

“Desarrollando la Expresión y el Bienestar Emocional en una Preadolescente con Sintomatología Ansiosa Mediante la Terapia Sistémico Narrativa”

Ps. Valentina Palomo Berríos

Magister en Intervención Psicológica Infantojuvenil: Abordaje Multinivel

Trabajo de Grado

Docente Supervisor

Mg. Estefanía Monosalva Arriagada

17 de Noviembre de 2025

I. Problema de Intervención

1.1 Demanda Inicial

La solicitud de intervención proviene de la madre de V., la consulta se realizó en el Servicio de Psicología Integral de la Universidad del Desarrollo, sede Concepción, motivada por la preocupación materna respecto al bienestar emocional de su hija, quien ha evidenciado cambios conductuales, emocionales y relacionales que afectan su funcionamiento cotidiano. El caso fue derivado a la Psicóloga Valentina Palomo Berríos, estudiante del Magíster en Intervención Psicológica Infantojuvenil con enfoque multinivel, con el propósito de abordar las necesidades detectadas.

Durante la entrevista inicial, la madre informó que V. ha atravesado situaciones significativas en el último tiempo, siendo el incendio de la vivienda de su abuela materna el principal detonante del malestar actual. Este hecho implicó una reorganización temporal del hogar, ya que la abuela y el tío materno se trasladaron a convivir con V. y su madre en una casa de dimensiones reducidas. La madre relata: *“vivimos un incendio hace poco, de la casa de su abuela... ella con su hijo se vinieron a vivir a mi casa, que no es muy grande y la V. se sentía como asfixiada, a veces me decía que le faltaba el aire”*. A partir de esta situación, comenzó a observar cambios en la conducta de su hija, tales como retraimiento, irritabilidad y llanto frecuente, manifestaciones que previamente no formaban parte de su repertorio emocional

La madre señala que ambas han intentado fortalecer su vínculo mediante actividades compartidas, como caminatas, salidas a comer y tardes de películas, con el propósito de distraer a V. y favorecer su bienestar. Describe a V. como una niña madura para su edad, autónoma en sus actividades cotidianas y con un marcado sentido del deber. Sin embargo, reconoce patrones de sobreexigencia, especialmente en el ámbito académico, donde la preadolescente experimenta una intensa frustración cuando no alcanza los resultados esperados *“es muy buena alumna, pero si algo no le resulta, se enoja mucho consigo misma; no le gusta equivocarse”*.

El contexto familiar de la preadolescente da cuenta de una historia marcada por la separación de los padres de V. cuando tenía aproximadamente siete años. Desde entonces, la madre ha asumido el rol de cuidadora y sostenedora principal del hogar, enfrentando diversas tensiones económicas y emocionales. Esta reconfiguración familiar, hace que V. y su madre convivan en una casa independiente, ubicada en un mismo terreno que la vivienda de la abuela materna. Este hecho contribuyó a consolidar el vínculo entre madre e hija, resaltando su relevancia emocional; sin embargo, el incendio y la pérdida del espacio familiar generaron un impacto significativo en su bienestar.

En cuanto a su trayectoