2023).

Según el Instituto Nacional de la Juventud (2022), el 13,2% de los adolescentes entre 15 y 19 años recibe algún tratamiento psicológico y/o farmacológico por problemáticas de salud mental.

Al analizar los diagnósticos más prevalentes en controles de salud mental tanto en el nivel de atención primaria como en el secundario durante el período 2021–2022, se identifica que, en el grupo de 10 a 19 años, la depresión —en sus formas moderada y grave— constituye el diagnóstico más común, seguido por el trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH) (Ministerio de Salud de Chile, 2023).

Es importante mencionar, que, la salud mental del adolescente puede variar en la sociedad. A partir de esto, es de suma relevancia, el apoyo y orientación para una vida mayormente armónica consigo mismo y su entorno. La Organización Mundial de la Salud, evidencia que los adolescentes dependen de su familia, establecimiento educacional, comunidad y servicios de salud, para poder adquirir competencias óptimas para afrontar a los desafíos de su etapa y lograr una transición satisfactoria (Iriarte Bennetts et al., 2018). En donde, a partir de los servicios de salud, es atingente mencionar, que, los tratamientos psicológicos, han demostrado eficacia, efectividad y eficiencia para abordar tanto trastornos psicológicos, como las diversas dificultades socioemocionales que pueden existir durante la adolescencia (Fonagy et al., 2015; Weisz & Kazdin, 2017, como se citó en Fonseca-Pedrero et al., 2021).

A nivel mundial, aproximadamente uno de cada siete adolescentes de entre 10 y 19 años presenta algún trastorno mental, lo que equivale al 15 % de la carga global de enfermedad y mortalidad en este grupo de edad. Entre las principales causas de discapacidad y afectación de la salud en esta población se encuentran la depresión, la ansiedad y los trastornos de la conducta (Organización Mundial de la Salud, 2025).

Según el Institute for Health Metrics and Evaluation (2024), los resultados del *Global Burden of Disease Study 2021* evidencian que los trastornos emocionales representan una problemática frecuente en la adolescencia. Dentro de ellos, los trastornos de ansiedad —que pueden manifestarse en crisis de angustia o preocupación excesiva— son los más comunes, con una mayor prevalencia en adolescentes de mayor edad. Se calcula que afectan al 4,1 % de quienes tienen entre 10 y 14 años y al 5,3 % de quienes se encuentran entre los 15 y 19 años, mientras que la depresión alcanza al 1,3 % de los primeros y al 3,4 % de los segundos.

Por otra parte, los trastornos del comportamiento presentan una mayor incidencia en adolescentes más jóvenes. En este grupo, el 2,7 % de los adolescentes de 10 a 14 años y el 2,2 % de los de 15 a 19 años presentan trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), caracterizado por dificultades para mantener la atención, hiperactividad y conductas impulsivas.

Habilidades sociales

Con respecto a temas relevantes durante la adolescencia, el estudio de las habilidades sociales, en esta etapa cobra especial interés a propósito de la gran variedad de actitudes y comportamientos presentes. Hoy en día, estas superan en relevancia a las habilidades cognitivas, sumado a la gran influencia que tienen en la percepción del sí mismo. Las habilidades sociales cumplen el rol de factor protector en esta etapa de la vida (Betancourth, Zambrano, Ceballos, Benavides y Villota, 2017; Pereira et al., 2016; Mendoza y Maldonado, 2016, como se citó en González Moreno y Molero Jurado, 2022).

Se ha evidenciado, que las habilidades sociales se desarrollan y potencian, cuando la persona tiene contacto con otros, y se logran establecer en la adolescencia a partir de distintos tipos de aprendizaje, es decir, por observación, experiencial y verbal (Álvarez, 2017, como se citó en Tacca Huamán, Cuárez Cordero & Quispe Huaycho, 2020).

Según la revisión sistemática realizada por González Moreno y Molero Jurado (2022), con respecto a las habilidades sociales y su relación con otras variables en la etapa de la adolescencia, se evidenció que los adolescentes que puntúan alto en habilidades sociales presentan un estilo de vida saludable, en cuanto al ejercicio físico, prácticas de autocuidado y el no consumo de sustancias. Siguiendo la misma línea, se muestran resultados positivos en cuanto a inteligencia emocional, relativos a mayor autocontrol, bienestar y sociabilidad. En torno a estos distintos factores, hay una asociación directa con una mayor capacidad de resiliencia en los adolescentes, y existe un menor riesgo de conductas suicidas. Sumado a lo anterior, se evidencia que la utilización de medios tecnológicos para la relación entre adolescentes y entorno, se logra fomentar una serie de habilidades sociales, y al mismo tiempo, hay mayor satisfacción con la vida. La carencia de habilidades sociales facilita el desarrollo de conductas en la línea disruptiva e implica una mayor probabilidad de padecer algún tipo de trastorno o problemática asociada, lo cual, impacta en el bienestar, aprendizaje y desarrollo integral del adolescente (Ghobadi et al., 2020; Magalhães et al., 2021; Nesi de Mello et al., 2019; PortelaPino et al., 2021; Salavera et al., 2019; Sosa & SalasBlas, 2020; Gonzáles et al., 2019).

Ahora bien, teniendo en cuenta el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención, en un estudio realizado por Fuentes et al. (2014), se identificaron estrategias sociales poco efectivas en la interacción con pares, vinculadas a conductas disruptivas, lo que repercute en un desempeño limitado dentro de los contextos educativos y relacionales en los que los niños con TDAH participan.

No obstante, se enfatiza que, cuando este trastorno no se acompaña de limitaciones psíquicas que afecten la capacidad intelectual, los individuos tienen la posibilidad de adquirir y fortalecer sus habilidades sociales. En esta misma línea, las dificultades en las habilidades sociales observadas como

parte del TDAH no implican necesariamente que los individuos sean incapaces de desarrollarlas, sino que estas se ven condicionadas por la base biológica del trastorno. Esta condición limita el potencial de dichas competencias al reducir los recursos para su expresión y, en consecuencia, la capacidad de adaptación; sin embargo, también reconoce que las personas con este diagnóstico mantienen la posibilidad de aprender y ajustar sus conductas a lo largo de la vida (Fuentes et al., 2014).

Autoconcepto

Por otra parte, será relevante mostrar la relevancia del autoconcepto en la adolescencia. El cual, se considera un constructo complejo que debe ser estudiado en esta etapa, debido a que es un periodo crítico que conlleva una serie de desafíos, ligados a la adquisición de nuevas habilidades, interacciones y vínculos psicosociales (Espejo et al., 2018, como se citó en Tacca Huamán, Cuárez Cordero y Quispe Huaycho, 2020).

Desde la revisión de la medición multidimensional del autoconcepto, elaborada por Pulido Guerrero et al. (2023) se concluyó lo siguiente:

El autoconcepto físico cumple un rol fundamental en la percepción de sí mismo durante la adolescencia, particularmente en la formación de la autoimagen. En cuanto al autoconcepto emocional, este se relaciona con la motivación, el desarrollo de la personalidad y el contacto afectivo consigo mismo. La evidencia indica que puntajes bajos en este ámbito se asocian a una mayor propensión a presentar síntomas de depresión, ansiedad y un bajo rendimiento en las actividades generales. Respecto al autoconcepto familiar, los puntajes altos se vinculan con una buena capacidad de adaptación, mayor estabilidad y relaciones interpersonales consistentes, mientras que los puntajes bajos se relacionan con una tendencia a la inadaptación, el desequilibrio y la inmadurez. En lo referente al autoconcepto social, se ha demostrado que puntajes elevados se asocian a un desempeño positivo con los demás y a logros previos relacionados con la interacción social. Por último, un autoconcepto académico positivo se manifiesta en la capacidad de mantener la motivación ante situaciones de fracaso y en el desarrollo de competencias (Loayza Gonzales, 2019; Marsh et al., 2014; Roa García, 2013; Salum-Fares et al., 2011, como se citó en Pulido Guerrero et al., 2023).

En la misma línea, en la revisión teórico-analítica de González Balanta, Cuartas Torres y Joaqui (2022), se sostiene que el autoconcepto global está especialmente asociado a la adaptación psicosocial durante la adolescencia.

El presentar un autoconcepto negativo, puede interferir en la percepción de las propias capacidades del adolescente en diversos contextos, conllevando a un malestar consigo mismo y sus habilidades, lo cual, podría generar alteraciones en la línea afectiva, ansiosa, e incluso síntomas psicopatológicos. Un autoconcepto positivo, promoverá la exploración, desarrollo y potenciamiento de habilidades, además de favorecer un desarrollo adecuado de la identidad, permitiendo adaptarse adecuadamente a los diferentes contextos y actividades del día a día (Bello Pulido et al., 2020; Castro et al., 2021; Chávez et al., 2017; Ramos-Díaz et al., 2017; Rodríguez-Fernández et al., 2016; Rosa Guillamón et al., 2019, como se citó en González Balanta et al., 2022).

Por otra parte, desde la revisión sistemática sobre autoconcepto en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH realizada por Nieto Granada y Escárraga Blandón (2021), se evidencia que la sintomatología inatenta se relaciona negativamente con el autoconcepto académico y social. Asimismo, se describe que este trastorno afecta de manera significativa al autoconcepto, siendo la dimensión académica la más impactada debido a las dificultades que presentan los estudiantes en el aprendizaje de los contenidos curriculares. En cuanto a la dimensión social, los hallazgos muestran que los niños y adolescentes con TDAH suelen atravesar reiteradas experiencias de fracaso en

diferentes ámbitos de su vida, marcadas por llamados de atención, sanciones y desaprobación de figuras significativas como padres, profesores —quienes perciben comportamientos disruptivos que afectan la dinámica de la clase— y pares, con quienes enfrentan conflictos frecuentes por su dificultad para controlar impulsos (Cueli et al., 2020; Dolgun et al., 2013; Ruiz-Gálvez, 2015; Cánovas, 2017; González-Pianda et al., 1997; López & Romero, 2013; Martínez & Ruíz, 2018; Muñoz, 2014; Shavelson et al., 1976; Rodríguez et al., 2018, como se citó en Nieto Granada & Escárraga Blandón, 2021).

Relación entre habilidades sociales y autoconcepto

A modo de integración, se encontró una relación significativa entre las habilidades sociales y el autoconcepto, en donde, a medida que este se fortalece, el desarrollo de habilidades sociales en adolescentes incrementa. Asimismo, se evidenció que el autoconcepto físico, social, emocional, familiar y académico, se relaciona de manera positiva con las habilidades sociales, especialmente el autoconcepto social. En conjunto a esto, los adolescentes que se destacan por una actitud optimista a la hora de afrontar retos, que elaboran una búsqueda activa de soluciones y que son capaces de buscar apoyo al momento de solucionar problemas, presentan una alta puntuación en su evaluación de autoconcepto académico y habilidades sociales. Por ende, los jóvenes que dan cuenta de un bajo autoconcepto y déficit en habilidades sociales cuentan con menores herramientas para afrontar situaciones adversas (Caldera et al., 2018; Baquerizo & Geraldo, 2016; Morales, 2017; Jaureguizar et al., 2018, como se citó en Tacca Huamán, Cuárez Cordero, & Quispe Huaycho, 2020).

En este sentido, durante la adolescencia la vinculación entre el TDAH, el autoconcepto y las habilidades sociales resulta particularmente significativa, pues el trastorno puede intensificar el riesgo de baja autoestima, y generar distorsiones en el autoconcepto, frecuentemente asociadas a dinámicas familiares disfuncionales o a relaciones sociales problemáticas. Estas dificultades favorecen la aparición de un ánimo deprimido y sentimientos de infravaloración, además de vincularse con un bajo rendimiento académico y una mayor vulnerabilidad frente a conductas de riesgo como la delincuencia o el consumo de sustancias. Cuando existe comorbilidad con trastornos afectivos, el riesgo se amplifica y puede derivar en ideación o conductas suicidas (Barkley, 2015, como se citó en Rusca-Jordán & Cortez-Vergara, 2020).

Influencia de la familia como sistema

Desde la evidencia científica, se ha demostrado como los jóvenes van elaborando, modificando y/o resignificando sus representaciones e imaginarios en función de su dinámica familiar (Jaggers, J. W., et al., 2015, como se citó en Gómez-Velásquez, 2021).

Una dinámica familiar óptima, se relaciona positivamente con el desarrollo de habilidades sociales de los adolescentes, disminuye las conductas de riesgo, favorece el desempeño académico y protege de problemáticas relacionadas a la salud mental (Esteves-Villanueva et al., 2020; Muñoz et al., 2020, como se citó en Montoya-Gaxiola & Corona-Figueroa, 2021).

Además, diversos estudios han evidenciado que el entorno familiar influye directamente en el autoconcepto, observándose que los adolescentes con mayor autoconcepto y adaptación personal suelen percibir a sus familias como espacios cohesionados y con bajos niveles de conflicto (Esnaola et al., 2011; De La Torre et al., 2013; González-Pianda et al., 2002; Pichardo & Amezcua, 2001; Putnick et al., 2008, como se citó en Morales-Quizpi et al., 2021).

Tomando el enfoque sistémico, es posible evidenciar que las familias al enfrentarse a las distintas necesidades y particularidades de los hijos adolescentes, podría ser complejo su ajuste en general. A raíz de esto, cuando un sistema familiar no es capaz de adaptar sus reglas en las pautas

establecidas, es frecuente la aparición de diversa sintomatología, desde conductas externalizantes e internalizantes, aludiendo a dificultades de índole emocional, como depresión, ansiedad y/o aislamiento social (Escofié Aguilar & Ruiz González, 2024).

En la comprensión de la adolescencia con diagnóstico de TDAH, Araújo, Melo y Moreira (2019) plantean que la familia constituye un factor clave en la superación de las dificultades, aunque también puede transformarse en una fuente de estrés cuando ejerce presión por un mayor rendimiento. En esta línea, Oliveira y Dias (2015, como se citó en Araújo, Melo & Moreira, 2019) destacan que los padres representan una fuente esencial de apoyo para responder a las necesidades emocionales y académicas de los adolescentes con este trastorno.

Enfoque sistémico y terapia

La terapia con enfoque sistémico resulta fundamental cuando las experiencias relacionales del adolescente, influenciadas por patrones prejuiciados, obstaculizan su proceso de autoexploración, dificultan la formación de nuevos vínculos y limitan su autonomía en el proceso de construcción de identidad y relación con el entorno (Mardones Ibacache & Escalona Araneda, 2020).

Cazalla y Molero (2013, como se citó en Mardones Ibacache & Escalona Araneda, 2020) sostienen que los múltiples cambios propios de la adolescencia pueden desencadenar una crisis importante relacionada con la autoaceptación y la aceptación social. Estas transformaciones también repercuten en los entornos cercanos del adolescente, como la familia, donde en muchas ocasiones no logran comprender sus nuevas formas de comportamiento.

A partir de lo anterior, Terán (2016) sostiene que trabajar con la familia de origen constituye un recurso fundamental para potenciar la efectividad de la terapia individual.

La colaboración de los padres y/o familiares, permite enriquecer la comprensión tanto de la problemática como de la historia del adolescente, se pueden aclarar ciertos malentendidos, promover reconciliaciones y comprender directamente la historia de los padres (Canevaro, 2012).

En base a lo anterior, se evidencia que la familia tiene un impacto significativo en el origen y mantenimiento de problemáticas en los hijos. Sin embargo, al mismo tiempo, corresponde a un núcleo donde se pueden encontrar recursos para la mejora y resolución de las dificultades individuales, pudiendo considerarse como un factor relevante para el éxito de un tratamiento psicoterapéutico (Cuenca Doimeadios & González Martínez, 2022).

De manera particular, Rusca-Jordán y Cortez-Vergara (2020) destacan que, en el abordaje del TDAH en niños y adolescentes, el tratamiento debe diseñarse de manera integral y ajustarse a las características individuales de cada paciente, con el propósito de atenuar los síntomas principales del trastorno y las limitaciones funcionales que estos generan. Asimismo, subrayan la necesidad de incorporar a la familia en el proceso terapéutico, atendiendo sus inquietudes y preferencias, además de proporcionar instancias de psicoeducación sobre la naturaleza del TDAH y las distintas opciones de intervención disponibles. La psicoeducación, en particular, ha demostrado ser una estrategia eficaz para fortalecer la adherencia al tratamiento y aumentar la satisfacción tanto de los padres como de los propios pacientes.

Para lo anterior, se sostiene que resulta fundamental integrar a la familia en el tratamiento del adolescente con TDAH, dado que existe una estrecha vinculación entre las conductas del joven y las actitudes adoptadas por sus familiares (Tubay, 2024)

Ante esto, Caviglia (2022, como se citó en Tubay, 2024) señala que las familias de adolescentes con TDAH suelen presentar niveles de estrés parental más elevados en comparación con aquellas cuyos hijos tienen un desarrollo típico. Asimismo, se observa una mayor predisposición a manifestar trastornos psicológicos como ansiedad o depresión, y un predominio de estilos parentales autoritarios que repercuten negativamente en los adolescentes. En este contexto, este autor considera que las intervenciones que han mostrado mayor efectividad son la terapia sistémica y los programas de entrenamiento a padres, los cuales han contribuido a reducir el estrés parental y a fomentar conductas prosociales en niños, niñas y adolescentes.

De manera complementaria, López et al. (2023, como se citó en Tubay, 2024) plantean que la intervención en pacientes con TDAH debe abordarse considerando los contextos educativo, social y familiar.

Desde esta perspectiva, el enfoque sistémico resulta especialmente pertinente, ya que reconoce la influencia de las dinámicas familiares y sociales en la manifestación del trastorno, lo que permite un abordaje más integral y eficaz. Los NNA con TDAH suelen presentar dificultades en los factores relacionados con la vida familiar, las interacciones sociales y el rendimiento académico, impactando también en el bienestar emocional del núcleo familiar. En este sentido, las familias requieren orientación adecuada y oportuna que les permita fortalecer los vínculos con sus hijos y, de esta manera, favorecer una mejor calidad de vida (Tubay, 2024).

1.5 Problematicación inicial

A partir de lo expuesto, se puede observar, que efectivamente la adolescente se encuentra cursando una etapa crítica del desarrollo humano, caracterizada por profundos cambios a nivel físico, emocional, relacional e identitario. En este período, las relaciones con los pares cobran un valor central en la configuración del autoconcepto, siendo estos vínculos una fuente de validación, experimentación y construcción de identidad. En este contexto, la exclusión social, el bajo desempeño académico reciente y la retroalimentación negativa por parte del entorno, especialmente en el espacio escolar, configuran una vivencia significativa de malestar que está afectando de manera multidimensional a la paciente.

Se observa que la problemática no solo se manifiesta a nivel individual, sino que también está relacionada a sus interacciones cotidianas. A raíz de esto, el enfoque sistémico permite entender a la adolescente en función de los vínculos que establece, siendo la familia uno de los sistemas más influyentes en su desarrollo actual. En este caso, las pautas transaccionales familiares parecen estar marcadas por la sobreprotección, la parentalización y un acompañamiento que, aunque bien intencionado, podría estar limitando la autonomía y el acceso a nuevas experiencias fundamentales para su etapa evolutiva. Asimismo, se observan elementos contextuales y económicos que han limitado la toma de decisiones para promover el bienestar de la adolescente.

A nivel clínico, la adolescente podría estar desarrollando una percepción más bien negativa de sí misma, influenciada por sus vivencias de exclusión y dificultades para establecer vínculos significativos, diagnóstico reciente de TDAH y sintomatología más ansiosa. Lo anterior ha impactado directamente en las distintas dimensiones de su autoconcepto global, evidenciando una vulnerabilidad que requiere ser abordada de forma integral y contextualizada.

Considerando esto, se torna fundamental intervenir desde un enfoque que no solo contemple sus síntomas, sino que aborde la problemática relacional que sostiene y que retroalimenta su malestar. El integrar a figuras significativas de la familia en el proceso psicoterapéutico puede permitir

una mayor comprensión de las dinámicas relacionales y promover el desarrollo de habilidades sociales más adaptativas. Así también, la familia puede transformarse en un recurso protector clave para su desarrollo, siempre que se promueva una reestructuración en ciertas pautas transaccionales que facilite la autonomía, la validación y el acceso a nuevas experiencias.

En definitiva, lo que se evidencia es una problemática que ha afectado significativamente la construcción del autoconcepto de la adolescente, el desarrollo de habilidades sociales y su bienestar integral. Resulta fundamental comprender a la adolescente desde una perspectiva sistémica, que permita abordar sus necesidades, motivaciones, sueños y problemáticas, no solo desde lo individual, sino también desde lo relacional, a propósito de los distintos elementos familiares y contextuales que han influenciado en sí misma. Esto, permitirá potenciar sus recursos personales y a la vez trabajar con las potencialidades de su grupo familiar, con el propósito de fomentar un autoconcepto global positivo en la adolescente.

En base a lo expuesto, la pregunta clínica propuesta es:

¿Cómo la dinámica familiar influencia la construcción de un autoconcepto global positivo en la adolescente?

II. Diagnóstico

2.1 Objetivos de diagnóstico

Pregunta diagnóstica:

¿Cómo es la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido?

Objetivo general:

Describir la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido.

Objetivos específicos:

Describir los roles de cada subsistema en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido.

Describir los límites en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido.

Describir las pautas transaccionales en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido.

Describir los estilos de comunicación en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido.

2.2 Diseño de la estrategia de levantamiento de información

Ficha clínica:

Primer insumo utilizado, el cual fue enviado por la pediatra tratante, con el objetivo de dar a conocer información global sobre la paciente e iniciar la derivación al proceso psicodiagnóstico. Allí fue posible encontrar antecedentes relevantes de su biografía, en conjunto información pesquisada en cuanto a su composición familiar, ciclos evolutivos de los miembros y sus roles en específico.

Además de conocer antecedentes familiares importantes implicados en la problemática. Dicho documento, corresponde a una fuente secundaria de información, debido a que los datos no se indagaron directamente en las sesiones, si no que fueron previamente escritos en el contexto de atención médica de la paciente.

Observación clínica:

Esta permite tanto comprender procesos, vinculaciones entre personas y situaciones, experiencias o circunstancias, como patrones que se mantienen en el tiempo (Miles et al., 2013; Jorgensen, 1989, como se citó en Hernández et al., 2014). Asimismo, esta no corresponde a una contemplación, si no que, implica adentrarse de manera profunda en una situación, manteniendo un rol activo, como lo es la reflexión permanente. Se debe estar atento a los detalles, sucesos e interacciones (Hernández et al., 2014). Dicha técnica, fue utilizada de manera transversal en el proceso de psicodiagnóstico, siendo posible observar elementos comportamentales de la paciente en sesión, en conjunto a dinámicas de interacción con sus padres de manera directa, lo que corresponde a una fuente primaria información.

Dinámica interactiva con cartas (Dixit):

Este material fue aplicado durante una sesión con la adolescente, cuyo objetivo principal fue explorar la percepción que la paciente posee de sí misma y de los integrantes de su familia, posibilitando al mismo tiempo la indagación de las dinámicas presentes en su sistema familiar. La consigna inicial consistió en seleccionar una carta que representara a la propia paciente y a cada miembro de su familia nuclear, justificando posteriormente cada elección. Este ejercicio constituyó una fuente primaria de información, dado que fue implementado directamente en el trabajo clínico con la paciente.

Entrevista semiestructurada:

La principal herramienta utilizada en el proceso fue la entrevista, específicamente de tipo semiestructurada, puesto que el objetivo central fue establecer una instancia de intercambio de información, que se basó en una guía de preguntas, la cual permitió introducir nuevas interrogantes, profundizando mejor en dicha información (Hernández et al., 2014). Con dicha herramienta fue posible guiar el proceso psicodiagnóstico, abordando demandas iniciales y problemáticas centrales de la paciente y sus padres, en conjunto a antecedentes relevantes en general. Mediante dichas entrevistas, realizadas tanto a los padres como a la paciente, se pudo conocer en detalle los diversos elementos de la dinámica familiar, al existir preguntas asociadas a los roles dentro del sistema, límites establecidos, pautas transaccionales y estilos de comunicación predominantes. Estas, corresponden a una fuente de información primaria, puesto a que los datos fueron recogidos directamente de las personas entrevistadas en el contexto de psicodiagnóstico.

Anotaciones o notas de campo:

Estas corresponden al registro durante momentos asociados al planteamiento (Hernández et al., 2014), que, en este caso, es la situación de psicodiagnóstico. El tipo específico, corresponde a las anotaciones de la observación directa, es decir, descripciones de lo que se está observando y escuchando de los participantes; también, hay de carácter interpretativas, es decir, comentarios desde las interpretaciones de lo percibido (Hernández et al., 2014). Dichas notas, refieren al cuaderno de apoyo utilizado por la terapeuta, en donde se registraron la totalidad de las sesiones, específicamente, respuestas de entrevistas y observaciones realizadas. Estas anotaciones, fueron cruciales para contar con un respaldo y registro global de los datos recogidos a la hora de entrevistar

y observar a la paciente y sus padres, puesto a que, si no existieran, se volvería complejo analizar los resultados del proceso psicodiagnóstico. Lo anterior alude a una fuente primaria de información.

2.3 Análisis de los resultados del diagnóstico

En primera instancia, se expondrá el análisis de los resultados en función de las distintas fuentes de recolección de información, para posteriormente desarrollar una interpretación integrada desde una perspectiva multinivel.

Entrevistas

1. Describir los roles de cada subsistema en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido:

En cuanto al rol del subsistema parental, se identificó una definición específica de funciones de la madre y el padre, en donde esta es quien se hace cargo principalmente del cuidado y hogar, mostrando asumir un rol en la línea de la protección y control, mencionando *“siempre la he protegido de todo, ni siquiera que la miren feo”* (anexo 1, m). El padre por su parte cuenta con un rol más práctico y de carácter estructurado, intencionado a proveer herramientas para que su hija afronte a su entorno *“necesita herramientas para encajar, para sociabilizar”* (anexo 1, p). Asimismo, indica *“yo le doy consejos sobre cómo comportarse en el colegio, pero no siempre me escucha”* (anexo 3, p).

En referencia al rol del subsistema fraternal, la paciente asume un rol de cuidadora de sus hermanos menores, lo cual, en ocasiones ha significado molestias: *“con mis hermanos chicos tienen otro trato. Solo porque soy la hermana mayor”* (anexo 2, a). También expresa *“cuando hay que hacer algo en la casa, siempre me lo piden a mi primero”* (anexo 5, a), y algunos conflictos asociados a privilegios de hermanos menores: *“mi hermano quiere pasar en mi pieza y yo no quiero”* (anexo 2, a), lo cual, se suma a lo obtenido en la dinámica con cartas, definiendo a su hermano como *“es un prínceso, quiere que le hagan todo, me gustaría que fuera más autosuficiente, pide cosas ridículas que si sabe hacer”*, y al aludir a su hermana *“es dictadora”* *“se calma solo con quiere estar en ese momento”*.

Desde el rol individual, se presenta cierta autoexigencia de su parte y una búsqueda constante de autonomía *“siempre trato de hacer todo sola, pero a veces siento que no puedo”* (anexo 5, a), *“no quiero depender de mis papás para todo, pero no me dejan tomar mis propias decisiones”* (anexo 3, a). Sumado a esto, su rol de hermana mayor la lleva a una sobrecarga emocional: *“siento que siempre tengo que ser el ejemplo de mis hermanos”* (anexo 2, a), considerándolo a la vez injusto, *“no me dejan ser yo misma, todo tiene que ser como ellos dicen”* (anexo 5, a).

2. Describir los límites en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido:

En lo que respecta a los límites de esta dinámica familiar, es posible observar que son de carácter difusos, y generan cierta disfuncionalidad en el sistema de la familia. Por una parte, fue posible ver, que los padres involucran a su hija en problemas que debiesen ser resueltos por ellos, en donde la madre menciona *“ella no nos quería contar sus problemas en el colegio, por nuestros problemas”* (anexo 1, m). Lo cual, se complementa con lo manifestado por la paciente *“mi mamá me contó, había mamás que pelaban a la mía”* (anexo 5, a). Por otra parte, la adolescente siente una invasión constante de su privacidad, ejemplificando *“nunca puedo estar tranquila porque mis hermanos siempre me interrumpen”*, lo cual es complementado con *“nosotros tenemos que saber las claves de sus cuentas, no porque desconfiemos de ella”* (anexo 4, p), esto, se complementa con lo

descrito por la paciente en la dinámica de cartas, aludiendo al padre: *“es curioso, copuchentea, busca enterarse de las cosas, quiere saber todo”*.

Siguiendo la misma línea, hay una falta de límites en cuanto a las responsabilidades y funciones asociadas al rol de la adolescente *“es una súper hermana. Se hace cargo de sus hermanos”* (anexo 4, m). Además, existen límites difusos en la diferenciación de emociones dentro de la dinámica, conllevando en ocasiones a un sobre involucramiento por parte de los padres *“ahí yo llamé a la mamá de la niña para saber qué pasaba”* (anexo 1, m), mencionando además *“prefiero intervenir antes de que las cosas se salgan de control”* (anexo 3, m). Además, la madre proyecta su experiencia personal en su hija: *“yo lo pasé pésimo siendo gorda, no quiero que ella lo pase mal. Sé que es mi trauma, mi dolor, pero la cuidó por salud”* (anexo 4, m).

En conjunto a lo anterior, desde las observaciones realizadas en la interacción en sesión, se percibe cierta ambivalencia en los límites entre la paciente y sus padres, en donde en ocasiones las conversaciones se tornaban de carácter horizontal (incluyendo ciertos improperios a modo de confianza), lo cual se complementa con lo mencionado por la paciente *“se desahogan conmigo”* (anexo 2, a), *“igual ya he probado alcohol en mi casa”* (anexo 3, a) y, en otras, los padres imponiendo límites, como por ejemplo, advirtiéndole que no entre a alguna consulta o que no saque más dulces del frasco de la sala de espera.

3. Describir las pautas transaccionales en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido:

En relación a las reglas explícitas evidenciadas, está el uso restringido de tecnología: *“tiene solo una hora de TikTok al día, y se bloquea a las 21:00”* (anexo 4, p), *“es una forma de enseñarle a administrar su tiempo”* (anexo 3, m). En conjunto a esto, existe un control con respecto a qué hace y con quién interactúa en el celular: *“siempre le revisamos el teléfono”* (anexo 1, madre), diciendo también *“nos preocupa lo que pueda ver o con quién pueda hablar”* (anexo 3, m). Si bien, dichas reglas aparecen como un intento de protección y educación, esto genera bastante frustración en la paciente, comentando *“me enferma, me da rabia, siempre me lo revisan”* (anexo 2, a).

Asimismo, el fundamento de las distintas reglas, estarían basadas en la idiosincrasia y valores que los padres buscan transmitir: *“para nosotros es un acto de amor el educar, es difícil ser duro. Los dos estudiamos en colegios de cura, ciertos valores, primera línea, de ganarse las cosas. Queremos inculcar lo mismo”* (anexo 1, m). Asimismo, existe una iniciativa de los padres, por querer saber de la etapa adolescente y qué reglas son adecuadas para dicha edad. *“no sabemos qué es la adolescencia”* (anexo 1, p), *“me siento estricta”* (anexo 1, m). En la misma línea, se evidencian ciertas reglas con respecto a la alimentación y autoimagen a partir de experiencias pasadas de la madre, en donde la madre menciona *“yo lo pasé pésimo siendo gorda, no quiero que ella lo pase mal. Sé que es mi trauma, mi dolor, pero la cuidó por salud”* (anexo 4, m).

4. Describir los estilos de comunicación en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido:

En la línea de la comunicación abierta, la madre muestra interés por fomentar el diálogo emocional: *“dime con sinceridad qué te pasa”* (anexo 1, m).

En cuanto a la comunicación evitativa, lo cual se evidencia en que la adolescente en ocasiones opta por ocultar información a sus padres, para evitar conflictos y/o lograr conseguir algo: *“casi todo*

lo tengo que hacer así, aviso con poca anticipación porque así me dejan más” (anexo 5, a). “mañana me regalan un gato, lo voy a llevar a escondidas” (anexo 5, a).

En la línea más ofensiva, se ejemplifica con el estilo anterior, en donde la paciente comenta: *“cuando me invitan a algo, aviso con poca anticipación, si le digo antes, mi mamá me chantajea con eso y el permiso” (anexo 5, a).* Esto mismo, además se complementa en la descripción que hace de su hermana en la dinámica de cartas: *“es dictadora”.* Por último, sus padres mencionan desregulaciones emocionales en la adolescente: *de repente no controla su ira, trata mal a su hermano” (anexo 1).*

Por último, es posible evidenciar cierta contradicción en el discurso y acción de los padres *“no queremos que aguanté malos tratos para agradar a otros” (anexo 1).* Esto mismo, se ve en la dinámica paradójica percibida por la adolescente, generando frustración y falta de libertad. *“mis papás me consideran ingenua, me dicen que soy niña de casa” (anexo 3, a),* a lo cual agrega *“no confío en cualquiera, de hecho, no me siento ingenua” (anexo 3, a).*

Observaciones clínicas

1. Describir los roles de cada subsistema en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido:

En cuanto al subsistema parental, se evidenció una verbalización coherente sobre los roles de ambos padres, coincidiendo a la hora de manifestar sus funciones parentales. La madre se destaca por una expresión más extrovertida, y el padre más en la línea de la introversión.

En relación al subsistema fraternal, desde la paciente, al momento de referirse a sus hermanos, mantuvo una actitud más bien indiferente y demostrando cierta molestia frente a ciertas situaciones. Durante la dinámica con cartas Dixit, logró involucrarse activamente, describiendo a sus hermanos con características más bien negativas, lo cual permitió acceder al significado emocional y su rol como hermana.

Desde el holón individual, se evidenció un discurso cargado de autoexigencia, además de una búsqueda constante de autonomía. La adolescente tendía a cambiar elevar su tono de voz a la hora de comunicar emociones relacionadas a la frustración y descontento. Esto permitió complementar la comprensión de su vivencia individual dentro del contexto familiar.

2. Describir los límites en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido:

Durante las entrevistas, se identificaron momentos en los que los padres compartían, sin mayor filtro, sus preocupaciones o vivencias cargadas emocionalmente, lo cual podría contribuir a la inversión de roles. En la misma línea, era posible observar momentos de bastante horizontalidad entre la paciente y sus padres, en donde en ocasiones era bien recibido, pero en otras le llamaban la atención. Esto también podría contribuir a la confusión de roles.

En sesiones únicamente con la madre, se constató una fuerte carga emocional al hablar de temas vinculados a experiencias pasadas, lo cual se evidenciaba en su tono de voz y necesidad de justificar sus decisiones.

Por otra parte, la paciente muestra evidente tensión a la hora de abordar la molestia que le produce la invasión de su privacidad, teniendo pausas prolongadas al expresarse.

3. Describir las pautas transaccionales en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido:

Durante sesiones familiares, al momento de hablar sobre las reglas impuestas, los padres adoptaban un tono firme y con escasa apertura al cuestionamiento. La adolescente por su parte reaccionaba con expresiones faciales que demostraban disgusto. Al momento de conversar sobre el control parental del celular, la paciente mostraba un patrón corporal de retraimiento constante.

Asimismo, en ocasiones los padres mostraban disposición por reflexionar en cuanto a sus prácticas, aunque con cierta rigidez en la aplicación de sus normas. Se observó bastante sincronía a la hora de justificar su crianza. La paciente por su parte refleja un distanciamiento emocional ante dichas justificaciones, cuestionando verbalmente el exceso de control.

4. Describir los estilos de comunicación en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido:

En sesiones conjuntas, si bien los padres verbalizan disposición a la apertura emocional de la paciente, en estos momentos, ella se veía dificultada respondiendo brevemente. Asimismo, en ocasiones era evidente la ambigüedad por parte de los padres a la hora de incentivar la autonomía, mientras limitaban a la adolescente desde la sobreprotección. A esto, ella verbalizaba con ironía su desacuerdo.

En sesiones individuales, la adolescente se caracteriza por tener un tono más bien lúdico y lenguaje distendido. Mantiene un lenguaje corporal cómodo, sobre todo a la hora de quitarse los zapatos.

Integración

A partir de lo expuesto, y considerando una perspectiva multinivel, es posible identificar que, en el nivel individual, la adolescente presenta autoexigencia, necesidad de aprobación y búsqueda constante de autonomía, elementos que influyen directamente en la conformación de su autoconcepto global. Su discurso refleja una tensión entre el deseo de independencia y las restricciones parentales, lo cual afecta su autoconcepto emocional y familiar, al experimentar frustración por no poder tomar decisiones propias y la necesidad de aprobación familiar, generando una ambivalencia entre la autoafirmación y la dependencia afectiva. Además, en cuanto a su autoconcepto social, la adolescente manifiesta dificultad para sostener límites interpersonales y expresar desacuerdos, lo cual se vincula con la tendencia a evitar conflictos. La necesidad de cumplir con expectativas externas repercute en su manera de vincularse, priorizando la aceptación sobre la autenticidad. La sobreexigencia personal y el rol de cuidadora dentro del subsistema fraternal, refuerzan un patrón de autoconcepto familiar centrado en la responsabilidad y el cuidado de otros, limitando el reconocimiento de sus propias necesidades. En cuanto al autoconcepto físico, la internalización del control corporal y los comentarios asociados al peso, producen una vivencia corporal vigilada, con escaso espacio para la autoaceptación e internalizando la necesidad de validación externa. Finalmente, en el autoconcepto académico, la paciente incorpora la exigencia de logro transmitida por sus padres, mostrando preocupación por cumplir expectativas más que por su propio desarrollo, lo cual limita su percepción de competencia académica y fomenta una autoevaluación crítica y comparativa.

A nivel familiar, las entrevistas y observaciones clínicas evidencian una dinámica caracterizada por límites difusos, roles poco diferenciados y una dinámica ambivalente. Los padres expresan preocupación constante por su hija, pero al mismo tiempo ejercen un control que restringe su

autonomía. Esta tensión afecta el autoconcepto emocional y familiar, ya que la adolescente percibe contradicciones entre el discurso de confianza y conductas de vigilancia. La paciente participa de una dinámica con inversión parcial de roles, actuando como figura contenedora o confidente de los padres, lo cual refuerza la percepción de sobrecarga emocional, afectando su autopercepción como hija y hermana. La sobrecarga asociada a la parentalización desde su posición como hermana mayor y ejemplo refuerza un autoconcepto basado en la responsabilidad, pero con escaso reconocimiento afectivo. En el autoconcepto social, los estilos comunicacionales familiares –mezcla de apertura y control – condicionan la manera en que la paciente se relaciona con sus pares. Esto mismo, se ve influido por pautas transaccionales marcadas por la rigidez de las normas y la preocupación por encajar, lo cual determina una forma de relacionarse privilegiando el control y la aprobación por sobre la espontaneidad. En relación al autoconcepto físico, la proyección materna en torno al cuerpo y la salud se internaliza como un mandato de cuidado, más que como valoración personal, generando confusión entre bienestar y apariencia. Por último, la transmisión de valores desde la exigencia y el control, contribuyen a un autoconcepto académico sustentando en la presión y al miedo al fracaso.

En el plano contextual-cultural, la familia se enmarca en un contexto de clase media profesional, con valores tradicionales y aspiraciones de movilidad social, lo que permea las pautas educativas y los ideales de desempeño. Los padres, formados en instituciones religiosas, orientan su crianza por pautas marcadas desde lo normativo y conservador, lo cual, influye en todas las dimensiones del autoconcepto, al configurar un ideal de “hija”, que tensiona el proceso de individuación propio de la adolescencia. Este marco cultural sostiene pautas de crianza sobreprotectoras y demandantes, que, si bien buscan formar una hija autónoma y segura, terminan limitando su desarrollo independiente y su capacidad de definir un autoconcepto global positivo y coherente.

Discusión de resultados

En base a los resultados obtenidos y antecedentes teóricos – conceptuales, contextuales y empíricos, se está en presencia de un caso situado en contexto sociocultural en el que la salud mental de niños, niñas y adolescentes presenta altos niveles de sintomatología ansiosa y depresiva, siendo las adolescentes mujeres un grupo particularmente vulnerable (Defensoría de la Niñez, 2022; Granese, Reyes & Albornoz, 2023). Este contexto permite situar el caso dentro de una problemática social más amplia, en donde el aumento sostenido de la sintomatología en adolescentes ha sido vinculado a factores relacionales, académicos y familiares, lo que enfatiza la importancia y necesidad de abordajes integrales que incluyan al entorno familiar como eje del proceso terapéutico.

En ese sentido, se vuelve fundamental considerar el impacto del sistema familiar en la salud mental de la adolescente, en tanto se construye un proceso conjunto para reforzar dinámicas disfuncionales. En este caso, la rigidez en la estructura y la coexistencia de límites difusos con pauta más bien autoritarias han dificultado la adaptación de la familia a la adolescencia, lo cual ha generado tensiones que inciden directamente en el autoconcepto de la paciente.

En conjunto a lo anterior, a propósito de la sobrecarga parental que ambos padres tienen desde sus funciones específicas, se ha producido una parentalización de la adolescente, a lo cual, según Pedraza (2022), manifiesta que, de manera inherente, minimiza sus propias necesidades, traduciendo esta pauta a los distintos contextos en que ella se desenvuelve. Dicha dinámica familiar, posiblemente está impactando en la formación del autoconcepto y habilidades sociales de la adolescente, puesto a que, la ambivalencia descrita, obstaculiza la capacidad de establecer límites e integración de sí misma. Este fenómeno se evidencia en las entrevistas y observaciones clínicas, donde la adolescente asume funciones de cuidado hacia sus hermanos menores y expresa constante

sensación de falta de privacidad y control excesivo por parte de los padres. Tales características son consistentes con sistemas familiares aglutinados, en los que los límites difusos obstaculizan el proceso de individuación del adolescente (Minuchin, 1977).

Se está en presencia de un sistema familiar, en el cual está siendo complejo dar respuestas y adaptarse, tanto a las demandas internas como externas del sistema. En donde se observa, que existe una perpetuación de pautas transaccionales que jerarquizan a la familia, con escasa diferenciación entre los ciclos vitales a los que se están enfrentando. El subsistema parental, manifiesta el interés por fomentar el bienestar en la paciente, sin embargo, será importante guiar el proceso de acomodación de las pautas, a propósito de las diversas crisis vivenciadas. Esto es coherente con la evidencia que indica que cuando las familias no logran adecuar sus reglas y funciones a las tareas del ciclo vital adolescente, pueden emerger manifestaciones sintomáticas (Arango Prado et al., 2024).

Un autoconcepto negativo puede interferir significativamente en la adaptación psicosocial, favoreciendo la aparición de malestar afectivo, síntomas ansiosos y baja percepción de competencia (Pulido Guerrero et al., 2023; González Balanta et al., 2022). En este caso, la adolescente verbaliza percepciones contradictorias sobre sí misma, lo cual podría estar asociado a la ambivalencia comunicacional que vive con sus figuras parentales, generando confusión en la validación de su experiencia emocional. Esta ambivalencia se refleja en una autoimagen confusa, donde coexisten deseos de independencia con sentimientos de incapacidad y temor al rechazo. De acuerdo con García y Musitu (2014), el autoconcepto se nutre de las experiencias de validación social y familiar, por lo que el escaso reconocimiento de las emociones de la adolescente limita la consolidación de un autoconcepto más coherente y positivo.

Por otro lado, las habilidades sociales se han identificado como factores protectores en esta etapa del desarrollo, promoviendo el bienestar, la resiliencia y el vínculo con otros (González Moreno & Molero Jurado, 2022). Desde el caso, se evidencia que la paciente utiliza estrategias evitativas y encubiertas para relacionarse con su entorno, mostrando desconfianza en los adultos y dificultades para establecer interacciones espontáneas en contextos normativos. Esto puede relacionarse con la escasa modelación de habilidades sociales dentro de la familia y con la percepción de control excesivo por parte de los padres, lo que limitaría el ensayo y error necesario para el aprendizaje social (Tacca Huamán et al., 2020).

La terapia con enfoque sistémico destaca la importancia de considerar a la familia como un sistema en transformación, donde las dificultades del adolescente no pueden ser comprendidas aisladamente, sino en función de las distintas pautas transaccionales compartidas (Arias Arcos & Romero Garrido, 2023). Así, incluir a figuras significativas en el proceso terapéutico puede no solo clarificar conflictos relacionales, sino también abrir caminos hacia una mayor comprensión mutua y validación emocional (Mardones Ibacache & Escalona Araneda, 2020; Canevaro, 2012).

Desde esta perspectiva, la intervención orientada tanto a aspectos individuales como relacionales, junto a la psicoeducación parental, permitiría promover la autonomía progresiva de la adolescente y fomentar un autoconcepto global positivo.

Conclusiones

El objetivo central de este proceso diagnóstico fue describir la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido, mediante entrevistas y observaciones clínicas orientadas a analizar los roles de cada subsistema, los límites, las pautas transaccionales y los estilos de comunicación presentes en la dinámica familiar.

En relación con el primer objetivo específico —describir los roles de cada subsistema en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido—, en cuanto al subsistema parental, la madre asume un rol de sobreprotección y control, mientras que el padre adopta una posición más estructurada y orientada al logro. Ambos, sin embargo, mantienen una implicación intensa en la vida cotidiana de la hija, lo que reduce las oportunidades de autonomía y genera una percepción ambivalente de apoyo y restricción. En el subsistema fraternal, la adolescente cumple un rol de tipo parental, caracterizado por el cuidado de sus hermanos menores, lo que conlleva a una sobrecarga emocional y una percepción de responsabilidad constante. Desde el subsistema individual, se observa que la adolescente internaliza la función de “hija ejemplar”, vinculando su valor personal al cumplimiento de expectativas familiares. Esta parentalización, refuerza un autoconcepto familiar basado en el deber y la utilidad, más que en la autoafirmación o el reconocimiento personal.

Respecto al segundo objetivo – describir los límites en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido—, los resultados evidencian fronteras difusas entre los subsistemas parental e individual, que restringen la autonomía de la adolescente y dificultan la diferenciación emocional. La invasión de su privacidad, la participación en conflictos adultos y la falta de espacios propios inciden en su autoconcepto emocional y social, generando inseguridad para actuar y temor a la desaprobación. La paciente percibe que ejercer independencia podría provocar conflicto o rechazo, lo que inhibe su desarrollo autónomo y su capacidad para sostener límites en las relaciones interpersonales.

En cuanto al tercer objetivo —describir las pautas transaccionales en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido —, se observó la existencia de reglas rígidas y creencias normativas, orientadas al control y la corrección, que, si bien buscan promover el bienestar y la disciplina, limitan la flexibilidad y el desarrollo de la autoeficacia. Estas pautas afectan el autoconcepto académico y físico, en donde la adolescente asocia su valía con el rendimiento y la aprobación externa; junto con internalizar mandatos maternos respecto a la imagen corporal que promueven la autocrítica y la inseguridad, más que el cuidado de su salud.

Finalmente, respecto del cuarto objetivo —describir los estilos de comunicación en la dinámica familiar de la adolescente con un autoconcepto global disminuido—, se identificó una comunicación ambivalente, caracterizada por la coexistencia de momentos de apertura emocional con episodios de control o invalidación. Esta inconsistencia interfiere en la expresión emocional de la adolescente, reforzando la idea de que manifestar sus sentimientos puede generar conflicto. Ello impacta en su autoconcepto emocional, generando evitación afectiva y dificultad para reconocer y expresar sus propias necesidades de manera asertiva.

En síntesis, el proceso diagnóstico permitió comprender la dinámica familiar de la adolescente desde una perspectiva multinivel y sistémica, evidenciando cómo los roles, límites, pautas transaccionales y estilos de comunicación influyen directamente en la conformación de un autoconcepto global disminuido, expresado de manera transversal en las dimensiones social, familiar, emocional, física y académica.

Los resultados revelan una dinámica familiar con recursos afectivos significativos, pero estructurada sobre patrones relacionales que promueven la dependencia, la sobreexigencia y la necesidad de validación externa. Estas condiciones limitan la autonomía y la autoaceptación de la paciente, sosteniendo un autoconcepto global disminuido y condicionado por la aprobación de otros, lo que constituye un punto de partida fundamental para la formulación de la estrategia de intervención posterior.

III. Propuesta de intervención

3.1 Relevancia de la intervención

Relevancia teórica

En relación a las contribuciones que podría evidenciarse en esta intervención, es el aporte en cuanto a la incidencia e importancia de la familia en el desarrollo de ciertas tareas centrales en la etapa de la adolescencia, como lo es la formación global del autoconcepto.

Si bien, la literatura muestra ampliamente la influencia de las relaciones de pares en este periodo, a propósito de la importancia que tiene el proceso de diferenciación y promoción de la autonomía en esta edad (Calero et al., 2022), es de suma relevancia, dar cuenta de cuáles podrían ser los beneficios de explorar y dar protagonismo al sistema familiar en el desarrollo de un autoconcepto positivo y habilidades sociales óptimas en el transcurso de esta etapa, lo cual determinará en gran parte en el desenvolvimiento de las personas a lo largo de su vida.

La familia no solo juega un rol fundamental en la etapa de la niñez, sino que también, es un aliado y referente central en la promoción de un autoconcepto positivo en la adolescencia, a raíz de que continúa siendo el contexto más próximo de los sujetos, convirtiéndola en una fuente importante de modelamiento y acompañamiento en lo que será el establecimiento de un funcionamiento adaptativo en su entorno y en lo que este conlleva (Jaggers, J. W., et al., 2015, como se citó en Gómez-Velásquez, 2021).

Desde la teoría, se hace alusión a la estrecha relación y determinación entre el autoconcepto y habilidades sociales, demostrando que son ámbitos constituidos desde elementos internos como externos al sujeto, por lo que, el presentar a la familia como un actor externo principal, puede resignificar la participación de este sistema en la percepción del si mismo, el bienestar y salud en general (Caldera et al., 2018; Baquerizo & Geraldo, 2016; Morales, 2017; Jaureguizar et al., 2018, como se citó en Tacca Huamán et al., 2020).

En base a lo anterior, el aporte que se generará en la teoría es reforzar la idea de que la familia como sistema debe involucrarse respetuosamente en las tareas del desarrollo en la adolescencia, como lo es la formación global del autoconcepto, y respaldar finalmente, la necesidad de implicar y hacer partícipe a los distintos integrantes del sistema en un proceso de intervención psicoterapéutico.

Relevancia metodológica

A modo de contexto, es relevante hacer hincapié, en que la evidencia teórica aborda la importancia de la participación activa de la familia en el proceso psicoterapéutico de un adolescente, a propósito de ser pacientes menores de edad, en conjunto, a que estos mayoritariamente son integrantes de un sistema familiar (Colegio de Psicólogos de Chile, 1999; Espada et al., 2020).

Por una parte, desde el enfoque sistémico principalmente, es posible encontrar diversos métodos y estrategias que implican a la familia en los procesos psicoterapéuticos de los adolescentes, mediante sesiones individuales con algún integrante de la familia y/o sesiones vinculares cuando el psicólogo determina que el proceso lo amerita.

Ahora bien, en ciertas ocasiones, parte del motivo de consulta asociado da cuenta de una alta necesidad de intervención en la dinámica familiar del paciente, en donde el psicólogo tratante se puede ver enfrentado, a una situación en donde no necesariamente se pesquisen antecedentes

suficientes para una derivación a terapia familiar, o bien, no se vuelve factible para la familia acceder a este tipo de intervención por diversas razones.

A raíz de esto, para poder lograr los objetivos terapéuticos y cambios esperados, los profesionales cuentan con el deber ético de adecuar sus estrategias, considerando su formación y habilidades clínicas, incorporando intervenciones familiares en dicho proceso psicoterapéutico, proponiendo un tratamiento en donde no se pierda de vista que el adolescente es el protagonista de su proceso, y al mismo tiempo, se pueda establecer un trabajo en la dinámica familiar, para así promover el bienestar integral del paciente (Mardones Ibacache & Escalona Aranedo, 2020).

Es por esto, que, el plantear una propuesta de intervención que involucre al paciente como protagonista, la necesidad de acompañar directamente la dinámica familiar, y en conjunto a problemáticas que estén asociadas a tareas de la etapa evolutiva, genera una oportunidad y/o referencia tanto a otros profesionales de la salud mental, como también a futuros procesos psicoterapéuticos propios.

Relevancia social

Teniendo en cuenta la relevancia del constructo de autoconcepto durante la etapa de la adolescencia, el realizar una intervención en dicho elemento, posibilita una instancia preventiva para la conformación global de este y el fortalecimiento en la dinámica del contexto próximo.

Tanto con el adolescente de manera individual, pero también haciendo partícipe a la familia de manera activa, se logra generar consciencia con respecto a la influencia del sistema familiar en el desarrollo de su autoconcepto global. Esto mismo, trae consigo el sentido de responsabilidad de este contexto próximo, de adecuar y generar dinámicas que permitan promover un desarrollo adolescente óptimo y, por consiguiente, una transición sana hacia a la adultez.

El permitir que la familia se involucre de manera respetuosa, otorgará la oportunidad de generar un proceso alineado a la dinámica familiar y las características individuales de la paciente, en donde el aprendizaje conseguido luego del proceso de intervención podrá ser transmitido en el cotidiano y pautas transaccionales presentes de generación en generación.

Relevancia práctica

El paso por la adolescencia de unos de los miembros del sistema tiende a generar diversas tensiones en los roles de cada miembro en la familia, además de provocar incertidumbre en cuanto a los cambios esperados para esta etapa. Ante esto, desde la teoría sistémica, se hace hincapié en la necesidad de mantener una constante evolución. No obstante, en ciertas ocasiones, la familia no cuenta con una orientación y/o acceso a información adecuada para enfrentar los cambios de las diversas etapas (Minuchin, 1977; Molina y García, 2021).

A partir de lo anterior, el generar un proceso psicoterapéutico desde un enfoque sistémico, permite integrar los contextos próximos significativos en el desarrollo del adolescente, por lo que, es posible evidenciar un beneficio integral en el bienestar de la paciente y en su dinámica familiar, promoviendo un proceso en donde al paciente y cada miembro comprometido, vivencie con sentido los cambios y aprendizajes que se dan en el contexto psicoterapéutico, logrando así integrar la experiencia en sesión en su día a día.

3.2 Objetivos de la intervención

Objetivo general:

Fomentar un autoconcepto global positivo de la adolescente desde la dinámica familiar.

Objetivos específicos:

Fortalecer el autoconcepto social de la adolescente desde la dinámica familiar.

Fortalecer el autoconcepto familiar de la adolescente desde la dinámica familiar.

Fortalecer el autoconcepto emocional de la adolescente desde la dinámica familiar.

Fortalecer el autoconcepto físico de la adolescente desde la dinámica familiar.

Fortalecer el autoconcepto académico de la adolescente desde la dinámica familiar.

3.3 Plan de evaluación de los resultados de intervención

Objetivo específico	Indicadores de logro	Medios de verificación	Criterios de logro
Fortalecer el autoconcepto social de la adolescente desde la dinámica familiar.	1. Mayor adaptación a los distintos contextos y situaciones sociales.	a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente. b) Entrevista semi estructurada con los padres.	a) La adolescente reporta al menos dos ejemplos específicos de adaptación en distintos contextos sociales (mayor seguridad y asertividad), durante al menos dos semanas (García & Musitu, 2014). b) Los padres reportan al menos una observación coherente con los avances descritos por la adolescente (García & Musitu, 2014).
	2. Aumento de participación en distintas interacciones sociales.	a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente. b) Observación clínica en sesión familiar.	a) Se involucra activamente en al menos una actividad grupal por semana, en al menos dos ocasiones durante el proceso. (Montalvo Nieto & Jaramillo Zambrano, 2022). b) Se observa a la paciente involucrada en alguna actividad en sesión con padres (Montalvo Nieto & Jaramillo Zambrano, 2022).
	3. Mayor capacidad de establecer límites con sus vínculos (familia, pares).	a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente.	a) La adolescente expresa verbalmente al menos dos situaciones en la que fue capaz de establecer límites claros y respetuosos con

		b) Observación clínica en sesión familiar.	pares o familia, sin generar un conflicto (Arias, 2012). b) La adolescente logra establecer límites a sus padres, al menos una vez en sesión familiar (Minuchin, 1977).
	4. Mejora en habilidades sociales al interactuar en distintos contextos.	a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente. b) Observación clínica en sesión familiar.	a) La paciente identifica elementos positivos de sus habilidades sociales, en al menos dos sesiones distintas (Tacca Huamán, Cuarez Cordero, & Quispe Huaycho, 2020). b) Los padres identifican al menos dos habilidades sociales de la paciente durante alguna sesión (Tacca Huamán, Cuarez Cordero, & Quispe Huaycho, 2020).
	5. Expresión con mayor claridad y respeto en sus interacciones sociales y familiares.	a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente. b) Observación clínica en sesión familiar.	a) Demostración en al menos una actividad reflexiva escrita o verbal, 2 fortalezas en sus habilidades comunicacionales para relacionarse (García & Musitu, 2014). b) Expresión de opiniones en al menos una sesión familiar. (Tacca Huamán, Cuarez Cordero, & Quispe Huaycho, 2020).
Fortalecer el autoconcepto familiar de la adolescente desde la dinámica familiar.	1. Mayor definición de los roles en la dinámica familiar.	a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente. b) Observación clínica en sesión familiar y entrevista semi estructurada con los padres.	a) La adolescente expresa verbalmente, en al menos dos sesiones, un ejemplo concreto sobre su rol dentro de la familia (García & Musitu, 2014; Minuchin, 1977). b) Los padres describen al menos con un ejemplo su rol y el de la paciente en la dinámica familiar (García & Musitu, 2014; Minuchin, 1977).

	2. Mayor capacidad de establecimiento de límites eficientes según cada rol en la dinámica familiar.	<p>a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente.</p> <p>b) Observación clínica en sesión familiar y entrevista semi estructurada con los padres.</p>	<p>a) En dos sesiones distintas, la paciente evidencia el establecimiento de límites eficientes en su dinámica familiar (García & Musitu, 2014).</p> <p>b) Los padres reconocen al menos una vez en donde se estableció límites eficientes dentro de la dinámica familiar (García & Musitu, 2014).</p>
	3. Mayor coherencia de las reglas en la dinámica familiar.	a) Entrevista semi estructurada con la paciente y padres.	a) La adolescente y sus padres reportan al menos dos cambios concretos en las reglas familiares, reflejando mayor coherencia con la etapa del desarrollo de la paciente (García & Musitu, 2014).
	4. Mayor coherencia en la comunicación verbal y no verbal en la dinámica familiar.	a) Observación clínica en sesión familiar.	a) Se observan al menos dos momentos clínicos en los que la adolescente y sus padres, sostienen interacciones congruentes (verbal - no verbal), desde el respeto mutuo (García & Musitu, 2014).
Fortalecer el autoconcepto emocional de la adolescente desde la dinámica familiar.	1. Mejora en la identificación y expresión de emociones.	<p>a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente.</p> <p>b) Observación clínica en sesión familiar.</p>	<p>a) La adolescente identifica al menos tres emociones básicas sentidas en dos contextos distintos (Arias, 2012; García & Musitu, 2014).</p> <p>b) Los padres son capaces de identificar y expresar emociones en al menos una sesión (Arias, 2012; García & Musitu, 2014).</p>
	2. Aumento de su autorregulación.	<p>a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente.</p> <p>b) Observación clínica en sesión familiar.</p>	a) Se evidencian al menos dos estrategias autorregulatorias aplicadas con éxito por la paciente en dos contextos distintos (García & Musitu, 2014).

			b) Los miembros de la familia se autorregulan en al menos en una sesión. (García & Musitu, 2014).
	3. Mayor conocimiento de sí misma.	a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente. b) Observación clínica en sesión familiar.	a) La adolescente identifica al menos tres aspectos personales que ha reconocido en si misma durante el proceso terapéutico. (Mardones Ibacache & Escalona Araneda, 2020). b) Los padres promueven la identificación de al menos un elemento positivo de la paciente y de ellos mismos (Mardones Ibacache & Escalona Araneda, 2020).
	4. Mayor diferenciación de los padres.	a) Observación clínica en sesión individual, entrevista semi estructurada con la paciente y observación clínica en sesión familiar. b) Observación clínica en sesión familiar y entrevista semi estructurada con los padres.	a) En al menos dos sesiones, la paciente expresa una percepción/opinión diferenciada de sí misma, respecto a sus padres (Montoya-Gaxiola & Corona-Figueroa, 2021). b) Los padres, además, refieren al menos una acción concreta que da cuenta de una mayor diferenciación de la adolescente (Montoya-Gaxiola & Corona-Figueroa, 2021).
	5. Aumento de expresión emocional asertiva en la dinámica familiar.	a) Observación clínica en sesión familiar. b) Observación clínica en sesión familiar.	a) En al menos una sesión familiar, la adolescente expresa pensamientos y emociones de forma clara y libre, y es validado por los padres (Toledo Conco & Velásquez Silva, 2022). b) Los padres muestran en al menos una sesión expresión emocional con asertividad (Toledo Conco & Velásquez Silva, 2022).

Fortalecer el autoconcepto físico de la adolescente desde la dinámica familiar.	1. Mayor integración en la formación de su autoimagen.	a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente.	a) La adolescente verbaliza al menos un aspecto positivo de su imagen corporal en sesión clínica, demostrando mayor integración entre lo que percibe, piensa y siente sobre su cuerpo (Tacca Huamán, Cuarez Cordero, & Quispe Huaycho, 2020).
	2. Mayor conocimiento de habilidades físicas.	a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente.	a) Identifica y reporta al menos dos habilidades físicas propias y sus ventajas (Tacca Huamán, Cuarez Cordero, & Quispe Huaycho, 2020).
	3. Mayor valoración y autocuidado.	a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente. b) Observación clínica en sesión familiar y entrevista semi estructurada con los padres.	a) La adolescente reporta al menos 2 prácticas de autocuidado físico (alimentación, descanso y/o actividad física) mantenidas por al menos dos sesiones consecutivas (Bustamante Espinoza, Luzuriaga Calle, Rodríguez Pañora, & Espadero Faicán, 2022) b) Los padres reportan en al menos una sesión alguna práctica de autocuidado físico realizado por la paciente (Bustamante Espinoza, Luzuriaga Calle, Rodríguez Pañora, & Espadero Faicán, 2022).
	4. Mayor aceptación corporal.	a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente. b) Observación clínica en sesión familiar y entrevista semi estructurada con los padres.	a) La adolescente muestra una disminución en verbalizaciones autocríticas y un aumento en verbalizaciones neutrales o positivas sobre su cuerpo, en al menos dos sesiones clínicas distintas (Bustamante Espinoza, Luzuriaga Calle, Rodríguez Pañora, & Espadero Faicán, 2022) b) Padres reportan una disminución significativa de

			comentarios negativos hacia el cuerpo del adolescente y a los distintos miembros de la familia, así como mayor uso de lenguaje corporal positivo en el hogar (Fernández Coronado, 2022).
Fortalecer el autoconcepto académico de la adolescente desde la dinámica familiar.	1. Mejoras en las técnicas de estudio autónomo.	<p>a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente.</p> <p>b) Entrevista semi estructurada con los padres.</p>	<p>a) La adolescente identifica al menos una técnica de estudio autónomo efectiva utilizada durante las últimas dos semanas (González Balanta, Cuartas Torres, & Joaqui, 2022).</p> <p>b) Los padres identifican al menos una técnica de estudio autónomo efectivo utilizado por la adolescente (Bustamante Espinoza, Luzuriaga Calle, Rodríguez Pañora, & Espadero Faicán, 2022).</p>
	2. Mayor conocimiento de fortalezas y logros académicos.	<p>a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente.</p> <p>b) Entrevista semi estructurada con los padres.</p>	<p>a) La paciente identifica al menos dos fortalezas académicas y un logro concreto alcanzado en el último mes (González Balanta, Cuartas Torres, & Joaqui, 2022).</p> <p>b) Los padres identifican al menos una fortaleza académica y un logro concreto alcanzado el último mes (Bustamante Espinoza, Luzuriaga Calle, Rodríguez Pañora, & Espadero Faicán, 2022).</p>
	3. Aumento en la motivación académica.	<p>a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente.</p> <p>b) Observación clínica en sesión familiar y entrevista semi</p>	<p>a) En al menos dos sesiones, la adolescente presenta verbalizaciones de motivación académica identificando al menos 2 elementos que lo favorecieron (González Balanta, Cuartas Torres, & Joaqui, 2022).</p>

		estructurada con los padres.	b) Padres reconocen al menos un elemento que favorece su motivación académica (González Balanta, Cuartas Torres, & Joaqui, 2022).
	4. Mayor proyección en metas futuras.	<p>a) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente.</p> <p>b) Observación clínica en sesión familiar y entrevista semi estructurada con los padres.</p>	<p>a) La adolescente expresa al menos dos metas académicas realistas, para mediano y corto plazo, haciendo alusión a 1 recurso interno y 1 externo mínimo disponibles (Bustamante Espinoza, Luzuriaga Calle, Rodríguez Pañora, & Espadero Faicán, 2022).</p> <p>b) Los padres mencionan al menos un recurso brindado de ayuda para lograr metas futuras de la adolescente (Bustamante Espinoza, Luzuriaga Calle, Rodríguez Pañora, & Espadero Faicán, 2022).</p>
	5. Disminución de sobre exigencia parental en logros académicos.	<p>a) Observación clínica en sesión familiar y entrevista semi estructurada con los padres.</p> <p>b) Observación clínica en sesión individual y entrevista semi estructurada con la paciente.</p>	<p>a) Los padres reportan reducción en al menos, una regla, exigencia o castigo estricto asociado a los resultados académicos, dando cuenta de mayor apertura al diálogo y respeto por el ritmo de su hija (Montoya-Gaxiola & Corona-Figueroa, 2021).</p> <p>b) La paciente identifica al menos con un ejemplo, disminución de exigencia académica por parte de los padres (Montoya-Gaxiola & Corona-Figueroa, 2021).</p>

3.4 Diseño de la estrategia de intervención

Objetivo 1: Fortalecer el autoconcepto social de la adolescente desde la dinámica familiar.

Sesión n°1: Mi autoconcepto social

Contenidos:

- Psicoeducación autoconcepto global, social y habilidades sociales.
- Promover la percepción positiva de su autoconcepto social y habilidades sociales en distintas situaciones.
- Conocer los propios límites en sus diferentes contextos.

Materiales:

- Libro "Psicoterapia de niños y adolescentes: Actividades para la práctica clínica": actividad n°3.

Participantes:

- Terapeuta y adolescente.

Acciones:

- Dar bienvenida.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Chequeo sucesos relevantes semana anterior.
- Actividad n°1: Conocer el autoconcepto y las habilidades sociales.
- Actividad n°2: Role playing de situaciones sociales.
 - o Se establecerán 3 situaciones cotidianas en las cuales debe poner en práctica sus habilidades sociales, como lo es la petición de ayuda, resolución de un conflicto y proposición de ideas en el contexto escolar y de pares.
 - o Posterior a la simulación de cada situación, se retroalimentará positivamente sobre las habilidades sociales puestas en juego.
- Actividad n°3: Conociendo mis límites
 - o Se llevará a cabo la imaginaria: "Los límites" de Michael Yapko (1995).
 - o Conversación sobre límites.
- Reflexión final con el objetivo de integrar los contenidos vistos en la sesión.
- Indicación y orientación de tarea para la casa:
 - o Anotar situaciones en las que obtuvo resultados positivos por sus habilidades sociales.
 - o Anotar situaciones en las que estableció límites eficientes y con respeto.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Cierre y despedida.

Sesión n°2: Mi autoconcepto social

Contenidos:

- Promover la percepción positiva del autoconcepto social de la adolescente y habilidades sociales de la paciente y sus padres.
- Conocer los límites dentro de la dinámica familiar.

Materiales:

- Hojas tamaño carta.
- Lápices mina.
- Cartas Dixit.

Participantes:

- Terapeuta, adolescente y padres.

Acciones:

- Dar bienvenida.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Actividad n°1: Conocer las habilidades sociales de cada uno.
 - o Habrá un mazo de cartas dixit, en donde se establecerán las siguientes consignas:
 - o Para la adolescente: escoger una carta para su madre y padre, la cual identifique las habilidades sociales de cada uno.
 - o Para los padres: cada uno debe escoger una carta que identifique las habilidades sociales de la adolescente.
 - o Reflexionar sobre cartas escogidas y habilidades sociales identificadas.
- Actividad n°2: ¿cómo estas habilidades sociales me ayudan a establecer límites con respeto?
 - o Se establecerán situaciones cotidianas de la convivencia familiar, en donde cada uno desde su carta, deberá explicitar cómo dichas habilidades facilitan el día a día.
- Reflexión final con el objetivo de integrar los contenidos vistos en la sesión.
- Indicación y orientación de tarea para la casa:
 - o Ser conscientes de las habilidades sociales identificadas ante las diversas situaciones del día a día.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Cierre y despedida.

Objetivo 2: Fortalecer el autoconcepto familiar de la adolescente desde la dinámica familiar.

Sesión n°3: Mi autoconcepto familiar

Contenidos:

- Conocer el rol de la adolescente en el sistema familiar.
- Promover una percepción positiva de su rol en el sistema familiar.
- Identificación de recursos familiares que impactan positivamente en su autoconcepto.

Materiales:

- Hojas blancas.
- Lápices.

Participantes:

- Terapeuta y adolescente.

Acciones:

- Dar bienvenida.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Chequeo sucesos relevantes semana anterior.
- Revisión tarea sesión n°1.
- Actividad n°1: ¿cuál es mi rol en mi familia?
 - o Plantear situaciones cotidianas positivas y negativas, en la cual la paciente explícite tanto el rol que debe cumplir v/s el que le gustaría/debería.
- Actividad n°2: ¿cómo mi familia me ha aportado en el autoconcepto?

- Realizar línea de tiempo, en donde recuerde situaciones significativas en las que su familia ha aportado positivamente en su autoconcepto.
- Reflexión final con el objetivo de integrar los contenidos vistos en la sesión.
- Indicación y orientación de tarea para la casa:
 - Anotar un evento familiar significativo en el que identificó su rol individual en su dinámica familiar.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Cierre y despedida.

Sesión n°4: Mi autoconcepto familiar

Contenidos:

- Conocer la percepción de los roles en la dinámica familiar.
- Identificar las funciones del rol individual, fraternal y parental.
- Reforzar positivamente el rol de la adolescente en la dinámica familiar.

Materiales:

- Hojas tamaño carta.
- Lápices de colores.

Participantes:

- Terapeuta, adolescente y padres.

Acciones:

- Dar bienvenida.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Revisión tarea sesión n°2.
- Psicoeducación de qué son los roles en una dinámica familiar, desde lo individual, fraternal y parental.
- Actividad n°1: Conocer los roles de la dinámica familiar.
 - Consigna: asignar un color por cada miembro del sistema familiar y describir las funciones de cada uno.
 - Conversación y retroalimentación sobre funciones descritas.
- Actividad n°2: ¿qué valoro de ti?
 - Consigna adolescente: escribir/dibujar lo que valora de sus padres en la dinámica familiar.
 - Consigna padres: escribir/dibujar lo que valoran de la adolescente en la dinámica familiar.
- Reflexión final con el objetivo de integrar los contenidos vistos en la sesión.
- Indicación y orientación de tarea para la casa:
 - Ser conscientes de las funciones específicas de cada miembro familiar y recursos correspondientes.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Cierre y despedida.

Objetivo 3: Fortalecer el autoconcepto emocional de la adolescente con dificultades desde la dinámica familiar.

Sesión n°5: Mi autoconcepto emocional.

Contenidos:

- Identificación y expresión emocional.
- Importancia y necesidad de ordenar el mundo interno.
- Identificación de respuestas ante situaciones de estrés y frustración.

Materiales:

- Hojas blancas.
- Lápices de colores.
- Libro "Psicoterapia de niños y adolescentes: Actividades para la práctica clínica": actividad n°2.

Participantes:

- Terapeuta y adolescente.

Acciones:

- Dar bienvenida.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Chequeo sucesos relevantes semana anterior.
- Revisión tarea sesión n°3.
- Actividad n°1: Semáforo de las emociones.
 - o Conversación sobre las distintas emociones.
 - o Dibujar semáforo emocional, asignando las emociones por color.
 - o Identificar ejemplos de situaciones vividas, posicionándolas en cada color.
 - o Reflexionar sobre reacción ante cada situación.
 - o Reflexionar sobre aprendizajes ante cada situación.
- Actividad n°2: El clóset
 - o Imaginar y dibujar su clóset, dando un espacio determinado a cada cosa importante de su vida.
 - o Reflexión sobre orden de mundo interno.
- Reflexión final con el objetivo de integrar los contenidos vistos en la sesión.
- Indicación y orientación de tarea para la casa:
 - o Comienzo de diario emocional: debe escoger un cuaderno, en el cual debe registrar semanalmente: situación vivida, emociones experimentadas, reacción y aprendizaje de situación.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Cierre y despedida.

Sesión n°6: Mi autoconcepto emocional.

Contenidos:

- Identificación de emociones en la familia.
- Expresión de emociones en la familia.
- Favorecer el desarrollo emocional del adolescente desde el modelamiento y comunicación abierta.

Materiales:

- Hojas tamaño carta.
- Lápices de colores.

Participantes:

- Terapeuta, adolescente y padres.

Acciones:

- Dar bienvenida.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Revisión tarea sesión n°4.
- Actividad n°1: Caras y gestos.
 - o Se asignan emociones específicas a los padres y adolescente.
 - o En una hoja deben describir dicha emoción, identificarla en una situación específica y luego actuar la expresión.
 - o Conversación sobre el manejo de situaciones difíciles y de manejo de emociones en la dinámica familiar.
- Actividad n°2: plan familiar de regulación emocional.
 - o Identificar situaciones difíciles en el último mes.
 - o En conjunto, escribir en una hoja cómo se reaccionó y cómo debiesen mejorar dicha reacción.
- Reflexión final con el objetivo de integrar los contenidos vistos en la sesión.
- Indicación y orientación de tarea para la casa:
 - o Pegar plan familiar de regulación emocional en un lugar visible para todos.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Cierre y despedida.

Objetivo 4: Fortalecer el autoconcepto físico de la adolescente desde la dinámica familiar.

Sesión n°7: Mi autoconcepto físico.

Contenidos:

- Elaboración de una autoimagen integrada y positiva.
- Identificación de estrategias de autocuidado.
- Identificación de sus recursos físicos.

Materiales:

- Hojas blancas.
- Lápices de colores.
- Revistas.
- Tijeras.
- Pegamento.

Participantes:

- Terapeuta y adolescente.

Acciones:

- Dar bienvenida.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Chequeo sucesos relevantes semana anterior.
- Revisión tarea sesión n°5.

- Actividad n°1: Collage representativo.
 - o Conversación sobre cómo se siente con su cuerpo, qué le gusta de su imagen, qué no le gusta.
 - o La paciente deberá escoger imágenes de las revistas que la representen físicamente: distintas partes del cuerpo, estilo, recursos físicos, etc.
 - o Conversación sobre la percepción de su físico, mensajes que transmite, recursos de su cuerpo y autocuidado.
- Reflexión final con el objetivo de integrar los contenidos vistos en la sesión.
- Indicación y orientación de tarea para la casa:
 - o Identificar y anotar características positivas de sus recursos físicos en el día a día.
 - o Ser consciente de lo consumido en redes sociales (belleza ideal).
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Cierre y despedida.

Sesión n°8: Mi autoconcepto físico.

Contenidos:

- Aceptación corporal en el sistema familiar.
- Promoción de conversación sin juicios sobre aspectos corporales.
- Resignificar la imagen corporal.

Materiales:

- Hojas tamaño carta.
- Lápices de colores.
- Post it.

Participantes:

- Terapeuta, adolescente y padres.

Acciones:

- Dar bienvenida.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Revisión tarea sesión n°6.
- Actividad n°1: ¿qué dice mi cuerpo de mí?
 - o Conversación sobre cómo se habla del cuerpo en la casa y prácticas de autocuidado.
 - o Se dibuja una silueta en una hoja blanca, en donde los padres y adolescente, escriben características positivas de las expresiones y recursos del cuerpo de la paciente. Luego, cada uno pega lo escrito.
 - o Se conversa sobre lo valioso que es el cuerpo.
- Reflexión final con el objetivo de integrar los contenidos vistos en la sesión.
- Indicación y orientación de tarea para la casa:
 - o Identificar conversaciones poco sanas sobre la imagen corporal.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Cierre y despedida.

Objetivo 5: Fortalecer el autoconcepto académico de la adolescente desde la dinámica familiar.

Sesión n°9: Mi autoconcepto académico.

Contenidos:

- Identificación de fortalezas y logros académicos.
- Conocimiento de proyecciones académicas.
- Identificación de técnicas de estudio.

Materiales:

- Hojas blancas.
- Lápices de colores.

Participantes:

- Terapeuta y adolescente.

Acciones:

- Dar bienvenida.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Chequeo sucesos relevantes semana anterior.
- Revisión tarea sesión n°7.
- Actividad n°1: línea de tiempo.
 - o Conversación sobre cómo se siente actualmente en el colegio.
 - o La paciente dibuja una línea de tiempo, desde su primer año académico hasta ahora.
 - o Debe identificar logros académicos, dificultades superadas, recursos utilizados, momentos en que se sintió orgullosa de si misma.
 - o Conversación sobre su historia académica y proyección futura.
 - o Creación de papeles con frases motivadoras para su día a día académico.
- Reflexión final con el objetivo de integrar los contenidos vistos en la sesión.
- Indicación y orientación de tarea para la casa:
 - o Pegar frases motivadoras en su pieza.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Cierre y despedida.

Sesión n°10: Mi autoconcepto académico.

Contenidos:

- Co construcción de una rutina académica.
- Estrategias de motivación para reforzar autoconcepto.

Materiales:

- Hojas tamaño carta.
- Lápices de colores.
- Regla.

Participantes:

- Terapeuta, adolescente y padres.

Acciones:

- Dar bienvenida.

- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Revisión tarea sesión n°8.
- Actividad n°1: programa de estudios.
 - o Conversación sobre estrategias de apoyo al estudio, rutinas establecidas, exigencias, enfrentamiento de resultados académicos no esperados.
 - o Co creación de un plan de estudio semanal: incorporando horarios, pausas, refuerzos al logro positivos, participación de la adolescente en la toma de decisiones.
 - o Cada uno escribirá un compromiso personal sobre esta temática, el cual deben firmar simbólicamente.
 - o Conversación sobre la capacidad de aprendizaje y recursos de la adolescente.
- Reflexión final con el objetivo de integrar los contenidos vistos en la sesión.
- Indicación y orientación de tarea para la casa:
 - o Pegar programa de estudios en lugar visible para la familia.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Cierre y despedida.

Objetivo general: Fomentar un autoconcepto global positivo de la adolescente desde la dinámica familiar.

Sesión n°11: Cierre integrador individual

Contenidos:

- Integrar el proceso psicoterapéutico vivido.
- Reconocimiento de mejoras y desafíos futuros.

Materiales:

- Hojas blancas.
- Lápiz mina.
- Lápices de colores.

Participantes:

- Terapeuta y adolescente.

Acciones:

- Dar bienvenida.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Chequeo sucesos relevantes semana anterior.
- Revisión tarea sesión n°9.
- Actividad n°1: línea de tiempo de cambio.
 - o Conversación sobre cómo se siente actualmente.
 - o Elaboración de línea de tiempo desde la primera sesión hasta hoy. Se identifican los recursos y aprendizajes de cada sesión.
- Actividad n°2: Carta a sí misma.
 - o La adolescente escribe una carta a sí misma, incorporando aprendizajes durante el proceso, logros y lo que espera seguir practicando autónomamente.
 - o Se guarda en un sobre, para así leer cuando lo necesite.
- Reflexión final sobre avances y fortalezas de la paciente, importancia de seguir trabajando en ella de manera autónoma.

- Mientras se conversa, la paciente debe realizar un dibujo que haya representado su proceso, para así pegarlo en su pieza a modo de refuerzo y motivación diaria.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Cierre y despedida.

Sesión n°12: Cierre integrador familiar

Contenidos:

- Integrar el proceso psicoterapéutico vivido.
- Reconocimiento de mejoras y desafíos futuros.
- Compromisos.

Materiales:

- Hojas blancas.
- Lápiz mina.
- Lápices de colores.
- Vela.

Participantes:

- Terapeuta, adolescente y padres.

Acciones:

- Dar bienvenida.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.
- Chequeo sucesos relevantes semana anterior.
- Revisión tarea sesión n°10.
- Se enciende vela.
- Actividad n°1: línea de tiempo de cambio.
 - Conversación sobre cómo se sienten actualmente.
 - Se reflexiona sobre los temas tratados durante el proceso.
 - Se co construye una línea de tiempo, plasmando los aprendizajes y momentos significativos en el proceso vivido.
- Actividad n°2: póster de gratitud.
 - En conjunto, deben dibujar la experiencia vivida, plasmando en frases de agradecimiento de los avances identificados.
- Actividad n°3: Palabras significativas.
 - Cada uno piensa y escoge una palabra que represente el impacto positivo en su dinámica familiar y explicar.
- Actividad n°4: Compromiso familiar.
 - En una hoja, cada uno escribirá una frase de compromiso de aquí en adelante, para así leerlo cuando sea necesario.
 - Todos la firman simbólicamente, siendo un acuerdo emocional.
- Cierre reflexivo: con el objetivo de dar palabras de reconocimiento, validando el trabajo individual y familiar durante el proceso. Se hace hincapié que esto no es un término, si no que ahora se deberá continuar con su proceso día a día.
- Se apaga vela entre todos y se regala a la familia.
- Screening de estado de ánimo con imágenes de emociones.

- Cierre y despedida.

Cronograma resumen de estrategia de intervención

Semana	Sesión / Actividad	Objetivo Principal	Participantes
Semana 1	Sesión 1: Mi autoconcepto social	Fortalecer autoconcepto social	Adolescente
Semana 2	Sesión 2: Mi autoconcepto social (con familia)	Fortalecer autoconcepto social y trabajo de límites familiares	Adolescente + Padres
Semana 3	Sesión 3: Mi autoconcepto familiar	Fortalecer autoconcepto familiar	Adolescente
Semana 4	Sesión 4: Mi autoconcepto familiar (con familia)	Reforzar roles familiares adaptativos	Adolescente + Padres
Semana 5	Sesión 5: Mi autoconcepto emocional	Fortalecer autoconcepto emocional	Adolescente
Semana 6	Sesión 6: Mi autoconcepto emocional (con familia)	Promover comunicación emocional abierta	Adolescente + Padres
Semana 7	Sesión 7: Mi autoconcepto físico	Elaborar autoimagen positiva	Adolescente
Semana 8	Sesión 8: Mi autoconcepto físico (con familia)	Resignificar imagen corporal en la dinámica familiar	Adolescente + Padres
Semana 9	Sesión 9: Mi autoconcepto académico	Identificar fortalezas académicas	Adolescente
Semana 10	Sesión 10: Mi autoconcepto académico (con familia)	Co construcción de rutina académica	Adolescente + Padres
Semana 11	Sesión 12: Cierre integrador individual	Integrar logros y aprendizajes personales	Adolescente
Semana 12	Sesión 13: Cierre integrador familiar	Consolidar aprendizajes y compromisos familiares	Adolescente + Padres

3.5 Consideraciones éticas

Según lo planteado por el Colegio de Psicólogos de Chile (1999) y Espada et al. (2020), la participación activa de la familia en el proceso psicoterapéutico con adolescentes resulta fundamental, considerando que se trata de pacientes menores de edad y que, en la mayoría de los casos, forman parte de un sistema familiar que influye directamente en su desarrollo y bienestar.

En lo que respecta a las consideraciones éticas para esta propuesta intervención, desde el Código de ética profesional elaborado por El Colegio de Psicólogos de Chile (1999), es posible evidenciar los siguientes principios generales:

Artículo 1°: Respeto por los derechos y la dignidad de las personas

Esto se observa en el planteamiento de un espacio psicoterapéutico desde la confianza y libertad de decisión, comenzando con la entrega y aprobación de un consentimiento informado, el cual alude a los distintos elementos del encuadre del proceso y lo que involucra su participación en este. Se establecerá un clima de respeto a la unicidad de la paciente y su sistema familiar. En donde, se respetará la privacidad de los temas que la paciente exprese querer tratar de manera individual – siempre y cuando no esté en riesgo ella u otro – promoviendo su autonomía y confianza. Junto a esto, se deberán resguardar los tiempos emocionales de la adolescente, evitando la presión por abordar temáticas que aún no esté preparada.

Artículo 2°: Competencia

El proceso de intervención se llevará a cabo desde la responsabilidad y ajuste de habilidades y conocimiento según las necesidades y características observadas en la paciente y familia respectiva.

La formación profesional impactará positivamente el proceso psicoterapéutico, a propósito de la exploración constante de teoría y evidencia empírica sobre la problemática central de la paciente, permitiendo una propuesta de intervención detallada y actualizada sobre autoconcepto, habilidades sociales y dinámica familiar.

Asimismo, dicho proceso psicoterapéutico, será abordado desde un enfoque sistémico, con el objetivo de ajustarse a las necesidades de la paciente y su sistema familiar.

Artículo 3°: Compromiso Profesional y Científico

Durante la ejecución del proceso psicoterapéutico, se evidenciará un compromiso desde los principios y normas planteados en el código de ética, con el objetivo de resguardar el proceso de la paciente y generar un aporte desde distintos ámbitos al saber científico.

Lo anterior, se reflejará en el registro sistemático del proceso psicoterapéutico, en el análisis reflexivo de las estrategias empleadas y en la incorporación de fundamentos teóricos actualizados que permitirán enriquecer tanto el abordaje clínico, como el conocimiento útil para otros profesionales.

Artículo 4°: Integridad

Desde el contexto psicoterapéutico, habrá una especial consideración de velar y asegurar la integridad de todos los participantes del sistema terapéutico y familiar, con el objetivo de anular factores que podrían interferir negativamente en el proceso clínico.

Para ello, se intencionará la retroalimentación continua sobre el impacto emocional del proceso, con el fin de ajustar el ritmo y contenido según la disposición de la paciente y sus padres, para así evitar la sobreexposición o impacto en el bienestar general.

Artículo 5°: Independencia

Al estar frente un proceso de carácter clínico y académico, se intencionará una intervención la cual no estará influenciada por elementos que pudiesen perjudicar y/o poner en riesgo el bienestar del sistema consultante por motivos de cumplir con exigencias externas. Es por esto, que, desde lo explicitado por el consentimiento informado, como lo realizado durante el tratamiento, habrá un resguardo por la paciente y su salud integral principalmente, en donde se ajustará el acompañamiento exclusivamente a la problemática central y a las necesidades que vayan emergiendo en el proceso.

Artículo 6°: Responsabilidad Social

Durante todo el desarrollo del presente proceso, la psicóloga tratante mostrará un compromiso y responsabilidad en todo los niveles y ámbitos involucrados en su ejercicio, generando un proyecto y proceso que asegure un aporte relevante al sistema consultante.

El establecimiento de una intervención desde un enfoque sistémico facilitará la extensión de los beneficios del proceso psicoterapéutico más allá de las sesiones, promoviendo así un cambio positivo en el contexto próximo de la paciente.

Por otra parte, los lineamientos éticos considerados en esta intervención se articulan de manera complementaria con los principios bioéticos postulados por Beauchamp y Childress (2001).

Autonomía

Se verá reflejado en el respeto por la libertad de decisión de la adolescente, la validación de sus tiempos emocionales y límites dentro del proceso terapéutico. Junto a sus padres, se promoverá un involucramiento respetuoso, para evitar dinámicas que invadan su espacio personal.

Beneficencia

Se manifestará en la implementación de estrategias centradas en el bienestar individual y en el fortalecimiento de su sistema familiar, para así promover una red de apoyo activa, mediante la orientación y psicoeducación.

No maleficencia

Se garantizará en la protección de la paciente frente a posibles situaciones que le afecten negativamente, como en la contención de las dinámicas familiares que puedan resultar perjudiciales.

Justicia:

Se resguardará al priorizar de forma equitativa las necesidades de la adolescente y de sus padres, sin que el proceso psicoterapéutico se vea determinado por exigencias externas. Se procurará realizar una atención que reconozca las particularidades de la paciente y su sistema familiar.

A modo de síntesis, en base a los principios generales descritos, normas éticas generales y específicas propuestas en el Código de ética, se llevará a cabo un proceso clínico y académico resguardando la integridad de cada participante, en donde toda acción planteada en la propuesta de intervención, velará por el cumplimiento de la beneficencia y no maleficencia de las partes involucradas, evitando conflictos y riesgos que interfieran en la entrega de un proceso justo y en pos del bienestar de quienes participan.

IV. Implementación y evaluación de la intervención

4.1 Informe de la evaluación de resultados de la intervención

Sesión n°1:

El objetivo de esta sesión fue *fortalecer el autoconcepto social*, mediante una psicoeducación sobre el autoconcepto global, social y de las habilidades sociales, promoviendo una percepción positiva de sus recursos interpersonales, el reconocimiento de las propias habilidades sociales y la reflexión sobre la manera en que establece límites con pares y familia.

Para esto, se buscó favorecer la práctica de habilidades sociales a través de la técnica de role playing, orientada a representar tres escenarios cotidianos: petición de ayuda, resolución de un conflicto y proposición de ideas. Junto con la planificación de realizar la imagería “Los límites” de Michael Yapko, para así conocer los propios límites en distintos contextos. La sesión fue únicamente con la paciente.

En cuanto al desarrollo de la sesión, la adolescente presentó ciertas dificultades para iniciar espontáneamente, requiriendo indicaciones modelo por parte de la terapeuta. Una vez comprendió, logró expresar claramente ejemplos de petición de ayuda a sus pares, dando cuenta del ámbito académico y social, comentando que siempre pide ayuda para “entender tareas”. Asimismo, expresó cómo solicitaba ayuda en su casa (papás – hermano), ejemplificando con temas de estudio o pedir un favor. Con respecto a momentos de resolución de un conflicto, verbalizó que siempre “le gusta cumplir con los demás, no fallar y estar disponible para otros”, lo que evidenció dificultad para representar situaciones en que debía resolver un conflicto. Sin embargo, con ayuda de la terapeuta, logró mostrar una resolución en particular pero que le generó bastante incomodidad en su momento. Ante esto, da cuenta que está dispuesta a ceder para resolver distintas situaciones, antes que sostener una confrontación.

Debido al tiempo que tomó lo anterior, no se realizó el role playing de proposición de ideas ni la imagería planificada, priorizándose un espacio de reflexión y retroalimentación sobre los límites personales y la forma de afrontar distintas situaciones sociales. En este espacio, la paciente logró identificar la dificultad que le genera establecer límites, por no querer fallar o provocar conflictos. Como ejemplo, mencionó la incomodidad que sintió al retirarse de la coreografía de las alianzas escolares por enfocarse en sus notas, reconociendo que dicha decisión, aunque le costó bastante, fue necesaria para priorizar sus propios objetivos.

La sesión concluyó con una retroalimentación positiva ante ejemplos de adaptación mostrados, además de reflexionar en conjunto sobre la importancia de dar su punto de vista y establecer límites a tiempo, antes de desbordarse emocionalmente. Ante esto, la paciente recordó el ejercicio de respiración enseñado en el proceso psicodiagnóstico, señalando que lo ha utilizado, dejando en evidencia también, el uso espontáneo de estrategias de autorregulación.

Síntesis

Las acciones realizadas fueron coherentes con el objetivo de fortalecer el autoconcepto social, permitiendo observar en la paciente reflexión sobre sus habilidades y obstáculos interpersonales. La dificultad inicial para iniciar actividad fue contenida mediante modelamiento, facilitando la participación, involucramiento y vínculo terapéutico. La decisión clínica de no realizar la práctica de proposición de ideas y la imagería planificada, respondió a la necesidad de profundizar en la reflexión surgida durante el role playing, privilegiando la comprensión y la contención emocional, lo que resultó adecuado para el momento del proceso.

En términos de logro, se observan avances parciales, evidenciados en la identificación de ejemplos concretos de adaptación, los cuales muestran mayor seguridad para reconocer sus recursos sociales, aunque todavía requiere de acompañamiento para generalizarlos a nuevas situaciones; La participación en actividades, tanto en terapia como las descritas en el colegio; Y la reflexión sobre los límites personales, en donde se reflejó la dificultad de establecer límites con sus vínculos, por temor a fallar o generar conflictos. Se proyecta que la siguiente sesión con los padres, permitirá reforzar y complementar estos avances desde la dinámica familiar, favoreciendo el desarrollo del autoconcepto social en su dimensión relacional.

Sesión n°2:

Para la segunda sesión, también se propuso como objetivo *fortalecer el autoconcepto social*, mediante actividades reflexivas orientadas a promover una percepción positiva de las habilidades sociales de la paciente y de sus padres, así como reconocer los límites dentro de la dinámica familiar. La sesión se realizó con la adolescente y sus padres. Para ello, se planificó conocer las habilidades sociales de cada uno, utilizando cartas Dixit para identificar las cualidades de la adolescente y los padres, junto a una actividad orientada a analizar cómo estas habilidades sociales ayudan a establecer límites con respeto dentro de la dinámica familiar.

Respecto a la sesión, durante la primera parte, la madre comenzó de manera espontánea, seleccionando tres cartas que vinculó con las habilidades de su hija. Expresó con facilidad que la adolescente tiene “curiosidad y capacidad de descubrir en todo sentido”, y la describió como una “persona de luz” que ilumina con su forma de ser y presencia donde se encuentra. Además, mencionó que la adolescente “es capaz de descubrir siempre lo positivo y lindo en su camino”, independiente como sea el contexto. “Esto lo logra en la medida que no deje de ser quien es, manteniendo su esencia”. En la última carta, aludió que su hija es capaz de “romper cadenas o lo que la amarra”, enfatizando que “es capaz de hacerlo por sí misma, pero también tiene a sus padres y gente que la quiere para salir de cualquier dificultad”.

El padre, por su parte, mostró mayor dificultad para iniciar su relato, aunque logró expresar dos cualidades significativas. Señaló que su hija es “valiente”, lo cual le ha permitido atravesar periodos negativos en su vida y que eso la fortalece en todo sentido. A esto agrega que, “es importante ir ajustando esa valentía, ya que en ocasiones la ha llevado a no considerar las consecuencias”. Además, la describió como una persona “resuelta”, teniendo la capacidad de “ir más allá, no quedarse estancada y que logra ir hacia adelante”.

En el turno de la adolescente, presentó dificultad para iniciar la tarea, mostrando risa nerviosa y requiriendo apoyo de la terapeuta para comprender la consigna. Al describir la primera carta del padre, comentó que la escogió solo porque se parecía a su papá físicamente, manteniendo el tono humorístico, en donde, los padres tendían a regular constantemente la risa de su hija para que logre el objetivo. De igual forma, al hablar sobre la segunda carta, logró reconocer que su padre “está sobrepasado laboralmente, pero da lo mejor de sí para poder estar presente y disponible para su familia, dejando de lado la oficina”.

Luego, respecto a su madre, la paciente menciona inicialmente que “no logró encontrar ninguna carta que la definiera”, lo que generó una reacción de cuestionamiento por parte de la madre. No obstante, mencionó “si sé lo que la describe”, pero como lo había comentado en sesiones anteriores, no quería repetir lo mismo. Ante esto, se le promovió expresarlo, ya que sus padres no estaban presentes en dicha sesión. Desde ahí, la adolescente manifestó que “por fuera es una princesa y por dentro un caballero guerrero que siempre está para los suyos”. Añadiendo que “también se

debía hacer lo que ella quería en la casa”, enfatizando igualmente que su madre siempre la ha apoyado. Al intentar continuar, expresó que “no quería seguir hablando porque iba a terminar en llanto”, lo que fue respetado.

Durante la reflexión conjunta, se promovió que la adolescente compartiera cómo se sentía respecto de las habilidades mencionadas por sus padres y con cuál se sentía más identificada. Inicialmente, presentó dificultad para reconocer elementos positivos en sí misma, aunque logró identificarse con ser curiosa “al conocer” y valiente “al tomar la iniciativa en ciertas ocasiones”. Esta parte de la conversación fue en un clima principalmente desde el humor.

Luego, en la reflexión sobre lo escogido por la paciente para sus padres, la madre interrumpió en varias ocasiones a su hija, cuestionando algunos comentarios “eso no es así, estás siendo injusta”, lo cual movilizaba a la adolescente a complementar sus ideas y sostener sus argumentos. En estas instancias, se observó algo de incomodidad por parte de la paciente, aunque también una actitud que evidenciaba que este tipo de interpelaciones maternas eran habituales en su dinámica relacional. Por ello, la adolescente no mostraba sorpresa, sino que se centraba en continuar la conversación mediante la clarificación de sus argumentos, ante lo cual la madre finamente decidía guardar silencio.

La segunda actividad planificada, no se llevó a cabo explícitamente, dado el tiempo que demandó la primera actividad y la carga emocional que emergió en durante las interacciones familiares.

La sesión finalizó una reflexión general sobre la importancia de expresar lo que cada uno piensa del otro de manera libre y respetuosa, haciendo hincapié en la relevancia de reforzar las habilidades de cada uno. Dicho momento fue valorado por los padres, quienes agradecieron la oportunidad de conversar en ese espacio terapéutico.

Síntesis

Es posible observar que las acciones realizadas fueron coherentes con el objetivo de *fortalecer el autoconcepto social* desde la dinámica familiar, favoreciendo la identificación de habilidades sociales, la expresión y reconocimiento mutuo. La adolescente fue capaz de exponer sus percepciones frente a los padres, sosteniendo su participación con respeto. Asimismo, los padres identificaron y destacaron diversas cualidades de la paciente, lo que finalmente demuestra una percepción positiva de su capacidad para adaptarse socialmente. Esto mismo conllevó a que la adolescente lograra una autopercepción positiva.

La utilización de cartas Dixit resultó adecuada para facilitar la expresión simbólica y reflexiva, promoviendo un clima emocional que permitió explorar las distintas percepciones entre los miembros del sistema familiar presentes. La segunda actividad de cómo estas habilidades sociales ayudan a establecer límites con respeto no se realizó explícitamente, dado el tiempo de lo implicado en la primera parte. Sin embargo, los contenidos previstos fueron abordados en la reflexión final, donde se compartieron percepciones sobre la expresión respetuosa y el reconocimiento familiar.

La participación activa de los padres permitió recoger observaciones coherentes con los criterios del plan de evaluación, aunque sus intervenciones frecuentes – especialmente las de la madre – influyeron en parte en el ritmo y fluidez de la comunicación, requiriendo mediación clínica constante, dejando en evidencia la necesidad de continuar acompañando la validación hacia la adolescente. La decisión de respetar el límite verbalizado por la paciente fue adecuada, priorizando su bienestar y seguridad dentro del proceso terapéutico.

En términos de logro, se observan avances moderados, evidenciados en la participación de la adolescente, la identificación de habilidades sociales y el inicio de expresiones claras. La sesión permitió avanzar en el fortalecimiento del autoconcepto social desde la dinámica familiar, consolidando un espacio de comunicación respetuosa y de reconocimiento recíproco.

Integración sesiones n°1 y n°2:

Indicador 1: Mayor adaptación a los distintos contextos y situaciones sociales

La paciente mostró avances en la adaptación a diversos contextos. En la primera sesión, relató ejemplos específicos de adaptación en los ámbitos académico, social y familiar, evidenciando progresos en la seguridad para pedir ayuda y desenvolverse con asertividad. En la segunda sesión, los padres reforzaron esta percepción, destacando cualidades de adaptación y resiliencia, lo que confirma coherencia entre los reportes individuales y familiares. Este indicador se considera logrado, dado que se observaron avances sostenidos cumpliendo con los criterios propuestos, aunque será importante revisar si se consolidan en el tiempo.

Indicador 2: Aumento de participación en distintas interacciones sociales

Durante el proceso, la adolescente mostró disposición activa para involucrarse en las actividades terapéuticas, participando tanto en los ejercicios individuales como en la dinámica familiar. En la primera sesión se implicó en el role playing, y en la segunda mantuvo participación en la actividad con cartas Dixit, utilizando el humor como recurso compartido para abordar las temáticas. Esto refleja una participación activa y consistente, cumpliendo con los criterios del indicador.

Indicador 3: Mayor capacidad de establecer límites en las distintas relaciones sociales (familia, pares)

A lo largo de las sesiones, la adolescente identificó conscientemente la dificultad que le genera establecer límites. En la primera sesión, ejemplificó esta dificultad al relatar la decisión de retirarse de la coreografía escolar, reconociéndola como un acto necesario de priorización personal. En la segunda, aunque no verbalizó límites explícitos hacia los padres, logró sostener su discurso pese a las interrupciones, mostrando un incipiente avance en la expresión respetuosa de límites. Se considera un progreso parcial, centrado en la toma de conciencia más que en la aplicación conductual.

Indicador 4: Mejora en habilidades sociales al interactuar en distintos contextos

En ambas sesiones se promovió la identificación de habilidades sociales. La paciente reconoció aspectos positivos en sus interacciones en distintos contextos, y los padres destacaron atributos de resiliencia, empatía y resolución. La conversación familiar permitió integrar percepciones positivas y también aspectos a mejorar, reflejando un entorno en desarrollo hacia interacciones más conscientes. Este indicador se considera logrado, dado que la paciente y su familia lograron verbalizar y validar habilidades sociales concretas en distintos contextos. Igualmente, será importante promover una identificación más diversa de habilidades sociales.

Indicador 5: Expresión con mayor claridad y respeto en sus interacciones sociales y familiares

Se observaron avances significativos en la capacidad de la paciente para expresar sus ideas con respeto y mayor claridad. En la primera sesión, expresó y reflexionó sobre sus decisiones personales, y en la segunda logró compartir percepciones sobre sus padres, sosteniendo su discurso pese a la tensión y las interrupciones. Su decisión de no continuar hablando para evitar el llanto fue acogida clínicamente como un acto de autocuidado, coherente con el desarrollo de una comunicación más clara y consciente. Este indicador se considera mayoritariamente logrado.

Síntesis

El análisis integrado de ambas sesiones evidencia que el objetivo específico de fortalecer el autoconcepto social de la adolescente desde la dinámica familiar fue parcialmente logrado, mostrando un progreso consistente en el reconocimiento de sus habilidades sociales como en la capacidad para expresarse y adaptarse a distintos contextos.

Tal como indica el modelo sistémico, el proceso permitió ampliar la comprensión del autoconcepto social desde una perspectiva individual hacia una dimensión relacional, donde la validación de los padres y espacio terapéutico conjunto fueron factores facilitadores del cambio. Los indicadores de adaptación, participación y expresión alcanzaron un nivel satisfactorio en relación con los criterios propuestos, mientras que la capacidad establecer límites continúa en desarrollo, requiriendo acompañamiento para su consolidación conductual.

Sesión n°3:

Para la tercera sesión, se tuvo como objetivo *fortalecer el autoconcepto familiar*, en donde se trabajó con el propósito de conocer su rol dentro del sistema familiar, promover una percepción positiva de este e identificar los recursos familiares que han impactado favorablemente en su autoconcepto. Para ello, se planificaron dos actividades principales: ¿Cuál es mi rol en mi familia?, orientada a identificar el rol que cumple v/s el que le gustaría o debería tener según su edad en distintas situaciones cotidianas, y ¿Cómo mi familia me ha aportado en el autoconcepto?, mediante la elaboración de una línea de tiempo, en donde recordara eventos significativos en los que su familia haya influido positivamente en su autoconcepto familiar. La sesión se llevó a cabo únicamente con la paciente.

En cuanto al desarrollo de la sesión, la adolescente llegó con mayor disposición a conversar, aunque con evidente dificultad para mantener la atención, aspecto que se reflejó en la necesidad de redirigir constantemente el foco temático. Se realizó un screening inicial de emociones, en donde señaló sentirse “feliz” pero con “algo de sueño”. Comenzó compartiendo espontáneamente su intención de querer ir al mall con sus padres a comprar un pantalón distinto al que tiene, a propósito que le gustan “más anchos porque se ven mejor”, derivando luego en otros temas cotidianos. Seguido a esto, se retomó la sesión anterior para así recoger su percepción de lo llevado a cabo, a lo que respondió “bien”, cambiando rápidamente de tema, relatando que su profesora de educación física le había llamado la atención por el tipo de zapatillas que usaba, ya que no eran adecuadas para la clase. Mencionó su desacuerdo con esa observación, generando un breve espacio de reflexión sobre su postura y los criterios que utiliza para evaluar la autoridad o las normas.

Posteriormente, comentó que le fue bien en una prueba de matemáticas, pero que el tiempo no le alcanzó para terminarla. Explicó que conversó con la profesora “para decirle que necesita más tiempo por su diagnóstico de TDAH”, reconociendo así las implicancias del trastorno en su desempeño académico. Esta intervención permitió reforzar su capacidad de autoobservación y comunicación asertiva frente a figuras adultas. Lo cual, deja en evidencia también, la preocupación implicada en el buen rendimiento académico y la expresión respetuosa.

Más adelante, la terapeuta retomó el tema de la sesión anterior, indagando en su percepción sobre la experiencia con los padres. La adolescente expresó que “fue raro” porque “no estaba tan de acuerdo con algunas cosas que dijo su mamá”, aunque no recordó ejemplos concretos. Luego comentó que su padre “le cuestionó la carta que lo representaba” después de la sesión, pero que “después fueron al supermercado y ahí se olvidó todo”, minimizando la tensión y mostrando cierta capacidad de reparación espontánea del vínculo. Esta interacción entre la paciente y terapeuta deja

en evidencia la necesidad de continuar promoviendo espacios de expresión respetuosa y acompañar la validación paterna. Asimismo, entrega antecedentes para así ir acomodando las sesiones familiares.

Debido a las distracciones frecuentes, se introdujo directamente la actividad de la línea de tiempo. En esta, la adolescente identificó solo un evento significativo, correspondiente a la situación de exclusión vivida en su colegio anterior, donde destacó el apoyo recibido por sus padres, reconociendo que con ellos aprendió a “darse cuenta de que ese no era su lugar” y la importancia de “saber con quién estar y dónde pertenece”. Además, recordó que, frente a un conflicto vivido en ese colegio, “aprendió con sus padres a pensar antes de hablar”. Si bien la terapeuta intentó profundizar en otros momentos relevantes, la paciente manifestó “tener mucho sueño”, por lo que se decidió dar por terminada la actividad sin insistir, priorizando su bienestar emocional y atencional.

A pesar de que las condiciones de atención dificultaron el desarrollo completo de las actividades planificadas, la sesión permitió reflexionar sobre elementos significativos en torno a la influencia positiva de la familia, la autonomía progresiva de la adolescente para expresar necesidades concretas (como su vestimenta o el acuerdo con adultos), y la reflexión sobre aprendizajes familiares previos vinculados a su autoconcepto.

Síntesis

Las acciones realizadas fueron coherentes con el objetivo de fortalecer el autoconcepto familiar, ya que posibilitaron explorar de manera gradual la percepción que tiene sobre su rol y las influencias positivas de su entorno.

A nivel clínico, la sesión presentó dificultades en la focalización atencional y dispersión temática, propias del funcionamiento descrito por la paciente en relación su diagnóstico de TDAH. Frente a ello, la terapeuta realizó ajustes en el momento, priorizando la contención y la flexibilidad de la intervención, sin forzar el cumplimiento literal de todas las actividades planificadas. La decisión técnica de acortar la línea de tiempo ante el cansancio expresado por la paciente fue adecuada, al resguardar su disponibilidad emocional y favorecer la continuidad del vínculo terapéutico.

Se observaron avances incipientes en la reflexión sobre su rol en el sistema familiar y los recursos que este le ha otorgado, así como en la identificación de aprendizajes compartidos con los padres que contribuyen a su autoconcepto. Los indicadores vinculados a la definición de roles, coherencia comunicacional y reconocimiento de reglas familiares presentan progresos parciales, coherentes con el formato individual de la sesión.

En términos técnicos, el abordaje fue adecuado al enfoque sistémico, priorizando la flexibilidad y el uso de la sesión como instancia preparatoria para el trabajo conjunto familiar.

Sesión n°4:

Para la cuarta sesión, también se propuso como objetivo *fortalecer el autoconcepto familiar*, mediante la identificación de los roles y funciones de cada miembro del sistema familiar, y el refuerzo conjunto sobre el valor del rol y las relaciones que contribuyen a la construcción del autoconcepto. Para esto, se planificó una primera actividad orientada a asignar un color a cada miembro familiar y describir en conjunto sus funciones, y la segunda, una dinámica de expresión escrita y gráfica en la que cada integrante compartiría lo que valora del otro dentro de la familia.

La sesión se llevó a cabo con la adolescente y sus padres. Sin embargo, al inicio se realizó un screening emocional, donde los tres expresaron enojo, confusión y estrés producto de un conflicto sucedido el día anterior. Dada la carga emocional del relato, la terapeuta decidió ajustar la

planificación original para dar prioridad a la contención emocional y la elaboración conjunta de lo sucedido.

A modo de contexto, la familia reside en un condominio de casas, en donde sus vecinos, corresponden a la familia de la mejor amiga del barrio de la adolescente. En base a sesiones anteriores, la paciente había mencionado que su madre mantenía una relación bastante cercana con la madre de su amiga, y, por el contrario, contaba con una pésima relación con el padre de esta por motivos relacionados a la relación marital de aquellos (en donde la madre de la paciente siempre ha promovido la separación de estos, a propósito de la índole de sus discusiones y maltrato). A raíz de esto, la paciente tiene prohibido ir a la casa de su amiga si es que el padre está allí.

Ahora bien, con respecto a la situación vivida en específico, la madre comienza relatando que se encontraba en la casa de su vecina, compartiendo un té con la madre de la mejor amiga de la paciente. En ese momento, llegó sorpresivamente el sujeto, solicitando violentamente que se retirara de su casa, que era una “víbora” y que no la quería ahí. Ante esto, la madre de la paciente decide ponerse de pie, encarando al hombre, mencionándole que no se iría, ya que estaba con su amiga. Como consecuencia, el vecino aumentó su agresividad, y, en resumidas cuentas, el vecino produjo que la madre de la paciente se quemara con el té. A raíz de esta situación, llegaron los Carabineros al recinto, llevándose detenida a la madre de la paciente y al hombre en cuestión.

Durante la narración, se observaron manifestaciones emocionales diferenciadas entre los miembros: la madre se mostró ambivalente y conflictuada respecto a su actuar, el padre evidenció desacuerdo y enojo, y la adolescente presentó risa nerviosa, reflejando su incomodidad frente a la tensión familiar.

Frente a esto, se implementó una actividad adaptada de resignificación, centrada en dos consignas: “Qué aprendizajes me llevo de lo sucedido” y “Qué quiero dejar atrás”. Esta instancia permitió transformar el evento vivido en una oportunidad de reflexión sobre los límites, la comunicación, el autocuidado y la regulación emocional.

En sus intervenciones, la madre destacó como aprendizaje “la importancia de la seguridad y el amor en la familia” y la necesidad de “no exponerse ni actuar impulsivamente”, comprometiéndose a “dejar atrás los problemas ajenos y la falta de amor propio”. La adolescente expresó haber aprendido “a resolver problemas con calma y valorar la protección de sus padres”, señalando que quería “dejar atrás toda la situación y las malas vibras del papá de su amiga”. Por su parte, el padre manifestó no reconocer aprendizajes todavía, señalando que sentía “rabia y preocupación”.

A partir de estos relatos, se desarrolló una conversación sobre los distintos estilos de afrontamiento y sobre cómo cada integrante maneja la adversidad, destacando la importancia de identificar patrones relacionales disfuncionales y construir alternativas más respetuosas. La terapeuta facilitó la integración emocional del evento, promoviendo el reconocimiento mutuo de los estilos y el respeto por las diferencias.

La sesión finalizó con una reflexión conjunta, donde la madre logró reconocer su error y la necesidad de evitar situaciones riesgosas. Pese a la tensión inicial, el cierre se dio en un clima más calmado, con mayor coherencia y reconocimiento mutuo.

Síntesis

En conclusión, la sesión n°4 presentó una desviación justificada respecto a la planificación original, al priorizar la contención emocional de una crisis reciente por sobre el desarrollo de las

actividades previstas. Desde una perspectiva técnica, el ajuste fue clínicamente pertinente, ya que permitió contener y procesar una situación de crisis que afectaba directamente la dinámica familiar y la percepción de roles.

La terapeuta orientó la intervención hacia la elaboración emocional y la resignificación de la experiencia, manteniendo la coherencia con el modelo sistémico, a propósito de las interacciones narradas y desplegadas a nivel de dinámica familiar. La sesión posibilitó una comprensión más realista de los roles individuales y parentales, la identificación de límites y la comunicación respetuosa. El trabajo permitió, además, observar la interacción simultánea de los tres miembros, lo que otorgó un espacio de reconocimiento mutuo y validación de emociones.

Aunque no se ejecutaron las actividades planificadas, la sesión cumplió el propósito de fortalecer el autoconcepto familiar, al favorecer la reflexión sobre el funcionamiento del sistema, los roles asumidos y las implicancias de sus acciones en el bienestar de la adolescente y general.

En términos de logro, se evidencian avances significativos en la identificación de roles, la comprensión de límites y la coherencia comunicacional, considerando la profundidad alcanzada y la pertinencia del ajuste técnico.

El proceso permitió transformar una crisis en una oportunidad terapéutica de aprendizaje y cohesión, fortaleciendo la percepción familiar como un espacio de apoyo, reflexión y contención emocional, dimensiones centrales para el fortalecimiento del autoconcepto familiar de la adolescente.

Integración sesiones n°3 y n°4:

Indicador 1: Mayor definición de los roles en la dinámica familiar

En conjunto, ambas sesiones permitieron clarificar y resignificar los roles. En la sesión individual, la adolescente identificó su rol como hija acompañada y contenida, y reconoció el apoyo parental en momentos difíciles. En la sesión familiar, emergieron con claridad los roles parentales y su impacto en la paciente: la madre como figura protectora y directiva; el padre como referente racional y contenedor; la adolescente como observadora que busca armonizar el clima familiar. Este indicador se considera logrado, ya que los roles fueron reconocidos y comprendidos al menos en la práctica, integrando una mirada más realista.

Indicador 2: Mayor capacidad de establecimiento de límites eficientes según cada rol en la dinámica familiar

En la sesión n°3, se observaron manifestaciones sutiles de autoafirmación, especialmente en la expresión de preferencias personales y desacuerdos. En la sesión n°4, el trabajo reflexivo sobre el conflicto vecinal permitió abordar la noción de límites en cuanto al involucramiento y resolución de conflictos. Este indicador se considera parcialmente logrado, dado el proceso de toma de conciencia y la internalización del concepto de límite como forma de protección. De igual forma, se deberá acompañar al establecimiento de límites entre roles.

Indicador 3: Mayor coherencia de las reglas en la dinámica familiar

Si bien no se aplicaron actividades estructuradas sobre las reglas familiares, las conversaciones en ambas sesiones permitieron revisar implícitamente las normas y patrones de funcionamiento, particularmente respecto al manejo de conflictos y la responsabilidad, en donde la madre reconoció la importancia de actuar con prudencia, y la adolescente identificó la necesidad de

resolver “con calma”, mostrando alineación con su etapa evolutiva y figura paterna. Estos elementos evidencian un avance en la coherencia de las reglas familiares, vinculado al desarrollo evolutivo de la adolescente y al aprendizaje conjunto. De igual manera, será relevante acompañar la adaptación de reglas en lo conductual, para considerar el criterio logrado.

Indicador 4: Mayor coherencia en la comunicación verbal y no verbal en la dinámica familiar

En ambas sesiones se observó progresiva congruencia comunicacional desde sus estilos. La adolescente mantuvo un discurso respetuoso y emocionalmente coherente, a pesar de su risa nerviosa; mientras que los padres, lograron expresar sus opiniones sin desbordarse, mostrando apertura al diálogo. Lo anterior, permite considerar un avance sustantivo en el cumplimiento del indicador, en donde se deberá acompañar la validación por parte de los padres.

Síntesis

Como conclusión, el análisis integrado de las sesiones n°3 y n°4 evidencia que el objetivo específico de fortalecer el autoconcepto familiar fue mayormente logrado, mostrando avances consistentes en la comprensión de los roles y comunicación familiar.

En coherencia con el modelo sistémico, el proceso favoreció la transición desde una mirada individual –centrada en la percepción personal del rol y los aprendizajes familiares- hacia una dimensión relacional, donde la reflexión compartida y el reconocimiento mutuo se transformaron en elementos centrales del cambio.

Los indicadores asociados a la definición de roles, la coherencia comunicacional y la comprensión de límites alcanzaron un nivel de avance considerable respecto a los criterios definidos, evidenciándose una mayor conciencia y cohesión familiar. Sin embargo, la validación paternal en cuanto a lo que comunica la paciente, debe ser reforzado. Por su parte, la identificación de coherencia de las reglas familiares mostró ciertos progresos, al poder reconocerse elementos a la base en la interacción familiar, aunque aún requiere consolidarse en acuerdos explícitos y sostenidos, ajustados a la etapa evolutiva de la paciente. Lo mismo ocurre con la definición de rol individual por parte de la paciente, en donde se debe acompañar la definición de este.

Por otra parte, resulta pertinente señalar que, a partir de la **sesión n°5**, se produjo una discontinuidad en la implementación del diseño inicial de la estrategia de intervención, derivada de distintos factores contextuales. Entre ellos, destacan la incorporación de sesiones adicionales por recomendación y acuerdos con la supervisora, cuyo propósito se especificará en la descripción de cada instancia, así como inasistencias asociadas a vacaciones familiares, compromisos académicos y motivos personales. Asimismo, la situación económica del grupo familiar fue un determinante en la reorganización de la intervención, dado que el padre y único proveedor, quedó cesante en la mitad del proceso terapéutico. Esta situación obligó a reajustar la frecuencia de las sesiones, pasando de un formato semanal a uno quincenal, lo que implicó un ritmo de avance más pausado y una mayor probabilidad de ausencias.

En consideración a lo anterior, a continuación, se presentan las sesiones desarrolladas conforme a las modificaciones introducidas al diseño original, detallando sus propósitos, contenido abordados y el análisis correspondiente respecto a su vinculación con los objetivos específicos de intervención.

Sesión n°5:

En la quinta sesión, originalmente destinada al objetivo de *fortalecer el autoconcepto emocional*, se realizó un ajuste técnico en la planificación a partir de la reflexión conjunta con la supervisora clínica de la terapeuta a cargo, a propósito de ciertas tensiones observadas en las interacciones entre la paciente y su madre. Dicho ajuste consistió en realizar una sesión individual con la madre de la adolescente, con el propósito de profundizar en su historia personal y comprender los factores intergeneracionales que pudieran influir en su rol materno, su estilo de crianza y la dinámica familiar actual. Para ello, se llevó a cabo la construcción de una línea de tiempo, desde su nacimiento hasta el presente, identificando hitos vitales significativos y los significados personales asociados a cada etapa, para así poder identificar elementos que estarían presentes en la interacción.

Durante el desarrollo de la actividad, la madre relató ser la hija menor de tres hermanas, existiendo una gran diferencia etaria entre ellas. Describió a su hermana mayor “nana” como una figura materna y de referencia emocional, lo que implicó que gran parte de sus primeros años estuvieran marcados por la admiración y dependencia hacia ella. Asimismo, señaló haber tenido un vínculo más cercano y significativo con su padre, mientras que la relación con su madre fue más bien cordial y distante.

Comentó que provenía de una familia de origen socioeconómico medio - bajo, destacando la historia de esfuerzo y resiliencia de su padre, quien logró estabilidad laboral y éxito pese a las dificultades iniciales. Por su parte, describió a su madre como cuidadora del hogar, figura que valoró, aunque señaló que “no solía expresar afecto ni validar emocionalmente”.

Entre los hitos más significativos, la madre mencionó el casamiento e independencia de su hermana mayor, experiencia que vivió con profundo sentimiento de abandono. Posteriormente, el nacimiento de su primer sobrino generó en ella celos y sensación de “pérdida de lugar” dentro de su familia, emociones que más tarde resignificó con la llegada de otros sobrinos, permitiéndole integrar un nuevo rol como tía.

Junto a lo anterior, destacó como momentos relevantes el inicio de su relación de pareja a los 15 años con su actual marido (padre de la paciente), su matrimonio, y especialmente el nacimiento de su primera hija (la paciente), hecho que -según relató- no fue planificado e implicó no poder finalizar su carrera universitaria, situación que considera un punto de inflexión en su historia personal. Durante los primeros años de la paciente, la pareja atravesó una separación temporal por problemas de convivencia, los cuales atribuyó a su propia inseguridad derivada del aumento de peso durante el embarazo. Expresó que tres meses después, conversaron y retomaron su relación, momento en que decidió someterse a una cirugía bariátrica, lo cual vinculó a una necesidad de “recuperar la confianza en sí misma” y el equilibrio de la relación de pareja.

Posteriormente, destacó el nacimiento de sus hijos menores, y como hito más reciente, la vivencia de exclusión de la adolescente en el colegio anterior, experiencia que la impactó “profundamente”, reactivando emociones de desvalorización y soledad que había experimentado en su propia historia.

La sesión concluyó con la reflexión sobre la importancia de conocer su historia personal, para así entender de manera transgeneracional y globalmente, a los miembros significativos de la familia nuclear de la adolescente. La madre expresó que encontró sentido a la sesión, señalándose “agradecida y contenida”, reconociendo el valor de mirar su historia personal.

Indicador 1: Mayor definición de los roles en la dinámica familiar (*Autoconcepto familiar*)

La sesión permitió comprender los roles y funciones heredadas dentro del sistema familiar, al explorar la historia de vida de la madre y los significados atribuidos a las figuras parentales de su familia de origen. Este ejercicio contribuyó a reconocer cómo dichos modelos, de esfuerzo y superación del padre, y escasa validación emocional de su madre, se reproducen en su actual rol materno, aportando información relevante para comprender la estructura funcional de la familia de la adolescente y sus implicancias en la definición de roles.

Indicador 1: Mejora en la identificación y expresión de emociones (*Autoconcepto emocional*)

En esta sesión, la madre identificó y expresó emociones significativas vinculadas a su historia vital (abandono, celos, inseguridad). Si bien el trabajo no se realizó con la adolescente, la actividad tributa a este indicador al propiciar un reconocimiento emocional profundo y contextualizado dentro del sistema familiar, constituyendo una base de comprensión para posteriores sesiones conjuntas.

Indicador 3: Mayor conocimiento de sí misma (*Autoconcepto emocional*)

La madre reconoció aspectos personales e históricos relacionados con su forma de vincularse y con las emociones asociadas a su rol materno, lo que favorece la comprensión de patrones emocionales caracterizados por la sensación de abandono y escasa validación emocional, y por ende influyen en la construcción del autoconcepto emocional de la paciente.

Indicador 4: Mayor diferenciación de los padres (*Autoconcepto emocional*)

A través del relato autobiográfico, la madre reflexionó sobre sus decisiones personales y los significados asociados a ellas, reconociendo la necesidad de diferenciación emocional entre la historia personal de la madre y la experiencia vital de la hija. Este proceso favorece la distinción de experiencias y límites emocionales, contribuyendo a una dinámica más clara y saludable dentro del sistema.

Indicador 5: Aumento de la expresión emocional asertiva en la dinámica familiar (*Autoconcepto emocional*)

La madre relató que, tras una separación temporal con el padre de la adolescente, ambos fueron capaces de conversar y restablecer el vínculo, reconociendo la importancia del diálogo y la expresión emocional. Este hecho evidencia una mejora en la expresión emocional asertiva dentro del subsistema parental, que repercute positivamente en los modelos de expresión internalizados por la adolescente.

Indicador 1: Mayor integración en la formación de su autoimagen (*Autoconcepto físico*)

La madre abordó las inseguridades relacionadas con el aumento de su peso tras el embarazo y la posterior cirugía bariátrica, expresando las repercusiones que tuvo en su autoestima y relación de pareja. Este contenido permitió identificar modelos maternos de autoimagen relevantes, caracterizados por la inseguridad y conflicto interno frente al aumento de peso, lo cual permite comprender cómo se configura el autoconcepto físico de la adolescente en base a lo transmitido y vivenciado por su madre.

Indicador 5: Disminución de la sobre exigencia parental en logros académicos (*Autoconcepto académico*)

Al compartir que no pudo concluir sus estudios universitarios tras el nacimiento de su hija, la madre evidenció emociones de frustración y resignación vinculadas al ámbito académico, revelando creencias familiares respecto al esfuerzo, la superación y el valor del rendimiento académico. Este

antecedente constituye un antecedente relevante para analizar las expectativas y exigencias transmitidas hacia la adolescente, y abre la posibilidad de trabajar en la flexibilización de dichas demandas durante el proceso terapéutico.

Síntesis

En conclusión, la sesión n°5 presentó una modificación planificada y justificada respecto al diseño original, al sustituir el trabajo con la adolescente por una intervención individual con la madre. Desde una perspectiva técnica, la realización de esta sesión resultó altamente pertinente para el proceso terapéutico, al ampliar la comprensión sistémica e intergeneracional del caso, fortalecer la alianza terapéutica con la madre y permitir un abordaje profundo de diversos factores que inciden en la dinámica familiar. La terapeuta orientó la sesión hacia la revisión de significados personales y experiencias vitales, manteniendo coherencia con el enfoque sistémico y con los objetivos del proceso de intervención.

Aunque el formato de la sesión se alejó de la intervención directa con la adolescente, cumplió un propósito estructural clave dentro del proceso: fortalecer la comprensión global del sistema familiar, reconocer la influencia de la historia parental en la experiencia actual de la hija y generar una base sólida para la continuidad del trabajo clínico.

En términos de logro, se observan avances y aportes en cuanto a la definición de roles, la identificación y expresión emocional, la diferenciación y la comunicación, estimándose un grado de logro importante respecto a la integración y comprensión sistémica alcanzada para fomentar el autoconcepto global positivo de la adolescente.

Sesión n°6:

La sexta sesión, originalmente destinada al trabajo con la adolescente para *fortalecer el autoconcepto emocional*, fue nuevamente ajustada tras un acuerdo con la supervisora clínica, siguiendo la misma línea de trabajo individual iniciada con la madre. En esta ocasión, la sesión fue realizada únicamente con el padre de la paciente, con el propósito de acceder a una comprensión más amplia de los factores que configuran la dinámica familiar y los significados atribuidos al rol parental. Se consideró pertinente replicar la metodología de la línea de tiempo para mantener la coherencia del proceso, facilitando la exploración de hitos vitales significativos y los elementos que orientan su forma de ejercer la paternidad.

Al inicio de la sesión, antes de abordar la actividad principal, el padre compartió aspectos actuales relacionados con la paciente, mencionando que, como regalo de cumpleaños le habían regalado entradas para ver a su cantante favorito, lo cual describió con satisfacción, pero añadió una preocupación por la baja en el rendimiento académico de la adolescente. Comentó que “la única forma de apretarla es amenazarla con cambiarla de colegio”, lo que refleja una pauta de control basada en la sanción y la exigencia.

En el desarrollo de la línea de tiempo, el padre relató que sus padres estaban separados antes de su nacimiento y que él no fue planificado ni deseado, dejando en evidencia una autopercepción de haber sido “un error”. Mencionó tener dos medios hermanos paternos mayores, con los que no tiene mucha relación, y que, durante sus primeros años, su padre solo lo visitaba esporádicamente, dando cuenta de su dinámica familiar temprana. A los siete años, nació su hermano menor, señalando “yo quería”, lo cual generó una sensación de compañía. En su relato, emergió una fuerte presencia de sus tíos abuelos paternos, a quienes considera como figuras de referencia y contención emocional; señaló que dichos tíos son padrinos de él y de la paciente, evidenciándose una continuidad intergeneracional

en los vínculos significativos. Sobre sus propios padres, manifestó desacuerdo y crítica hacia la separación, enfatizando que “no entiende cómo su padre pudo estar ausente, ya que él no concibe su vida sin sus hijos”, añadiendo que él “siempre ha sido el único proveedor de su casa”. Frente a lo expuesto, se puede observar cierto resentimiento y descontento en cuanto al funcionamiento de su figura paterna, demostrando que su rol de padre es ejercido en parte desde la reparación y como acto compensatorio de su historia vital.

Relató haber asistido al mismo colegio en que estudió su hija hasta sexto básico -institución perteneciente a sus tíos abuelos-, describiéndolo como un “colegio burbuja”, donde se sentía seguro. Sin embargo, al cambiarse en séptimo básico a otro establecimiento, experimentó dificultades de adaptación y episodios de “bullying”. Dicha experiencia, refleja la misma experiencia de la paciente, observándose elementos de integración y adaptación social. A partir de primero medio, comenzó a integrarse mejor y formar amistades. Durante la enseñanza media, conoció a la madre de la paciente, iniciando una relación desde los 15 años. Se describió como un alumno regular, pero esforzado, destacando que su sentido del deber y la perseverancia fueron aprendizajes que hoy intenta transmitir a su hija. Añadió que le preocupa que ella “no dimensione la importancia del estudio para el futuro”, a propósito de la validación conseguida por sus resultados académicos.

Posteriormente, relató que primero ingresó a estudiar ingeniería en física, carrera que abandonó al medio año, ya que no le gustaba, para luego estudiar ingeniería industrial, de la cual se tituló poco antes del nacimiento de su hija. Señaló que la llegada de la paciente “no estaba en los planes”. Comentó que, durante sus primeros años, atravesó una separación relacional temporal asociada a problemas de convivencia y a la inseguridad de su esposa por el aumento de peso tras el embarazo, en donde nuevamente se observa el impacto de la autoimagen en lo relacional. Describió que tres meses después lograron reconciliarse, momento en el que su pareja se sometió a una cirugía bariátrica, interpretándolo como un intento por “recuperar su confianza”. Años más tarde, formalizó su matrimonio, y posteriormente, nacieron los dos hijos menores, en etapas distintas del ciclo vital familiar. Expresó que cada hijo llegó en diferentes etapas: “con la primera partimos de cero, el segundo llegó a complementar y ya teníamos más estabilidad, y la tercera también complementó”. Dicho relato, da cuenta de una asignación de roles al subsistema fraternal.

La sesión finalizó en un ambiente reflexivo, en el que el padre manifestó que “hacía mucho tiempo que no se detenía a mirar su vida”, reconociendo el valor de revisar su historia y comprender cómo sus experiencias influyen en su manera de ser padre hoy en día, y así ser consciente cómo elementos propios, pueden ser transmitidos en la configuración de autoconcepto de su hija.

Indicador 1: Mayor adaptación a los distintos contextos y situaciones sociales (*Autoconcepto social*)

Al narrar sus experiencias escolares –desde un “colegio burbuja” hasta un entorno donde experimentó dificultades de integración- el padre evidenció procesos de ajuste y superación personal. Estos aprendizajes intergeneracionales aportan información sobre modelos parentales de adaptación social que inciden en el desarrollo del autoconcepto social de la adolescente.

Indicador 1: Mayor definición de los roles en la dinámica familiar (*Autoconcepto familiar*)

El padre reflexionó sobre su posición dentro del sistema familiar, identificándose como figura de autoridad y proveedor. Este contenido aporta a la comprensión del funcionamiento jerárquico familiar. Asimismo, al describir la llegada de cada uno de sus hijos y el contexto vital asociado a esos momentos, el padre definió de manera implícita las funciones y significados atribuidos a cada integrante dentro del sistema, dando cuenta de cómo comprende los distintos roles y las responsabilidades que emergen en función de las condiciones del ciclo vital y económico.

Indicador 3: Mayor coherencia de las reglas en la dinámica familiar (*Autoconcepto familiar*)

La sesión permitió visibilizar la existencia de reglas rígida y mecanismos de control porco ajustados a la etapa adolescente, al referirse a la “amenaza de cambio de colegio” como herramienta disciplinaria. Esta estrategia evidenció la importancia de revisar las reglas familiares.

Indicador 1: Mejora en la identificación y expresión de emociones (*Autoconcepto emocional*)

El padre logró identificar emociones centrales en su historia vital (inseguridad, frustración, nostalgia). Estas reflexiones facilitan la comprensión de los afectivos transmitidos y constituyen una base para el trabajo conjunto con la adolescente.

Indicador 3: Mayor conocimiento de sí mismo (*Autoconcepto emocional*)

El padre reconoció rasgos personales como el esfuerzo y la responsabilidad, los cuales ha intentado transmitir a sus hijos. Este reconocimiento contribuye a cómo la comprensión de sí mismo influye en las dinámicas familiares y en la construcción del autoconcepto de la adolescente.

Indicador 4: Mayor diferenciación de los padres (*Autoconcepto emocional*)

El padre contrastó su historia de infancia –marcada por la ausencia de su padre- con su compromiso actual de ser un padre presente. Esta reflexión denota un proceso de diferenciación intergeneracional, al tomar conciencia de los modelos que desea mantener o transformar en su propia familia.

Indicador 1: Mayor integración en la formación de su autoimagen (*Autoconcepto físico*)

Al igual que en la sesión con la madre, el padre hace alusión a la inseguridad de su esposa tras el embarazo, visibilizando creencias familiares vinculadas a la corporalidad y la autoaceptación. Este contenido aporta a la comprensión de elementos que pueden incidir en el desarrollo del autoconcepto físico de la adolescente.

Indicador 2: Mayor conocimiento de fortalezas y logros académicos (*Autoconcepto académico*)

Al compartir su trayectoria académica personal, destacando el esfuerzo y perseverancia, el padre da cuenta de una autoevaluación positiva de su capacidad de superación y resiliencia académica, configurando un modelo de logro y responsabilidad que influye directamente en las expectativas transmitidas a su hija.

Indicador 5: Disminución de la sobre exigencia parental en logros académicos (*Autoconcepto académico*)

Al mencionar que “no dimensiona la importancia del estudio para su futuro”, junto a la medida de amenazar con cambio de colegio, el padre evidenció una pauta de sobre exigencia, permitiendo reconocer la rigidez de este modelo y abrir la posibilidad terapéutica de trabajar en la flexibilización de dichas exigencias y en la validación del proceso más que el resultado.

Síntesis

La sesión n°6 abordó, de forma indirecta, la globalidad de los objetivos, profundizando en la historia vital del padre y en los factores intergeneracionales que inciden en su modo de vincularse con la familia y ejercer la paternidad.

Desde una mirada sistémica, la sesión permitió acceder a modelos de esfuerzo, autoexigencia y responsabilidad que se replican en la dinámica con la hija, junto a tensiones relacionadas con el control, la autoridad y la necesidad de coherencia entre reglas y etapas del desarrollo. El ajuste técnico de realizar esta sesión individual fue altamente pertinente, al fortalecer la alianza terapéutica con el subsistema parental y complementar la comprensión lograda en la sesión previa con la madre.

En términos de logro, la sesión evidenció avances importantes en la comprensión de la dinámica familiar, la identificación emocional y la autoconciencia parental, sentando bases sólidas para el trabajo conjunto en torno al fortalecimiento del autoconcepto de la adolescente.

Sesión n°7:

Tras un mes de la última sesión, considerando el reajuste de frecuencia entre sesiones y la incorporación de sesiones individuales con los padres, se retomó el proceso con la adolescente. Considerando el intervalo temporal y los cambios realizados, la terapeuta decidió ajustar la planificación inicial e indagar en hechos recientes más significativos, con el propósito de reconectar con la experiencia emocional actual de la adolescente y generar coherencia con el plan de intervención original orientado al fortalecimiento del *autoconcepto emocional*, pero sin tenerlo como objetivo principal. La sesión se desarrolló en formato individual, mediante una conversación libre y exploratoria, que permitió profundizar en aspectos personales y relacionales que influyen en su autoconcepto global.

Como antecedente a destacar, la paciente ese día llegó con un “chupón” en el cuello, lo cual se abordó en el transcurso de la sesión.

Al inicio de la sesión, la paciente relató espontáneamente que recientemente había cumplido 15 años, celebrándolo en su casa junto a su pololo y grupo de amigos. Describió la jornada con entusiasmo, destacando la convivencia y conversaciones. En este contexto, mencionó se hizo alusión sobre un conflicto reciente ocurrido entre compañeros: una situación de coqueteo entre un compañero en pareja y otra compañera, en donde esta última habría difundido que él le había coqueteado. La paciente decidió intervenir directamente, diciéndole a la otra compañera “discúlpate”, relatando que se “sintió aterrada por hacerlo”, pero lo hizo porque “nadie más lo iba a hacer” y por su rol de delegada de convivencia del curso. Expresó sentirse presionada socialmente al tener que desinvitarla de su cumpleaños.

La reflexión en torno a este evento permitió profundizar en su sentido de responsabilidad, justicia y liderazgo, y en las emociones asociadas a su posición en el grupo de pares. Para ella, ser delegada de convivencia implica “estar pendiente de los compañeros, que nadie esté solo y ayudar a resolver”, lo que evidencia un fuerte compromiso con los demás, aunque acompañado de ansiedad y autocrítica frente al conflicto.

Por otra parte, comentó su decisión de enfocarse en lo académico, expresando “ya no me cambio tanto de puesto y tomo apuntes”. Este cambio refleja una reorganización interna, a propósito de su motivación intrínseca por mejorar su rendimiento, junto con integrar las exigencias académicas de sus padres.

Respecto a su vida afectiva, compartió aspectos de su relación de pareja, en donde la terapeuta profundizó en patrones relacionales y exploración sexual. Ante esto, de manera espontánea mostró lo que tenía en el cuello, para luego señalar que “ella es quien pone los límites”, afirmando que “solo se dan besos”. Lo cual, deja en evidencia el reconocimiento de que el “chupón” fue un acto más allá de sus límites. Ante esto, comentó que su madre le había hablado abiertamente sobre este

tema, relatándole su propia experiencia sexual, la cual fue llevada a cabo de “manera planificada y responsable”, lo cual generó una conversación significativa. La paciente describió a su pololo como “muy educado” y “quien le despeja la mente e ilumina su vida”, reflejando una imagen más bien idealizada de este, lo cual se considera característico para la edad. Igualmente, se invitó a la reflexión sobre lo ocurrido, haciendo alusión a la importancia de relacionarse desde el respeto, la comodidad y lo esperado para su edad.

Narró además su asistencia al concierto de su cantante favorito, considerado “lo mejor de su mes”. Comentó haber grabado “más de cien videos para su pololo” y que “se dedicaron una canción”, explicitando su deseo de no querer compartir esto con sus padres, “porque lo iban a encontrar exagerado”. En paralelo, expresó “estoy yendo a atletismo con él”, “él me motivó”. Evidenciando nuevamente la influencia de este en su vida.

Para complementar lo anterior, se le consultó “lo peor del mes”, mencionando haberse sentido “pésima nieta y sobrina”, ya que su madre le dijo que “nunca llama a nadie”. Esta afirmación deja en evidencia su juicio autocrítico frente a las expectativas familiares, además de mostrar en parte desacuerdo con su madre, ya que “no siempre tiene tiempo o se le olvida”.

La sesión finalizó en un clima de confianza y apertura, destacando el involucramiento reflexivo de la paciente al sobre sus relaciones, emociones y aprendizajes recientes. Afirmó “me encantó volver a verte” haciendo alusión a la terapeuta.

Indicador 1: Mayor adaptación a los distintos contextos y situaciones sociales (Autoconcepto social)

Se evidenció de manera explícita a través del relato sobre su rol como delegada de convivencia, interviniendo en un conflicto entre pares. Esta acción refleja una capacidad de adaptación activa frente a una situación social demandante, equilibrando el temor con su sentido del deber.

Indicador 2: Aumento de participación en distintas interacciones sociales (Autoconcepto social)

La paciente relató múltiples experiencias grupales mostrando una inserción social diversa y sostenida, aunque aún mediada por la validación externa.

Indicador 3: Mayor capacidad de establecer límites con sus vínculos (Autoconcepto social)

La adolescente describió cómo establece límites claros con su pareja sin generar conflictos, priorizando el respeto mutuo y mostrando autonomía, lo cual será necesario seguir acompañando.

Indicador 4: Mejora en habilidades sociales al interactuar en distintos contextos (Autoconcepto social)

La paciente evidenció habilidades de liderazgo, empatía y mediación, pero también una elevada autoexigencia y ansiedad ante el conflicto, lo que sugiere que aún requiere consolidar la autoconfianza.

Indicador 1: Mayor definición de los roles en la dinámica familiar (Autoconcepto familiar)

Al comentar sobre la percepción de exigencia por su madre “me dijo que nunca llamo a nadie”, da cuenta sobre las expectativas familiares y su lugar en la estructura familiar, observándose como una vivencia con culpa.

Indicador 3: Mayor coherencia de las reglas en la dinámica familiar (Autoconcepto familiar)

El comentario sobre la crítica materna permite inferir cierta rigidez en las normas afectivas (contacto, cuidado de los demás) y la necesidad de ajustar las reglas familiares hacia una comunicación más empática y ajustada a la etapa evolutiva.

Indicador 1: Mejora en la identificación y expresión de emociones (*Autoconcepto emocional*)

La adolescente expresó diversas emociones: miedo, orgullo, felicidad, culpa y entusiasmo, articulando sus vivencias de manera coherente y reflexiva.

Indicador 2: Aumento de su autorregulación (*Autoconcepto emocional*)

Mostró capacidad para manejar la ansiedad en el ámbito social y tomar decisiones reguladas en el ámbito académico y afectivo. No obstante, se observan patrones algo impulsivos en su relación amorosa, lo cual debe ser acompañado desde el sistema familiar y en el proceso terapéutico.

Indicador 3: Mayor conocimiento de sí misma (*Autoconcepto emocional*)

Al reconocerse como una persona líder y empática, la paciente evidenció autoobservación y cómo esto impacta sus relaciones.

Indicador 4: Mayor diferenciación de los padres (*Autoconcepto emocional*)

La paciente fue capaz de relatar un momento en el que decidió mantener privacidad en lo enviado a su pololo, mostrando capacidad de diferenciarse respecto a la expectativa de los padres.

Indicador 5: Aumento de la expresión emocional asertiva en la dinámica familiar (*Autoconcepto emocional*)

El diálogo sobre la sexualidad con su madre demuestra una comunicación más abierta y respetuosa, aunque la vivencia de culpa frente a la crítica materna muestra que aún hay ámbitos de vulnerabilidad y necesidad de validación.

Indicador 3: Mayor valoración y autocuidado (*Autoconcepto físico*)

Aunque no se trabajó de manera directa, la paciente mencionó su práctica de atletismo motivada por su pareja, reflejando una práctica de autocuidado. Sin embargo, la fuerte vinculación afectiva, sugiere que su autoimagen aún depende parcialmente de la validación externa.

Indicador 3: Aumento en la motivación académica (*Autoconcepto académico*)

La paciente manifestó intención de mejorar su rendimiento describiendo cambios concretos en su conducta. Lo cual deja en evidencia su autorreflexión y mayor compromiso con el desempeño escolar.

Síntesis

La sesión n°7 constituyó un punto de reconexión emocional y evolutiva en el proceso terapéutico, al retomar el vínculo clínico después de un periodo de pausa y favorecer la expresión integral del mundo interno de la adolescente. De manera transversal, se observaron avances en todos los objetivos del plan de intervención, destacando particularmente el fortalecimiento del autoconcepto emocional y social. Desde una perspectiva técnica y sistémica, la terapeuta favoreció un encuadre relacional contenedor, facilitando que la adolescente reconectara con sus experiencias recientes y articulara significados entre sus vínculos y emociones, promoviendo una visión integrada de sí misma y de su posición dentro de los distintos sistemas a los que pertenece.

En otro orden de ideas, es importante mencionar que los padres se vieron en la obligación de poner en pausa el proceso terapéutico, debido a las dificultades económicas derivadas de la cesantía sostenida del padre. La madre se comunicó telefónicamente con la terapeuta, emocionalmente afectada y llorando, para informar la situación y agradecer profundamente el trabajo realizado hasta ese momento, manifestando su deseo de retomar la intervención una vez que la familia logre estabilizarse económicamente.

A partir de lo anterior, no fue posible continuar con las sesiones individuales y familiares restantes, correspondientes a los objetivos de *fortalecer el autoconcepto físico* (sesiones n°7 y n°8) y *autoconcepto académico* (sesiones n°9 y n°10) de la adolescente, además de las instancias de cierre individual y familiar (sesiones n°11 y n°12) contempladas en la planificación original.

Si bien el proceso alcanzó hasta la sesión n°7, esta no permitió abordar directamente las actividades planificadas para el *fortalecimiento del autoconcepto emocional ni físico*, dado que el trabajo realizado se ajustó según los propósitos anteriormente descritos, sin lograr transitar formalmente hacia la siguiente fase del diseño de intervención.

Síntesis final

Objetivo 1: Fortalecer el autoconcepto social de la adolescente desde la dinámica familiar

A lo largo del proceso terapéutico, este objetivo se trabajó principalmente en las sesiones n°1 y n°2, tanto en formato individual como familiar.

La paciente mostró avances significativos en la identificación de sus habilidades sociales, la participación en interacciones sociales y la capacidad de adaptación a diversos contextos (familia, pares). Los padres validaron observaciones coherentes con los progresos descritos, reconociendo habilidades de resiliencia, curiosidad y valentía especialmente. La adolescente también comenzó a reflexionar sobre sus límites interpersonales, identificando las dificultades que enfrenta al priorizar sus propias necesidades, lo que evidencia una toma de conciencia inicial.

En la sesión n°6, el padre hizo referencia a sus dificultades de integración en la etapa escolar, lo cual aporta información sobre posibles modelos parentales de adaptación social que inciden en el autoconcepto social de la adolescente.

En la sesión n°7, este avance se consolidó al relatar cómo enfrentó un conflicto grupal desde su rol de delegada de convivencia, mostrando liderazgo y responsabilidad social, aunque con cierto temor y autoexigencia.

Los indicadores de adaptación en distintos contextos, participación activa y expresión respetuosa fueron alcanzados, mientras que la capacidad de establecer límites y la consolidación de una percepción estable del autoconcepto social permanecen en desarrollo. No se logró observar la transferencia sostenida de estas habilidades fuera del espacio terapéutico, debido a la interrupción prematura del proceso.

El objetivo se considera mayoritariamente logrado, al fortalecerse la percepción positiva de sus habilidades sociales y su autoconfianza para participar y expresar. Sin embargo, persisten desafíos en la aplicación sostenida de límites interpersonales, asociados a la necesidad de validación externa y al miedo a la desaprobación.

Objetivo 2: Fortalecer el autoconcepto familiar de la adolescente desde la dinámica familiar

El objetivo se trabajó principalmente en las sesiones n°3 y n°4. En la primera, la adolescente reflexionó sobre su rol dentro de la familia, reconociendo aprendizajes y recursos parentales que influyeron positivamente en su autoconcepto. En la segunda, emergieron los distintos roles familiares en el contexto de un conflicto reciente, el cual fue procesado clínicamente, favoreciendo una comprensión más realista de las funciones y límites familiares.

Posteriormente, en las sesiones n°5 y n°6, realizadas de manera individual con la madre y el padre, profundizaron en los factores transgeneracionales que influyen en sus roles parentales, creencias familiares y dinámicas actuales. Ambas historias permitieron contextualizar el sistema familiar y su impacto en la adolescente. En la sesión n°7, la paciente mostró conciencia sobre el lugar que ocupa dentro de la familia según las expectativas parentales, lo que refleja una autopercepción más realista.

El indicador de definición de roles en la práctica fue logrado. La comprensión de límites junto con la coherencia comunicacional, mostraron avances relevantes, pero aún se encuentran en desarrollo. En cuanto a la coherencia de reglas, no se observaron aún cambios conductuales en las reglas del sistema.

El objetivo se considera parcialmente logrado, al fortalecerse la reflexión sobre los roles y funciones dentro del sistema familiar y al favorecer una comprensión más amplia de los significados que los sostienen. Sin embargo, la coherencia comunicacional, el establecimiento de límites recíprocos y las reglas que sostienen al sistema, requieren continuidad en un espacio terapéutico conjunto para su consolidación.

Objetivo 3: Fortalecer el autoconcepto emocional de la adolescente desde la dinámica familiar

Este objetivo no fue trabajado directamente en sesión, sin embargo, se identificaron avances transversales en el proceso.

En la sesión n°1, la paciente de manera espontánea reconoció la aplicación de una estrategia de autorregulación, mostrando avances iniciales en el reconocimiento emocional. En las sesiones n°5 y n°6, los padres exploraron sus propias historias personales, identificando características individuales y diversas emociones, lo que permitió comprender la transmisión entre generaciones de patrones vinculares y emocionales, y su influencia en la dinámica familiar actual. En la sesión n°7, la paciente evidenció avances significativos en la identificación y expresión de emociones, autorregulación emocional y mayor conocimiento de sí misma, al narrar experiencias sociales, académicas y afectivas recientes. Además, se observó mayor diferenciación de los padres, al reconocer espacios de privacidad emocional y autonomía, junto con una expresión emocional más asertiva en el diálogo con la madre sobre temas de sexualidad.

Los indicadores relacionados con la identificación de emociones, el conocimiento de sí misma y la diferenciación respecto de los padres se abordaron indirectamente y alcanzaron un nivel parcial de logro, al observarse avances en la verbalización emocional y en la comprensión de la influencia parental en su propia forma de vincularse. Sin embargo, los indicadores de autorregulación emocional sostenida y expresión emocional asertiva dentro de la dinámica familiar no pudieron ser evaluados directamente.

Si bien se avanzó en la identificación y expresión de emociones significativamente, la falta de sesiones específicas impidió consolidar estos aprendizajes. Desde una perspectiva técnica, el trabajo realizado con los padres aportó información valiosa sobre la transmisión intergeneracional de las

emociones, sentando las bases para un abordaje más profundo del autoconcepto emocional en una eventual continuidad terapéutica.

Objetivo 4: Fortalecer el autoconcepto físico de la adolescente desde la dinámica familiar

Este objetivo no pudo ser trabajado directamente debido a la interrupción del proceso terapéutico.

Se observaron referencias indirectas al tema en las sesiones n°5 y n°6 con los padres, donde ambos aludieron a experiencias relacionadas con la autoimagen, inseguridad corporal y la cirugía bariátrica de la madre, así como a los significados familiares asociados al cuerpo, el peso y la aceptación. En la sesión n°7, la adolescente mencionó la práctica de atletismo, impulsada por su pareja, lo que constituye una primera evidencia de autocuidado físico, aunque mediado por una validación externa.

Sin embargo, no se observaron verbalizaciones directas sobre autoimagen, aceptación corporal o valoración autónoma de su apariencia, por lo que los indicadores de integración de autoimagen, conocimiento de habilidades físicas y aceptación corporal se consideran no logrados, mientras que el autocuidado presenta un avance inicial.

El objetivo no se considera logrado, aunque se identifiquen antecedentes clínicos relevantes sobre la transmisión intergeneracional de la autopercepción corporal, lo que ofrece una base para futuras intervenciones.

Objetivo 5: Fortalecer el autoconcepto académico de la adolescente desde la dinámica familiar

El trabajo asociado a este objetivo se abordó de manera indirecta en las sesiones n°5, n°6 y n°7.

En la sesión n°5, a partir del relato de la madre, se lograron identificar creencias familiares relacionadas con el valor del esfuerzo y rendimiento académico. En la sesión n°6, el padre al describir su trayectoria educativa evidenció modelos de perseverancia, disciplina y sobre exigencia, reflejados en sus expectativas y preocupación por el rendimiento académico de la adolescente. En la sesión n°7, la adolescente manifestó motivación por mejorar sus notas y hábitos de estudio, refiriendo cambios conductuales concretos.

Los indicadores de motivación académica y técnicas de estudio autónomo muestran avances parciales, mientras que los de proyección de metas, fortalezas académicas y disminución de sobreexigencia parental no se lograron. La rigidez de las expectativas parentales y la interrupción del proceso terapéutico impidieron la instalación de estrategias más flexibles en este ámbito.

El objetivo se considera no logrado, aunque se evidenciaron avances iniciales en la motivación y la toma de conciencia sobre la presión académica, lo que constituye una base valiosa para futuras intervenciones orientadas a fortalecer la autonomía y confianza académica, junto con la adaptación de expectativas de los padres.

A modo de conclusión, el objetivo general de *fomentar un autoconcepto global positivo de la adolescente desde la dinámica familiar* se considera parcialmente logrado.

La paciente logró una mayor conciencia de sus recursos personales, fortaleciendo la percepción de sus habilidades sociales y la identificación de sus emociones, junto con un reconocimiento más realista de su rol dentro del sistema familiar. A nivel relacional, se observó una comunicación más respetuosa y una disposición creciente al diálogo, así como el refuerzo de

instancias de validación y reflexión compartida entre los padres y la adolescente. La integración de sesiones con los padres aportó información valiosa sobre los modelos de crianza, las creencias familiares y las dinámicas de exigencia y validación que inciden en las distintas dimensiones del autoconcepto.

A pesar de la interrupción anticipada del proceso, se logró instalar una base sólida de recursos y aprendizajes que pueden ser retomados en una eventual continuidad terapéutica. En particular, se identificaron áreas prioritarias para el trabajo futuro, como la consolidación de estrategias de autorregulación emocional, la validación del autoconcepto físico, el ajuste de las reglas del sistema a la etapa evolutiva y la flexibilización de las expectativas académicas parentales.

4.2 Conclusiones del proceso psicoterapéutico

A continuación, se realizará un análisis exhaustivo y crítico del proceso psicoterapéutico realizado, evaluando las etapas de diagnóstico, planificación e intervención desde un modelo sistémico y articulando el análisis a través de una perspectiva multinivel.

Diagnóstico

En cuanto a la etapa diagnóstica, esta se desarrolló en un contexto altamente demandante a nivel clínico, familiar y contextual, marcado por una derivación urgente desde la pediatra tratante, debido a la solicitud explícita de ayuda de la familia ante una situación de exclusión escolar. Este escenario permitió configurar un diagnóstico que, desde el enfoque sistémico, no solo atendía a la adolescente como individuo, sino a los patrones relacionales y contextuales que sostenían su malestar.

A nivel individual, una de las principales fortalezas de esta etapa fue la capacidad de responder de manera oportuna a la urgencia que motivó la derivación, considerando que la adolescente estaba experimentando exclusión por parte de sus pares, sintomatología ansiosa emergente, un diagnóstico reciente de TDAH y una vivencia subjetiva de desorientación respecto a las causas de su malestar. El proceso diagnóstico permitió contener emocionalmente, y reconocer necesidades centrales de la adolescente, permitiendo captar aspectos esenciales del autoconcepto, tales como: la autoexigencia, necesidad de aprobación, la ambivalencia entre autonomía y dependencia afectiva familiar, sensación de estar restringida, tensión emocional frente a la parentalización, dificultad para establecer límites, presión académica internalizada, e inseguridad con respecto a su valor personal.

La combinación de las técnicas cualitativas utilizadas fue acertada, en donde las entrevistas e incorporación de dinámica con cartas Dixit, facilitaron acceder a significados profundos, representaciones familiares y tensiones del autoconcepto. Por su parte, la observación clínica permitió captar aspectos relacionales, tensiones en la comunicación y coherencias entre discurso y conducta.

Asimismo, la decisión de centrar el diagnóstico en el autoconcepto global disminuido se justificó por antecedentes teóricos y empíricos, el impacto directo en el bienestar adolescente, la desconexión con pares, la relevancia de intervenir la temática de manera preventiva en esta etapa evolutiva y la necesidad de fortalecer habilidades sociales y autonomía. Lo cual, genera una preparación basal para todo tipo de contexto en el que se encuentre.

El enfoque sistémico fortaleció la lectura del nivel individual al considerar que la problemática no era únicamente intrapsíquica, sino relacional e influida por su contexto inmediato, haciendo indispensable un diagnóstico centrado en el autoconcepto multidimensional.

En cuanto a limitaciones a nivel individual, no se aplicaron instrumentos cuantitativos, como cuestionarios estandarizados de autoconcepto dimensional (ej. Cuestionario de Autoconcepto Multidimensional - AF5). Además, la sintomatología ansiosa y el TDAH, si bien estaban siendo tratados por su médico, no contaron con una evaluación psicológica complementaria para precisar su impacto en el autoconcepto.

A partir de esto, una mejora central que se hubiese incorporado es la integración de instrumentos cuantitativos, los cuales permitirían contrastar la autopercepción con la percepción familiar, en conjunto a facilitar la evaluación de cambios posteriores de su sintomatología. En dicho caso, se habría contado con medición más precisa del autoconcepto previo y los síntomas, además de que la adolescente podría haber tenido indicadores objetivos de avance que reforzaran su agencia. De esta forma, se esperaría un diagnóstico más preciso y ajustado, siendo sobre todo más efectivo cuando el autoconcepto está disminuido en varias dimensiones y la paciente se encuentra en momentos de crisis o de transición en donde está emergiendo una sintomatología específica.

A nivel familiar, una fortaleza del diagnóstico fue la pertinencia de haber considerado que, al momento de la evaluación, el sistema familiar era el único espacio donde la adolescente interactuaba, debido al retiro anticipado del colegio sin alternativa educativa para el año siguiente. Esto justificó en gran parte el foco sistémico del diagnóstico, reforzando la importancia de comprender exhaustivamente la dinámica familiar como matriz central del autoconcepto. En base a esto, la evaluación permitió identificar roles y funciones asociados a cada subsistema, en donde la dinámica familiar se caracterizaba por la existencia de límites difusos, la parentalización de la adolescente, pautas ambivalentes caracterizadas por el control y la sobreprotección, proyección parental (especialmente materna), incongruencias comunicacionales, pautas transaccionales rígidas y tradicionales, escasa diferenciación entre subsistemas y múltiples ciclos vitales coexistiendo.

La decisión de focalizar el diagnóstico en la dinámica familiar fue coherente con la teoría del autoconcepto multidimensional, que subraya la influencia central de la familia en la adolescencia. Se alineó con la evidencia empírica y la teoría sistémica, que respaldan la inclusión activa de la familia en proceso de evaluación e intervención con adolescentes, puesto a que la sintomatología suele estar al servicio de tensiones familiares, por lo que intervenir solo a nivel individual sería insuficiente. El diagnóstico permitió comprender cómo la dinámica familiar estaba influyendo directamente en las dimensiones social, emocional, física, académica y familiar del autoconcepto.

En cuanto a limitaciones a nivel familiar, si bien se contaba con abundante información sobre los hermanos y la edad dificultaba su participación, su presencia en una instancia breve podría haber enriquecido la comprensión del subsistema fraternal. Ante esto, una mejora sería la inclusión de una sesión de exploración con sus hermanos, puesto a que la parentalización y los límites difusos detectados, pudieron haber sido observados directamente en la interacción con estos. A partir de dicha sesión, se habría evidenciado con mayor claridad el lugar relacional de la adolescente, fortaleciendo la precisión diagnóstica sobre la estructura familiar. Lo anterior, tendría que ser en un marco adecuado a la edad, disposición y consentimiento de los menores, la paciente y sus padres.

A nivel contextual - cultural, la principal fortaleza fue realizar una lectura situada del caso en su entorno real, lo cual va en la línea del enfoque sistémico. El diagnóstico contextualizó correctamente la problemática en un momento crítico, evidenciando que, la exclusión escolar había dejado a la adolescente sin redes de pares, hubo limitaciones económicas que impidieron inicialmente el cambio de colegio y determinaron posteriormente el retiro escolar anticipado, y la presencia de valores tradicionales y religiosos en la crianza. Integrar dichos elementos como parte constitutiva del

problema fue una fortaleza, ya que evitó explicaciones individualistas y situó el malestar en una trama sociocultural que condiciona la vivencia subjetiva.

Asimismo, optar por situar el diagnóstico en torno al autoconcepto multidimensional fue una decisión técnicamente fundamentada, dado a que este constructo es transversal y se expresa en cualquier contexto donde la adolescente se desenvuelva, lo que permitía avanzar en ausencia temporal del entorno escolar y considerando que la familia era el único sistema modelador activo.

En cuanto a limitaciones, el contexto escolar no pudo ser parte del diagnóstico debido al retiro anticipado, lo que restringió la evaluación en la dimensión social y académica al no recoger evidencia externa del colegio, en cuanto a informes, evaluaciones, percepciones del despliegue social de la adolescente y/o medidas de convivencia implementadas, reduciendo el diagnóstico a un análisis altamente familiar. Para esto, una mejora pudo haber sido la incorporación de actores escolares claves antes del retiro del colegio, a propósito de que el enfoque sistémico trabaja desde la multicausalidad y los múltiples sistemas involucrados. Lo anterior, habría permitido ampliar la comprensión de la exclusión escolar, evitando centrarse únicamente en la vivencia subjetiva y familiar. Todo esto, sería efectivo en caso de que la paciente y familia se encontraran de acuerdo y la institución escolar estuviese disponible para colaborar.

Planificación

Esta etapa se estructuró en torno al objetivo general de fomentar un autoconcepto global positivo de la adolescente desde la dinámica familiar, desglosado en cinco objetivos específicos para fortalecer las dimensiones social, familiar, emocional, físico y académico. Desde el enfoque sistémico, la planificación buscó intervenir en el autoconcepto como una construcción relacional, multidimensional y dinámica, entendiendo que la familia operaba como la matriz principal desde donde la adolescente estaba organizando su vivencia de sí misma.

A nivel individual, como fortaleza se observa el reconocimiento explícito del autoconcepto como eje articulador del malestar y de la intervención, evitando reducir la problemática a la sintomatología ansiosa o al TDAH, los cuales estaban siendo abordado por la pediatra tratante. Esta decisión es coherente con el enfoque sistémico, que entiende los síntomas como expresiones más allá de lo individual, y con la teoría del autoconcepto multidimensional, que hace hincapié en el impacto en la adaptación adolescente.

La planificación tuvo un carácter preventivo y crítico de urgencia, en donde se pensó el fortalecimiento del autoconcepto no solo para aliviar el malestar actual, sino también como un recurso transversal y transferible a cualquier contexto, lo que es coherente con la mirada sistémica que entiende la intervención como preparación para futuros escenarios relacionales.

Los indicadores de logro fueron claros, mayormente observables y vinculados a conductas específicas (ejemplos específicos, frecuencia, contextos diferenciados), lo que permitió una guía detallada para organizar las sesiones y evaluar cambios percibidos por la adolescente y sus padres.

Además, la definición de objetivos específicos por dimensión del autoconcepto permitió traducir la formación sistémica en metas clínicas concretas, favoreciendo una lectura integral de la adolescente como sujeto situado en múltiples contextos, pero en ese momento principalmente anclado a su entorno familiar. En la misma línea, el orden de las sesiones se estableció en función de la relevancia clínica de cada dimensión en la situación actual, priorizando aquellas áreas más directamente vinculadas a la exclusión escolar, la vivencia de rechazo, alta centralidad de la familia como único sistema relacional activo y demandas explícitas de la adolescente sobre su autonomía.

Desde un modelo sistémico, esto es consistente con intervenir prioritariamente en los aspectos que están siendo más activamente “movilizados” por el sistema.

Por otra parte, en cuanto a limitaciones observadas, aparece nuevamente la no incorporación de instrumentos cuantitativos (como un cuestionario de autoconcepto multidimensional o inventarios de sintomatología), pese a que se identificó su pertinencia. Ante esto, como mejora se plantearía la incorporación desde un inicio al menos de un instrumento cuantitativo de autoconcepto y sintomatología emocional, de modo que la priorización no solo se base en el criterio clínico, narrativa y la observación, sino también en indicadores estandarizados. Así, esto habría permitido confirmar o matizar la jerarquía de dimensiones, identificar áreas subestimadas clínicamente o sobredimensionadas por la narrativa familiar y ofrecer a la adolescente un mapa más claro de sus recursos y dificultades. Se esperaría una mayor precisión en la planificación y un mejor seguimiento del cambio, sobre todo en momentos de crisis o transición, lo cual, sería especialmente efectivo si se explica a la adolescente y a los padres que los instrumentos son de ayuda para comprender, y si hubiese existido la posibilidad de acceder a ellos y aplicarlos.

Asimismo, la planificación no incorporó explícitamente un margen estructurado de flexibilidad para reorganizar el orden de los objetivos según los cambios del sistema (por ejemplo, ingreso a un nuevo colegio, cambios en la dinámica familiar, variaciones en la sintomatología). En la misma línea, se planificaron solo dos sesiones por cada objetivo específico, lo que resultó escaso considerando la cantidad de elementos implicados en cada dimensión del autoconcepto y la complejidad del caso. La estructura de “una sesión individual y una familiar por medio” fue pensada como una fortaleza, pero en la práctica implicó una rigidez inicial, ya que en algunos momentos se necesitaban más sesiones individuales para sostener el proceso de la adolescente antes de exponerse al trabajo familiar.

En base a lo expuesto, una de las mejoras corresponde a haber diseñado un plan no solo con un orden de inicio, sino también con ejes de flexibilidad explícitos, que permitieran reorganizar la secuencia de objetivos según la evolución del caso (por ejemplo, haber activado antes el objetivo académico si surgía un nuevo contexto escolar), de esta manera, se habría esperado un proceso más “sincronizado” con la vivencia real de la adolescente, disminuyendo la sensación de desajuste entre lo planeado y lo que realmente le estaba ocurriendo. Todo esto sería efectivo en cuanto existiera la posibilidad de revisar la planificación en el tiempo y un encuadre flexible y protegido para la paciente.

Por último y como complemento, otra mejora sería haber planificado un ciclo inicial más intensivo de sesiones individuales (por ejemplo, 3 – 4 sesiones), seguido de una introducción gradual del trabajo familiar, en lugar de alternar desde el inicio cada sesión. Esto, habría favorecido una base más sólida de alianza terapéutica con la adolescente, mayor claridad sobre su vivencia del sistema familiar y una mejor preparación afectiva para las sesiones conjuntas, en donde se esperaría mayor expresión emocional en presencia de los padres y disminución de vivencia de exposición. Lo cual, es especialmente efectivo para adolescentes con autoexigencia y sintomatología ansiosa, ya que requieren un tiempo de ajuste; y compromiso por parte de los padres para respetar las sesiones individuales.

A nivel familiar, como fortaleza la planificación sitúa explícitamente a la familia como eje en la intervención, coherente con el enfoque sistémico y con la situación contextual: la adolescente estaba retirada del colegio, sin redes de pares activas, por lo que la familia era el principal sistema modelador del autoconcepto. Sumado a esto, la inclusión de los padres en sesión por medio se apoya en la teoría sistémica que resalta la relevancia de integrar figuras significativas en el trabajo con adolescentes, tanto para comprender las dinámicas relacionales como para promover cambios en

reglas, límites entre roles, coherencia comunicacional y diferenciación de la adolescente, reflejando fielmente los hallazgos diagnósticos.

Por último, se destaca que la planificación se mantuvo en coherencia con los principios éticos: se resguardó la integridad de la paciente en sesiones familiares (encuadre, confidencialidad, autonomía), a la vez que promovió a los padres como corresponsables del cambio.

Por el contrario, una de las limitaciones, aunque teóricamente fundamentado, la inclusión de los padres sesión por medio fue probablemente demasiado intensa en un contexto con alta carga emocional y sobrecarga parental, no anticipando suficientemente posibles obstáculos familiares (horarios, cuidado de otros hijos, cansancio). Esto, limitó la planificación de estrategias alternativas, como flexibilidad de horario, sesiones remotas o instancias de trabajo parental diferenciados.

Siguiendo la misma línea, la planificación no contempló explícitamente la inclusión del subsistema fraternal, pese a que el diagnóstico ya mostraba una parentalización significativa y tensiones con los hermanos. Si bien la edad fue un criterio, desde el modelo sistémico podría haberse considerado al menos una sesión de hermanos breve.

Para ambas situaciones, como mejora clave, habría sido el diseño de una planificación por etapas a nivel familiar, teniendo módulos de psicoeducación parental y ajuste expectativas; sesiones conjuntas con la adolescente y sus padres; y una sesión fraternal puntual diseñada como espacio de observación. Con esta estructura, es esperable una mayor reorganización de la dinámica familiar, aumentando la coherencia entre discurso y práctica parental, además de validar el lugar de la adolescente entre sus hermanos. Lo anterior sería especialmente efectivo con padres dispuestos a revisar sus prácticas, con un contexto familiar que permite organizar mínimamente sus tiempos de participación, y cuando los hermanos presentan un nivel evolutivo que permita comprender y participar guiadamente.

Por último y no menos importante, no se planificaron sesiones con figuras extendidas significativas (como los tíos abuelos paternos, descritos como muy relevantes para la adolescente), que podrían haber funcionado como recursos protectores y complementado el cambio. Una mejora específica, habría sido la invitación de uno de ellos, para así diversificar las fuentes de validación y promover un modelamiento menos centrado en el control y más en la confianza. También, habría ayudado a los padres a no sentirse únicos responsables, rebajando la tensión en el sistema familiar. Todo esto, sería en condiciones en las que la paciente no sintiera invasión, y si la familia está dispuesta a abrir su dinámica a otros miembros.

A nivel contextual – cultural, una de las fortalezas, fue que, al momento de diseñar la planificación, se asumió de forma realista que la adolescente no se encontraba escolarizada ni contaba con vínculos significativos con pares, y que su contexto próximo central era la familia. En consecuencia, el trabajar el autoconcepto multidimensional se definió como una apuesta transversal, de modo que los recursos fortalecidos pudieran transferirse a futuros contextos.

Durante la planificación, se reconoció que la familia se enmarca en un contexto de valores tradicionales, religiosos y de alta exigencia, y definió objetivos que apuntaban a flexibilizar pautas transaccionales sin deslegitimar el marco valórico parental. El enfoque sistémico permitió entender que las creencias ligadas al esfuerzo, el control del cuerpo y el rendimiento académico no eran solo rasgos individuales, sino narrativas culturales que moldeaban el autoconcepto.

En la misma línea, se deben destacar las consideraciones éticas -especialmente las asociadas a autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia- las cuales se contemplaron como marco

regulador para la futura negociación de cambios, sin imponer una visión ajena a la cultura familiar y resguardando la dignidad de todos los miembros.

Por último, durante la planificación hubo coordinación con la pediatra tratante, lo que desde la lógica sistémica implica reconocer que la familia y la adolescente no existen en un vacío, sino en una red de sistemas (salud, educación, familia). Esto mismo, permitió ir validando el diseño de intervenciones.

Por otra parte, como limitación está que la planificación no consideró ninguna sesión de articulación con el futuro colegio, en parte porque al momento del diseño, no existía aún un establecimiento definido. Esto, desde el enfoque sistémico es de alta importancia, dado que el colegio es un sistema clave para asegurar continuidad y coherencia entre el trabajo clínico y la reinserción social futura. Como mejora, estaría la incorporación de una sesión prevista para el futuro establecimiento, aun sin conocerlo, planificando un protocolo de contacto una vez matriculada. Esto habría evitado que la adolescente se enfrente a un retorno sin acompañamiento sistémico, logrando que esta se sintiera con mayor seguridad y apoyo en su reinserción escolar. Lo anterior sería efectivo bajo coordinación temprana familia – colegio y con consentimiento informado explícito a la paciente y sus padres.

La planificación no explicitó objetivos o actividades centradas en la exploración y resignificación de creencias culturales y familiares (sobre cuerpo, éxito, obediencia, género, etc.), pese a que aparecían con fuerza en el diagnóstico (por ejemplo, historia materna asociada al peso, idea de “hija mujer mayor”, valor del rendimiento). El trabajo proyectado se centró más en las conductas y reglas que en los significados compartidos que las sostienen, dejando menos espacio planificado para la cultura familiar como sistema de sentido. Como mejora a proponer, sería la inclusión en la planificación de al menos una sesión con foco explícito en el sistema de creencias familiares. Desde el enfoque sistémico, esto permitiría intervenir en el nivel de significado, no solo de conducta. Esto habría hecho esperable una mayor flexibilización de los mandatos familiares, disminución de proyección de experiencias parentales y un aumento de la validación del modo singular de la adolescente, lo cual, en el autoconcepto se traduciría en menos autocrítica, mayor sensación de coherencia interna y una disminución de la tensión entre obedecer y diferenciarse. Como condiciones, esto sería efectivo en familias con cierto nivel de reflexión sobre su propia historia, con capacidad de no sentirse juzgados moralmente y con una terapeuta capaz de sostener una posición respetuosa y no impositiva.

El diseño de la planificación tampoco contempló instancias de articulación con recursos comunitarios (talleres, actividades extracurriculares, espacios recreativos), que podrían haber funcionado como espacios seguros de práctica de habilidades sociales. Como mejora respectiva, sería prever, a nivel de plan, la posibilidad de derivar o recomendar participación a espacios comunitarios, los cuales podrían haber ampliado el repertorio relacional de la adolescente, disminuyendo la centralidad exclusiva de la familia y diversificando sus fuentes de validación del autoconcepto, menos dependiente de la mirada parental. Para su efectividad, debe existir un recurso accesible en la comunidad, la familia puede asumir el costo/logística y cuando la adolescente se encuentre en un momento de disponibilidad para explorar nuevos espacios.

Por último, no se consideraron de forma explícita, en la planificación, variables contextuales como la economía familiar y su impacto potencial en la continuidad del tratamiento (por ejemplo, deserción anticipada, dificultad para sostener frecuencia, o priorización de otras necesidades). Una mejora habría sido incorporar una evaluación temprana de riesgos de continuidad, preguntando

directamente por disponibilidad, costos, tiempos, etc.; además de planificar alternativas flexibles de frecuencia (sesiones cada dos semanas o híbridas en momentos críticos). Lo anterior, reduciría tensiones sistémicas al anticipar límites económicos, se habrían evitado posibles tensiones en la alianza terapéutica, priorizar dimensiones según disponibilidad familiar. Para su efectividad, sería necesario un encuadre flexible, comunicación constante entre terapeuta y familia, especialmente en periodos de mayor carga económica y alineación la pediatra tratante para resguardar que la menor frecuencia de sesiones no implicara riesgos clínicos.

Intervención

La etapa de intervención se caracterizó por proceso breve, combinando sesiones individuales, familiares y parentales, las cuales fueron reestructuradas debido a diversos factores contextuales.

A nivel individual, una de las fortalezas fue el establecimiento de un espacio seguro, permitiendo a la adolescente expresar emociones, opiniones, temores y vivencias personales con autenticidad y libertad. El subsistema terapéutico, permitió un espacio de diferenciación sin interferencia de pautas familiares restrictivas. Lo anterior, se aloja en la fortaleza del vínculo terapéutico con la paciente, el cual permitió sostener la diversidad de cambios realizados durante el proceso.

En conjunto a lo anterior, la adolescente logró comprender mejor su rol dentro de la dinámica familiar, identificando expectativas y mandatos que influyen en su autoconcepto. Asimismo, se observó como fortaleza la instalación de reflexiones sobre límites interpersonales y adaptación social, mostrando avances significativos en el autoconcepto social, lo que permitió trabajar la dimensión social desde un lugar de agencia, reconocimiento de recursos y contraste con modelos parentales. Sumado a esto, hubo avances transversales en su autoconcepto emocional, -mostrando mayor identificación emocional espontánea y autorregulación en diversos contextos- y logro incipiente de su motivación académica.

En cuanto a limitaciones, no se abordaron explícitamente las dimensiones emocional, física y académica del autoconcepto debido a la falta de sesiones individuales focalizadas y la interrupción anticipada del proceso. Esto mismo, impidió verificar y consolidar los distintos avances observados. Ante esto, una mejora posible era haber comenzado con sesiones consecutivas exclusivamente individuales, para trabajar cada dimensión del autoconcepto antes de iniciar la alternación con sesiones familiares, asegurando una base más sólida de la intervención de su autoconcepto global frente a interrupciones anticipadas y en cuanto a la preparación para comenzar con seguridad las sesiones con los padres. En esa línea, la adolescente habría adquirido un repertorio mayor de estrategias, mayor autonomía y una relación menos dependiente de la validación externa. Esto, sería efectivo frente a un escenario de padres comprometidos a respetar las sesiones individuales sin demandar acceso a su contenido, estabilidad emocional mínima de la paciente para sostener el trabajo reflexivo y no haber interrumpido la frecuencia semanal de sesiones.

A nivel familiar, la intervención tuvo importantes fortalezas. Las sesiones con los padres permitieron observar directamente pautas transaccionales, roles, límites y comunicación ambivalente, coherentes con el diagnóstico formulado. La consecución de esto se apoyó en el establecimiento de un espacio seguro para la adolescente, en donde la terapeuta funcionó como un regulador externo que permitió a la paciente y sus padres expresarse con mayor libertad y autenticidad.

Sumado a lo anterior, el espacio terapéutico individual con cada progenitor permitió la exploración de sus historias personales, revisar patrones transgeneracionales de crianza y conectar experiencias propias con la dinámica familiar actual. Esto no solo favoreció al subsistema parental, sino también hacia la empatía con la adolescente y la contextualización de los orígenes de ciertas creencias, exigencias, restricciones y preocupaciones.

A modo contrario, como limitación de la intervención, no se alcanzaron cambios concretos en las reglas familiares, ni en la coherencia entre discurso y práctica parental, ya que estas requieren más tiempo, continuidad y procesos de ensayo y error que la interrupción anticipada no permitió. Asimismo, la alta frecuencia inicial de sesiones familiares (una por medio) resultó clínicamente densa para un sistema ya sobrecargado, restringiendo la posibilidad de utilizar la intervención como espacio de observación más que de resolución de conflictos.

Para lo anterior, una mejora habría sido alternar con mayor flexibilidad la intensidad de sesiones familiares, introduciendo modulaciones según el estado emocional del sistema. Con ello, se habría favorecido que las sesiones familiares fueran vividas menos como escenario de corrección y más como espacio seguro de reorganización relacional, los padres habrían llegado más regulados emocionalmente y la adolescente habría enfrentado menos invalidaciones en sesión. Esto, habría sido especialmente efectivo con un encuadre comprensivo para un sistema ambivalente, con normas rígidas y con miembros con alto desgaste emocional.

A nivel contextual – cultural, una fortaleza es que la intervención se contextualizó adecuadamente considerando que la adolescente ya estaba en un nuevo colegio, lo que implicaba inherentemente un reajuste de autoconcepto. A partir de esto, se evidenció la capacidad de ir integrando lo pesquisado en el diagnóstico inicial con la situación actual de la paciente y sistema familiar. Asimismo, continuó la coordinación con la pediatra tratante, lo que permitió el trabajo interdisciplinario a favor de la paciente y su familia.

Sumado a esto, durante la intervención hubo una integración respetuosa de las creencias familiares asociadas al esfuerzo, la disciplina, la imagen corporal y el rendimiento, sin imponer narrativas externas que pudieran percibirse como deslegitimadoras. La intervención permitió visibilizar que, si estas creencias se transmitían de manera impositiva y no reflexiva, podían impactar directamente en el autoconcepto global, autonomía y expectativas de la adolescente. Al trabajar desde la perspectiva sistémica, el proceso favoreció una comprensión más amplia de cómo la cultura familiar configuraba la autopercepción de la paciente.

Por último, una fortaleza relevante fue la lectura de la situación económica familiar. Cuando se comunicó la cesantía sostenida del padre y las dificultades económicas asociadas, la terapeuta y la familia consensuaron ajustar la frecuencia de sesiones a una modalidad quincenal, lo que permitió sostener temporalmente la continuidad del proceso. Este ajuste, es justificado desde lo sistémico, en donde las intervenciones deben respetar la estructura y capacidades reales del sistema.

Por otra parte, en cuanto a limitaciones, no se articuló tempranamente una coordinación con el nuevo colegio, pese a que ya estaba matriculada. Como mejora habría sido la planificación de al menos una entrevista con actores claves del establecimiento, permitiendo un trabajo alineado y contextualizado, en donde su efectividad se alojaría en la autorización y consentimiento de la paciente y sus padres, además de contar con la disposición del colegio a colaborar.

Sumado a lo anterior, a pesar de que hubo una integración de las diversas creencias familiares, se considera como limitación que no se alcanzó a abordar desde un espacio de resignificación profundo y explícito los significados que sostienen dichos mandatos. Para ello, una mejora habría sido

integrar una sesión focalizada en la construcción de significados y no solo en la consecuencia de la conducta, pudiéndose esperar una disminución de la autoexigencia, mayor flexibilidad parental y una autoimagen corporal menos dependiente de proyecciones familiares. Su efectividad dependería de la apertura reflexiva de los padres y de que el proceso no participe en dinámicas de culpabilización, si no de comprensión transgeneracional.

Por último, y especialmente relevante, a pesar del ajuste de frecuencia de sesiones, no se previó que las dificultades económicas podrían derivar en una interrupción anticipada del proceso. Como propuesta de mejora, se pudo haber realizado en conjunto un plan de continuidad adaptativo explícito desde el inicio de la intervención, analizando cómo las dificultades económicas pueden influir en el proceso y qué alternativas existen para no continuar abruptamente. Como, por ejemplo, proyección de frecuencias posibles (quincenal, mensual o sesiones de “mantención”) y/o mini sesiones remotas o breves chequeos telefónicos gratuitos para evitar quiebres en la alianza terapéutica.

Si se hubiese implementado un plan de continuidad desde el inicio, la interrupción del proceso probablemente no habría sido tan abrupta, sino una transición planificada y sostenida; la terapeuta pudo haber priorizado dimensiones más urgentes para el contexto actual; y la adolescente habría contado con mayor sensación de estabilidad y acompañamiento. Para la efectividad de la mejora, la comunicación debió haber sido más anticipada y transparente sobre las limitaciones económicas, la existencia de un compromiso de la familia para sostener el mínimo contacto posible, y la coordinación con la pediatra tratante para monitorear riesgos clínicos cuando la frecuencia disminuye.

Síntesis

El proceso psicoterapéutico desarrollado con la adolescente permitió articular un trabajo clínico coherente y progresivo desde el diagnóstico hasta la intervención, sosteniéndose en una mirada sistémica y cualitativa que integró las dimensiones individuales, familiares y contextuales implicadas en su problemática.

La etapa diagnóstica constituyó un hito fundamental, posibilitando una lectura amplia y relacional del autoconcepto global disminuido, comprendido no como un fenómeno individual aislado, sino como el resultado entre las características personales de la adolescente, la dinámica familiar y un contexto sociocultural exigente que marcaba sus experiencias. Pese a las limitaciones propias del escenario crítico (ausencia de medidas cuantitativas, falta de información escolar, alta reactividad emocional), se logró construir una comprensión sólida y consistente con la literatura sistémica y evolutiva en adolescencia.

La planificación tradujo esta lectura diagnóstica en un diseño de intervención estructurado en torno a un autoconcepto multidimensional, lo que permitió que, incluso en sesiones cuyo foco explícito no correspondía a una dimensión específica, emergieran avances transversales que enriquecieron el proceso. Esta multidimensionalidad favoreció un desarrollo clínico coherente con la visión sistémica del autoconcepto como construcción dinámica y relacional. No obstante, la planificación enfrentó limitaciones derivadas del carácter exclusivamente cualitativo del proceso, la falta de instrumentos estandarizados para la definición de líneas base y el hecho de que los indicadores definidos eran mayoritariamente longitudinales (frecuencia, repetición, mantención), dificultando evaluaciones completas ante discontinuidades. Asimismo, si bien el orden de los objetivos respondió a la evaluación clínica, la rapidez con que cambiaba el contexto de la adolescente puso en evidencia la necesidad de contar con una estructura más flexible y revisable en el tiempo.

Durante la intervención, se observó un proceso clínico significativo en la adolescente: mayor identificación emocional, fortalecimiento de la comunicación respetuosa y comprensión más ajustada de su rol en la dinámica familiar. La alianza terapéutica con la adolescente y sus padres se consolidó como un eje esencial, facilitando la expresión emocional, la reflexión sistémica y la apertura al cambio. En el trabajo desde la dinámica familiar, se hicieron visibles creencias transgeneracionales, procesos de parentalización, exigencias académicas rígidas y significados compartidos sobre la autoimagen, éxito y obediencia, elementos que fueron abordados de manera reflexiva y respetuosa. Sin embargo, la ausencia de sesiones específicas para algunos objetivos (emocional, físico y académico) y la falta de continuidad impidieron que los avances alcanzados pudieran consolidarse en el tiempo, particularmente en indicadores que requerían observación prolongada. En la misma línea, el factor económico -si bien no determinó la estructura inicial del proceso- se volvió progresivamente relevante. En una primera etapa, motivó que el encuadre pasara de semanal a quincenal, lo que enlenteció el avance esperado y dificultó el seguimiento de ciertos indicadores. Posteriormente, terminó produciendo la interrupción anticipada del proceso.

En términos generales, se instaló una base de recursos, conciencia y comprensión sistémica que permite proyectar una continuidad terapéutica prometedora. La decisión de la adolescente y sus padres de retomar el proceso cuando exista una mayor estabilidad económica refleja tanto la solidez del vínculo terapéutico como la valoración del espacio por parte de la familia. De cara al futuro, para una eventual continuidad, será importante revisar de manera conjunta los objetivos terapéuticos, reconociendo que el autoconcepto seguirá siendo un eje relevante y que la dinámica familiar, desde el enfoque sistémico, continuará siendo clave para favorecer la reorganización del sistema y la consolidación de cambios.

4.3 Reflexiones sobre el proceso psicoterapéutico

En este apartado, se buscará reflexionar sobre el proceso psicoterapéutico llevado a cabo, mediante la integración de los principales facilitadores y obstaculizadores de dicho proceso, desde una perspectiva multinivel. Asimismo, contará con la particularidad de mostrar los aprendizajes tanto personales como profesionales, dando cuenta de la experiencia global de lo realizado.

A nivel individual, la paciente se presentó desde un inicio como una adolescente caracterizada por su sentido del humor, optimismo, capacidad de establecer conversaciones espontáneas y profundas cuando se sentía segura, actitud lúdica, y apertura al vínculo terapéutico. Todas estas cualidades, facilitaron la construcción temprana de una alianza terapéutica, la cual se expresaba en la implicación activa en las sesiones, en la confianza para traer temas significativos y en la apertura de explorar reflexivamente su experiencia interna.

Sin embargo, estos recursos convivían con la evitación como principal estrategia de afrontamiento, lo que en ocasiones dificultaba el desarrollo del trabajo clínico. A pesar de ser capaz de identificar sus emociones, la adolescente mostraba dificultades para expresar abiertamente su afectividad, a propósito de diversos temores asociados, tales como: no querer fallar a los demás, ser rechazada, y a generar conflictos, los cuales sostenían una postura de complacencia y sobreadaptación, que se hacía evidente tanto en el relato de sus vínculos con pares como familiares. Lo anterior, determinaba una sensación de frustración y postergación permanente, llevándola a momentos críticos en los que contaba con escasa autorregulación, a propósito de no haber comunicado oportunamente lo que estaba ocurriendo en su mundo interno. A ello se sumaban manifestaciones propias del TDAH, como impulsividad al hablar, dificultades atencionales y olvidos,

que interferían en la permanencia focal en ciertos temas, y en ocasiones, en la profundización de actividades planificadas.

Un elemento relevante fue el modo en que la paciente se fue insertado en el nuevo colegio. Pasó de no tener contacto con pares a participar activamente en un grupo, asumir el rol de delegada de convivencia y a comenzar una relación de pareja. Este cambio, por un lado, validó su capacidad de adaptación social y por ende su autoconcepto social; pero, por otro, al ser relativamente nueva en experiencias con pares, la expuso a una influencia importante del entorno, apareciendo la necesidad constante de validación externa. Esto se observó en la forma de vincularse con su pololo y grupo de pares, en la centralidad que le otorgaba su aprobación y en el modo en el que algunas decisiones (por ejemplo, prácticas deportivas o expresiones afectivas) eran determinantes por la perspectiva del otro. Sumado a esto, al contar con escasas experiencias exitosas con pares, y por la etapa evolutiva en que se encuentra, la influencia y vulnerabilidad que implicaba este escenario nuevo para su autoconcepto también requería mayor atención en el trabajo individual, a modo de generar una base de recursos personales para así responder adecuadamente a los cambios internos y externos recientes.

En lo que respecta a la terapeuta, este caso fue un desafío significativo. No solo se trataba de una adolescente y una familia compleja desde el punto de vista sistémico, sino que el proceso transcurría en el marco de un proyecto de intervención evaluado, lo que implicó sostener dos niveles de observación simultáneos: el clínico y el formativo. Por una parte, había una preocupación genuina y prioritaria por el bienestar de la paciente y su familia, en donde el estilo empático, respetuoso y cercano, permitió sostener un sistema familiar emocionalmente demandante; por otra parte, estaba la exigencia de avanzar en las distintas etapas del proyecto dentro de plazos y formatos determinados. Esta doble condición generó tensiones internas: preguntas sobre si las decisiones clínicas respondían más a la urgencia de la paciente y su familia o a las demandas académicas, sobre cuánto espacio dar al proceso espontáneo y cuánto a la estructura prevista. En ese sentido, se intervino desde lo mejor de los recursos personales, los cuales iban aumentando a medida que se desarrollaba el proceso psicoterapéutico y el proceso de la formación clínica progresaba.

En el mismo orden de ideas, un elemento personal que influyó en la vivencia clínica del proceso fue que la terapeuta cuenta con un diagnóstico de TDAH desde la infancia. Este factor, si bien se encuentra actualmente regulado y funcional, implicó desafíos específicos en el ejercicio clínico, especialmente en momentos que la paciente requería modelamiento en regulación atencional y ralentización emocional y conductual. La terapeuta debió realizar un esfuerzo consciente por sostener el foco terapéutico, mantener el hilo conductor y modular su velocidad interna para acompañar a la paciente. Este factor individual no constituyó estrictamente una limitación, pero sí un aspecto que exigió un nivel adicional de autorregulación, concentración y una supervisión reflexiva, convirtiéndose en un aprendizaje significativo del proceso psicoterapéutico.

A nivel familiar, uno de los principales facilitadores fue la presencia de un marcado sentido del humor y una historia de esfuerzo y apoyo mutuo. La familia contaba con una narrativa compartida de “salir adelante”, sostenerse unos a otros y enfrentar las dificultades con cierta cohesión. Ambos padres se mostraron dispuestos a participar en el proceso, a compartir su historia y reflexionar sobre su rol en la vida de la adolescente. Asimismo, hubo una alianza triádica positiva, en donde lograron confiar en la terapeuta, compartiendo información valiosa y aceptando sugerencias.

Al mismo tiempo, su dinámica familiar se caracterizaba por una ambivalencia profunda. Por un lado, se le consideraba como una figura de confianza, algo adultizada, y con un lugar central en la vida emocional de los padres. Por otro, se le restringía fuertemente, se esperaba de ella un alto nivel de rendimiento, madurez y responsabilidad, y existía un control intenso sobre su tiempo, decisiones

y vínculos. Esta combinación generó una clara parentalización, en que la adolescente asumía tareas y preocupaciones que excedían su etapa evolutiva, a la vez que se le negaba espacio para desplegar su autonomía.

En términos individuales, la madre era más bien dominante, extrovertida, de pensamiento rígido, con momentos de impulsividad y escasa autorregulación, tanto al interrumpir a otros como al relatar situaciones de conflicto. El padre, en cambio, aparecía como más reservado, racional y evitativo, aunque igualmente implicado en las sesiones y crianza de sus hijos. Tanto la madre como el padre estaban con alta carga emocional y sobrecargados a nivel parental, mostrando de manera evidente que cada uno estaba lidiando con sus propias crisis en función de sus roles, lo cual se intensificaba al enfrentar las dificultades de la adolescente.

Todo esto se hacía especialmente evidente en las sesiones familiares, en donde hubo momentos en los que el manejo de la sesión resultó clínicamente un desafío. En más de una ocasión, cuando la adolescente comenzaba a expresar una percepción o malestar, la madre la interrumpía, corregía o cuestionaba (“eso no es así”, “estás siendo injusta”), generando roces explícitos. La paciente respondía con risa nerviosa, intentaba sostener su punto de vista, pero mantenía una actitud de cautela, como si estuviera acostumbrada a ese tipo de interpelaciones. La terapeuta, en estas instancias, se vio desafiada a regular la interacción, interrumpir de forma respetuosa, devolver al foco, proteger el espacio de la adolescente y, al mismo tiempo, cuidar la alianza con ambos padres. Estas sesiones constituyeron un lugar privilegiado de observación directa de la dinámica familiar, pero también un espacio exigente en términos técnicos y emocionales.

Tras la reflexión sobre esto, emerge con claridad que el caso habría requerido, idealmente, una atención combinada de terapia individual para la adolescente y terapia familiar específica, con marcos diferenciados y tiempos más amplios. La decisión de sostener ambas funciones dentro del mismo encuadre (haciendo hincapié de que las sesiones conjuntas eran parte de un proceso individual y no una terapia de familia) fue comprensible en el contexto, pero también puso a prueba las habilidades clínicas y personales de la terapeuta, la cual tomó la decisión de no derivar a terapia familiar, intentando respetar las dificultades económicas de la familia.

A nivel socio cultural - contextual, el nuevo colegio jugó un rol central. La paciente transitó desde un escenario de exclusión y aislamiento en su establecimiento anterior, a un espacio donde pudo construir vínculos, asumir responsabilidades (delegada de convivencia) y experimentar pertenencia. Sin embargo, el proceso también estuvo marcado por la falta de articulación formal con la institución educativa. Al no realizar sesiones específicas con el colegio ni un plan conjunto de apoyo, se limitó la posibilidad de evaluar el impacto de la intervención en el ámbito académico y en la adaptación cotidiana al entorno escolar. Habría sido importante el aporte del contacto con profesores u orientadores.

La coordinación con la pediatra fue, en cambio, un elemento importante. El diálogo entre ambas profesionales permitió sostener coherencia en el manejo del TDAH y de la sintomatología ansiosa, y contribuyó a que la familia percibiera el tratamiento como parte de una red de cuidado más amplia.

Por otra parte, es evidente que la familia contaba con valores tradicionales y creencias rígidas sobre la autoimagen, el esfuerzo, la obediencia y el rendimiento académico. La historia de la madre en torno al peso, la experiencia del padre desde el esfuerzo, y la narrativa compartida sobre “salir adelante” configuraban un marco de alta exigencia, donde el valor personal estaba intensamente ligado a logros visibles y cumplimiento de expectativas. Estas creencias no solo afectaban el

autoconcepto de la adolescente, sino también su vivencia emocional: el permiso para equivocarse, para descansar, para expresar necesidades propias. En el proceso no se alcanzó a desarrollar sesiones específicas orientadas a resignificar creencias culturales y familiares, lo que quedó como una tarea pendiente para una eventual continuidad terapéutica.

Por otro lado, la presencia de diversos elementos contextuales –vacaciones familiares reiteradas, actividades con los tíos abuelos, cambios de rutina por colegio nuevo- interfirieron en la continuidad constantemente, mostrando cómo la vida cotidiana podía desarmar, una y otra vez, la estructura prevista de sesiones.

En la misma línea, la economía ha ocupado un lugar protagónico y transversal en la vida de la familia, condicionando casi por completo las decisiones que han tomado los padres a lo largo de su historia conjunta. En cuanto al proceso propiamente tal, al inicio la situación financiera ya era una preocupación, pero manejable, lo que llevó a fijar un arancel accesible para ellos. Con el paso del tiempo, y ya habiendo comenzado con la intervención, a partir de la demanda del sistema parental, se tuvo que flexibilizar la frecuencia de las sesiones, pasando de instancias semanales a quincenales. Hacia la mitad del proceso, la cesantía sostenida del padre transformó la economía en un factor nuevamente decisivo: la familia se vio obligada a interrumpir el tratamiento.

Este desenlace planteó dilemas éticos importantes. Si bien se validó siempre a la familia, se priorizó el bienestar de la paciente y se mantuvo una comunicación transparente, esto genera un aprendizaje significativo sobre la importancia del encuadre inicial y el haber generado un plan anticipado en caso de interrupciones, generando acuerdos conjuntos de cómo cuidar los logros alcanzados si el proceso debía suspenderse. Sumado a esto y desde una línea reflexiva, el hecho de que la familia sostuviera un proceso psicoterapéutico, el cual generaba retribuciones positivas, pero a la vez promovía ansiedad -por constituir un gasto adicional- deja en evidencia nuevamente un funcionamiento desde la ambivalencia, reforzando que es un elemento central por trabajar. Aun así, se debe destacar la forma en que la madre se comunicó para avisar la interrupción -emocionalmente conmovida, agradecida y prometiendo retomar cuando la situación mejorara- dando cuenta de un vínculo terapéutico significativo y de la percepción de la terapia como un espacio valioso para la adolescente y su familia.

Ahora bien, en base a las reflexiones y aprendizajes surgidos a lo largo del proceso psicoterapéutico, se dará cuenta de un plan de mejora con metas claras para las competencias técnicas, relacionales y éticas.

En cuanto al ámbito *técnico*, será importante la integración progresiva de herramientas cuantitativas que complementen la evaluación cualitativa, a propósito de la necesidad por parte de la terapeuta de contar con datos estandarizados, tanto para la precisión de la planificación como para el complemento de evaluación longitudinal de cambios. Para ello, se incluirá al menos un instrumento objetivo de línea base –en este caso sería, Cuestionario de Autoconcepto Multidimensional (AF5) o Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)- lo cual debe ser monitoreado de manera reflexiva, para evaluar utilidad, pertinencia y coherencia con el caso. Asimismo, se deberá mejorar la estructura flexible de la planificación clínica, para responder de manera óptima ante los cambios del sistema. Para esto, se propone incorporar etapas diferenciadas: intensivo individual, mixto, integración sistémica o elaborar “rutas” alternativas que incluyan ajustes según indicadores de cambio, revisando formalmente la planificación a mitad del proceso y supervisando mensualmente la toma de decisiones.

Por último, será relevante fortalecer el manejo clínico para sesiones familiares dentro de un encuadre familiar, integrando técnicas breves para ordenar la interacción (intervenciones circulares,

reencuadre, establecimiento de límites conversacionales), supervisando episodios de tensión para mejorar futuras intervenciones. En la misma línea, está la necesidad de desarrollar estrategias clínicas para compensar los desafíos asociados al TDAH de la terapeuta, sobre todo para estos contextos de alta demanda, lo cual podría ser favorecido utilizando esquemas visuales o guías de sesión como apoyo cognitivo y posteriormente, realizar una autoevaluación de cada sesión.

En cuanto a competencias *relacionales*, una meta será consolidar un estilo de trabajo colaborativo que equilibre urgencia y profundidad terapéutica, incorporando momentos explícitos para ordenar prioridades tanto con la adolescente como con los papás. Lo cual, deberá ir acompañado de la supervisión clínica en definición de objetivos. En conjunto a esto, se deberá fortalecer la diferenciación entre empatía clínica y el sobreinvolucramiento, especialmente para este proceso sobrecargado emocionalmente. Para ello, será necesario mantener de forma consciente un monitoreo interno ante las diversas temáticas que van surgiendo, para luego ser acompañado con una supervisión clínica continua.

Con respecto las competencias *éticas*, las mejoras convergen en el encuadre inicial del proceso psicodiagnóstico. Por una parte, se gestionará anticipadamente las variables contextuales que podrían afectar la continuidad, construyendo en conjunto la modalidad y frecuencia de sesiones, incluyendo además una pauta de estrategias de autocuidado y continuidad en caso de suspensión temporal, lo cual será monitoreado durante el proceso a través de la comunicación constante con los miembros del sistema. Por otra parte, se reforzará la distinción entre terapia individual con sesiones familiares y terapia familiar propiamente tal. Para ello, se revisará en conjunto el encuadre inicial, reajustando la frecuencia de sesiones conjuntas, explicitando acuerdos y redefiniendo límites, además de considerar plantear una derivación paralela a terapia familiar cuando sea pertinente. Lo anterior, conllevará a verificar constantemente que existe claridad explícita del encuadre, junto con supervisar clínicamente los límites y alcances de intervenciones familiares en terapia individual.

A modo de conclusión, el proceso psicoterapéutico vivido con esta adolescente y su familia representó mucho más que la aplicación de un modelo clínico: fue una experiencia formativa, humana y sistémica que movilizó recursos, tensiones, aprendizajes y preguntas en todos los niveles del sistema terapéutico.

Desde un comienzo, se intervino en un escenario de crisis e incertidumbre, articulando diagnóstico, planificación e intervención necesariamente bajo un modelo sistémico y un eje de autoconcepto multidimensional. El proceso mostró que incluso intervenciones interrumpidas pueden generar cambios significativos: la paciente ganó conciencia de sus recursos, amplió su participación social, identificó mejor sus emociones y se posicionó de manera más realista dentro de su familia. Por su parte, los padres valoraron positivamente la experiencia de trabajar en equipo, llevándolos a una conciencia incipiente del impacto que tiene su rol en el desarrollo de la percepción y valoración del sí mismo de la adolescente, y contaron con un espacio seguro para explorar y reflexionar sobre sus propias historias.

En el plano más íntimo la terapeuta vivió este proceso como un doble trayecto. El trabajo simultáneo desde el rol clínico y desde el rol de estudiante en evaluación, implicó consolidar dos niveles de observación: la toma de decisiones clínicas con conciencia ética y navegar la tensión entre lo que el caso pedía y lo que el proceso académico exigía. Mientras se trabajaba alguna dimensión del autoconcepto de la paciente, la terapeuta ponía a prueba sus propias dimensiones del autoconcepto, lo cual, se configuró en un aprendizaje significativo con respecto la diferenciación y cuidado de sí mismo.

Mirado en perspectiva, este proceso psicoterapéutico refleja fielmente la esencia del enfoque sistémico, el autoconcepto multidimensional y la perspectiva multinivel, en donde ningún proceso es lineal, los cambios en un elemento del sistema impactan inevitablemente a los demás y las crisis abren oportunidades de reorganización; determinando que la paciente y terapeuta se transformen en la interacción.

4.4 Recomendaciones al proceso psicoterapéutico

Este apartado presenta las recomendaciones derivadas del proceso psicoterapéutico realizado, con el propósito de orientar la continuidad del trabajo y/o a mejorar futuras acciones y prácticas, integrándolas en los niveles individual, familiar y sociocultural – contextual.

Nivel individual

Las recomendaciones en este ámbito van dirigidas al trabajo con la paciente, ordenadas en función de las necesidades actuales, y se sugiere comenzar únicamente con sesiones individuales.

1. Evaluación inicial de sintomatología ansioso – depresiva: se sugiere comenzar el proceso aplicando cuestionarios específicos (Inventarios de ansiedad y depresión de Beck), para así tener una base inicial de intervención, la cual se deberá comparar ya avanzado el proceso.
2. Indagación en expresiones propias de TDAH: se propone realizar un screening inicial de cómo la impulsividad, inatención e hiperactividad influyen en su día a día, para así tenerlas presente al momento de trabajar con la paciente, y comunicar a pediatra tratante. Se sugiere psicoeducar sobre TDAH.
3. Establecimiento de límites personales y comunicación asertiva: se recomienda fortalecer la capacidad de establecer límites en sus vínculos de manera clara, asertiva y respetuosa, interviniendo directamente en creencias asociadas al miedo al rechazo, fallar a los demás o generar conflictos. Se debe hacer un trabajo progresivo en la confianza y seguridad en sí misma, como eje para disminuir la evitación como estrategia de afrontamiento. Idealmente, la paciente debe ir realizando un registro semanal de sus interacciones en diversos contextos, reforzando así el ejercicio de autoobservación. Se debe resguardar el respeto por su ritmo personal.
4. Expresión emocional y autorregulación: se sugiere trabajar la capacidad de expresión clara y adaptativa de sus necesidades afectivas, con el objetivo de evitar la desregulación emocional en momentos críticos. Esto mismo, debe ir alineado con acompañar su tendencia a la impulsividad verbal y conductual. Para esto, se debe continuar apoyando la identificación emocional, mediante estrategias de autoconocimiento, espacios para verbalizar experiencias emocionalmente complejas y práctica de estrategias autorregulatorias. La paciente debe ir mostrando mayor coherencia entre emoción y lenguaje verbal, disminuir su impulsividad en conversaciones y usar de manera autónoma estrategias de autorregulación. Se debe resguardar la sobreexposición emocional y evitar presionar la expresión sin seguridad.
5. Rol individual en sistema familiar: se propone continuar trabajando en el lugar que ocupa en su dinámica familiar, reforzando su confianza personal para sostener límites claros con padres y hermanos, y así priorizar las funciones correspondientes a su etapa evolutiva. Lo cual, se debe ir observando en sus relatos de lo cotidiano y paulatinamente distanciarse de temas parentales sin sentir culpa.
6. Autoconcepto académico: se debe fortalecer a la paciente en cuanto a la percepción de autoeficacia en este ámbito, mediante el reconocimiento de fortalezas, logros y debilidades académicas, junto con incorporar técnicas de estudio autónomo y organizado ajustado a sus necesidades, para así ir viendo mejoras en su desempeño en general.

7. Autoconcepto físico: se sugiere acompañar la integración de la formación de su autoimagen, aceptación de sí misma y valoración de su cuerpo, mediante la indagación de su historia personal y así evaluar creencias e influencias asociadas.
8. Experiencia de exclusión escolar: cuando sea pertinente, se propone indagar de manera más profunda en experiencia vivida, para así identificar los efectos y repercusiones en la percepción de sí misma. De esta forma, se favorecerá la integración de su historia escolar, resguardando siempre su bienestar emocional.

Nivel familiar:

Se sugiere incluir sesiones familiares de manera paulatina, una vez se hayan abordado inicialmente las necesidades emergentes de la paciente.

1. Encuadre inicial claro: al inicio del proceso psicoterapéutico, junto a los padres, se debe definir explícitamente la modalidad, frecuencia, arancel y duración del proceso en general, explicitando límites del espacio individual y sesiones familiares, sumado a pasos a seguir ante eventuales interrupciones (ya sea por inasistencias o suspensiones). Todo esto mediante la transparencia con el uso de un consentimiento informado.
2. Pautas transaccionales del sistema familiar: se sugiere abordar de manera explícita las reglas y normas de la dinámica familiar, mediante la psicoeducación en adolescencia y ciclos vitales familiares. Se espera que haya una flexibilización progresiva del control parental, aumentando acuerdos en conjunto con la adolescente y mayor coherencia con la edad. Se resguardará el respeto e integridad familiar.
3. Definición de roles: se sugiere acompañar en la distribución de funciones adecuadas de los distintos roles del sistema, evitando la parentalización, sobrecarga parental y minimización de las necesidades de los distintos miembros. Se propone acompañar a desde la psicoeducación.
4. Coherencia comunicacional y expresión emocional asertiva: se debe continuar acompañando la comunicación respetuosa, validación de necesidades y espacios de expresión emocional asertivas, evitando la desregulación de los distintos miembros y promoviendo una comunicación abierta y respetuosa.
5. Sobreexigencia parental respecto al rendimiento académico: se sugiere trabajar en las expectativas de los padres sobre los resultados de la paciente, ajustándolas de manera progresiva a la etapa evolutiva y capacidades de la paciente.
6. Subsistema fraternal: evaluar la necesidad de realizar al menos una sesión con hermanos, en donde contarán con mayor edad para interactuar, logrando observar la dinámica fraternal y el lugar relacional de la adolescente. Se debe contar con el consentimiento de los padres y adolescente, resguardando la seguridad de todos.
7. Derivación a terapia familiar: se sugiere evaluar si es prioridad derivar al sistema familiar según las necesidades y dinámicas que presenten. Lo anterior, debe ser considerando estabilidad económica, resguardando la beneficencia y justicia.

Nivel sociocultural – contextual:

1. Trabajo conjunto con colegio: será de suma importancia comenzar a trabajar de forma alineada con el colegio de la paciente, para así indagar en elementos académicos, conductuales y sociales. Todo esto, resguardando la confidencialidad y con el consentimiento de la paciente y sus padres.
2. Trabajo interdisciplinario con pediatra adolescentóloga: continuar un proceso coordinado con el médico tratante, con el objetivo de ir evaluando progresos, riesgos, revisar sintomatologías

- y efectos de medicamentos, manteniendo a la familia informada sobre la coordinación interdisciplinar.
3. Integración de elementos culturales: se sugiere continuar abordando los mandatos transgeneracionales arraigados en el sistema familiar, con el objetivo de evaluar su impacto en las creencias sobre el cuerpo, éxito, obediencia, esfuerzo y religión, los cuales determinan en gran parte el bienestar de la adolescente. Aquí se deberá resguardar el respeto por la cultura familiar, evitando imposición de valores.
 4. Fortalecer redes de apoyo: se propone trabajar en la identificación de personas o recursos formales e informales para la familia, para así evitar la sobrecarga parental y dar respuesta a las necesidades de la paciente y su sistema, siempre teniendo en cuenta que esto es voluntario y respetando la autonomía.

Las recomendaciones propuestas constituyen un camino operativo y priorizado para una eventual continuidad terapéutica y/o mejoras de futuras prácticas. Estas se sostienen bajo un marco ético claro, que es resguardar la dignidad, autonomía y seguridad de la adolescente; trabajar en colaboración con la familia desde un lugar no impositivo; y priorizar intervenciones ajustadas a la etapa vital y contexto.

Referencias bibliográficas

Althaus, E. E. (2015). *Terapia individual sistémica* [PDF]. Instituto Superior de Estudios de la Familia (ILEF). https://ilef.com.mx/terapia_individual_sistemica.pdf

Arango Prado, N. I., Escofié Aguilar, E. M., & Ruiz González, V. (2024). Efectividad de la psicoterapia integrativa en una adolescente parentalizada con síntomas de ansiedad. *Psicología y Salud*, 34(2). <https://doi.org/10.25009/pys.v34i2.2902>

Araújo, J. L., Melo, A. K., & Moreira, V. (2019). Comprensión fenomenológica del trastorno déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en adolescentes. *Revista de Psicología*, 28(2), 1–13. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2019.55659>

Arias Arcos, F. C., & Romero Garrido, N. (2023). *Tratamientos de las adicciones a sustancias psicoactivas: Estudio descriptivo de los tratamientos psicológicos para drogodependencias utilizados más frecuentemente en Ecuador* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio PUCE. <https://repositorio.puce.edu.ec/server/api/core/bitstreams/16366022-7d18-47e7-92c5-f582696efca6/content>

Arias, W. L. (2012). Algunas consideraciones sobre la familia y la crianza desde un enfoque sistémico. *Revista de Psicología de Arequipa*, 35, 123–140.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). Oxford University Press.

Bustamante Espinoza, L. K., Luzuriaga Calle, M. A., Rodríguez Pañora, P. E., & Espadero Faicán, R. G. (2022). Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(42), 389–398. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp389-398>

Calero, A. D., Barreyro, J. P., Formoso, J., & Injoque-Ricle, I. (2022). Necesidad de pertenencia al grupo de pares y consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 22(2), 47–59.

Canevaro, A. (2012). *Terapia individual sistémica con la participación de los familiares significativos: Cuando vuelan los cormoranes* (Vol. 1). Ediciones Morata.

Colegio de Psicólogos de Chile. (1999). *Código de Ética Profesional*.
<https://www.colegiopsicologos.cl/web2/codigo-de-etica/>

Cuenca Doimeadios, E., & González Martínez, D. (2020). Psicoterapia multifamiliar para adolescentes en hospitalización parcial. *Correo Científico Médico*, 24(1).
<https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3226/1499>

Defensoría de la Niñez. (2022). *Estudio de políticas de salud mental en Chile*.
<https://www.defensorianinez.cl/wp-content/uploads/2022/10/Estudio-de-Políticas-de-Salud-Mental-Defensoria-de-la-Nin%CC%83ez.pdf>

Esteves Villanueva, A. R., Paredes Mamani, R. P., Calcina Condori, C. R., & Yapuchura Saico, C. R. (2020). Habilidades sociales en adolescentes y funcionalidad familiar. *Comuni@cción*, 11(1), 16–27.
<https://doi.org/10.33595/2226-1478.11.1.392>

Fernández Coronado, P. M. (2022). *Habilidades sociales y autoconcepto en adolescentes de 10 a 19 años con TDAH de Lima* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas]. Repositorio Académico UPC. <http://hdl.handle.net/10757/660128>

Fonseca-Pedrero, E., Pérez-Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., López-Navarro, E. R., Muñiz, J., Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Rivera, R. B., Cano-Vindel, A., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., González-Menéndez, A., Valero, A. V., Priede, A., González-Blanch, C., Ruiz-Rodríguez, P., Moriana, J. A.,

Gómez, L. E., & Montoya-Castilla, I. (2021). Tratamientos psicológicos empíricamente apoyados para la infancia y adolescencia: Estado de la cuestión. *Psicothema*, 33(3), 386–398.

Fuentes, P., Jiménez, G., Pineda, W., Pimienta, D., Acosta, J., Cervantes, M., & Sánchez, M. (2014). Déficit en habilidades sociales en niños con trastorno por déficit de atención-hiperactividad, evaluados con la escala BASC. *Revista Colombiana de Psicología*, 23(1), 95–106.

[https://doi.org/10.15446/rcp.v23n1.34332https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/660128/Fern%*c3*%a1ndez_CP.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://doi.org/10.15446/rcp.v23n1.34332https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/660128/Fern%c3%a1ndez_CP.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

García, F., & Musitu, G. (2014). *AF-5 (Autoconcepto Forma 5)* (4.ª ed., extracto). TEA Ediciones.

https://www.hogrefe-tea.com/recursos/Ejemplos/AF-5_Manual_2014_extracto.pdf

Gómez-Velásquez, S. (2021). Cohesión familiar y factores relacionados en adolescentes escolarizados. *Universidad y Salud*, 23(3), 198–206. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.233>

González Balanta, M., Cuartas Torres, J. C., & Joaqui, N. P. (2022). *Relación entre autoconcepto, adolescencia y el impacto de la escuela: Revisión teórica analítica* [Trabajo de investigación, Fundación Universitaria Católica Lumen Gentium]. Repositorio Institucional Unicatólica.

<http://hdl.handle.net/20.500.12237/2426>

González Moreno, A., & Molero Jurado, M. D. (2022). Las habilidades sociales y su relación con otras variables en la etapa de la adolescencia: una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 15(1), 113–123. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.15111>

Granese, L., Reyes, J., & Albornoz, G. (2023). *Impacto de la tecnología en la salud mental: Evidencia y desafíos para Chile* (Documento de trabajo No. 647). Centro de Estudios Públicos (CEP).

https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2023/03/pder647_granese_etal.pdf

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2024). *Global Burden of Disease Study 2021 (GBD)* [Base de datos]. University of Washington. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Iriarte Bennetts, M. T., Estévez Ramos, R. A., Basset Machado, I., Sánchez González, A., & Flores Villegas, J. (2018). *Estado de salud mental de adolescentes que cursan la educación media superior / Mental health status of adolescents attending upper secondary education*. RICS: Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud, 7(13), 100–124. <https://doi.org/10.23913/rics.v7i14.71>

Kazdin, A. E. (2001). *Behavior modification in applied settings* (6th ed.). Wadsworth/Thomson Learning.

Mardones Ibacache, R., & Escalona Araneda, E. (2020). Adolescentes en terapia: Intervención desde el enfoque sistémico. *Ajayu, Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la UC BSP*, 18(2), 280–311. http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v18n2/v18n2_a01.pdf

Marsh, H. W. (2005). *Self-concept theory, measurement and research into practice: The role of self-concept in educational psychology*. British Psychological Society.

Melipillán Araneda, Roberto, Cova Solar, Félix, Rincón González, Paulina, & Valdivia Peralta, Mario. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 59-69. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100005>

Ministerio de Salud de Chile (2023). *Política Nacional de Salud Mental para la Niñez y Adolescencia* [Borrador final]. Psiconecta. https://psiconecta.org/wp-content/uploads/2023/07/POLITICA-NACIONAL-DE-SALUD-MENTAL-PARA-LA-NINEZ-Y-ADOLESCENCIA_230707-BORRADOR-FINAL.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2023). *Programa nacional de salud integral de adolescentes y jóvenes 2023*. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2024/03/Programa-Nacional-de-Salud-de-Adolescentes-y-Jovenes-MINSAL-2023.pdf>

Minuchin, S. (1977). *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa.

Minuchin, S. (2003). *El arte de la terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

Molina, P., & García, M. (2021). *Grups de lleure per a adolescents: Educant les habilitats socials per a la promoció de la salut mental positiva*. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 67, 97–110. <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/361301/456347>

Montalvo Nieto, D. E., & Jaramillo Zambrano, A. E. (2022). *Habilidades sociales y autoconcepto en adolescentes durante el aislamiento social por pandemia de COVID-19*. *Revista Eugenio Espejo*, 16(3), 47–57. <https://doi.org/10.37135/ee.04.15.06>

Montoya-Gaxiola, L. D., & Corona-Figueroa, B. A. (2021). Dinámica familiar y bienestar subjetivo en adolescentes: Su asociación y factores protectores. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 3(1), 59–77. <https://revistacneipne.org/index.php/cneip/article/view/109>

Morales-Quizhpi, J., Palacios-Madero, M.-D., Conforme-Zambrano, E.-G., & Arpi-Peñaloza, N. (2021). Autoconcepto de los adolescentes según sus características sociodemográficas y parentales. *Maskana*, 12(1), 16–25. <https://doi.org/10.18537/mskn.12.01.02>

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Social and emotional wellbeing: Early years* (NICE guideline [PH40]). <https://www.nice.org.uk/guidance/ph40>

Nieto Granada, C. D., & Escárraga Blandón, K. (2021). *Revisión sistemática del autoconcepto en niños y adolescentes diagnosticados con TDAH* [Trabajo de grado, Universidad Católica de Pereira].

Repositorio Institucional - Universidad Católica de Pereira. <http://hdl.handle.net/10785/8283>

Organización Mundial de la Salud. (2025, 1 de septiembre). *La salud mental de los adolescentes* [Ficha informativa]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Pan American Health Organization. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas* [Publicación en PDF]. Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57504/9789275327265_spa.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Puello Scarpati, M., Silva Pertuz, M., & Silva Silva, A. (2014). Límites, reglas, comunicación en familia monoparental con hijos adolescentes. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 10(2), 225–246. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982014000200004&lng=en&tlng=es

Pulido Guerrero, E. G., Redondo Marín, M. P., Lora Carrillo, L. J., & Jiménez Ruiz, L. K. (2023). Medición del autoconcepto: Una revisión. *Psykhē*, 32(1), 1–14. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2020.22389>

Rusca-Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148–156. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>

Sinche, E., & Suárez, M. (2006). Introducción al estudio de la dinámica familiar. *RAMPA*, 1(1), 43.

Tacca Huamán, D. R., Cuarez Cordero, R., & Quispe Huaycho, R. (2020). Habilidades sociales, autoconcepto y autoestima en adolescentes peruanos de educación secundaria. *International Journal of Sociology of Education*, 9(3), 293–324. <https://doi.org/10.17583/rise.2020.5186>

Terán, C. F. (2016). Alfredo Canevaro: *Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos* [Review of the book *Alfredo Canevaro: Terapia individual sistémica con la participación de familiares significativos*, by A. Canevaro]. *Revista REDES*, 34, 147-148.

Tinto, J. A. (2013). El análisis de contenido como herramienta de utilidad para la realización de una investigación descriptiva: Un ejemplo de aplicación práctica utilizado para conocer las investigaciones realizadas sobre la imagen de marca de España y el efecto país de origen. *Provincia*, 29, 135–173. <https://www.redalyc.org/pdf/555/55530465007.pdf>

Toledo Conco, K. A., & Velásquez Silva, S. Y. (2022). *Comunicación familiar en estudiantes de tercero de secundaria de la institución educativa Nuestra Señora del Carmen Huaral, 2022* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión]. Repositorio Institucional UNJFSC. <https://hdl.handle.net/20.500.14067/6919>

Tubay, N. M. A. (2024). Trastorno por déficit atencional e hiperactividad (TDAH): Un recorrido por las tendencias psicológicas. *Revista Científica de Psicología NUNA YACHAY*, 6(12), 91–106.

World Health Organization & UNICEF. (2021). *Conjunto de instrumentos para ayudar a los adolescentes a prosperar: Estrategias para promover y proteger la salud mental de los adolescentes y reducir conductas autolesivas y comportamientos de riesgo* (1.ª ed.). Ginebra, Suiza:

Autor. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341346/9789240026971-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>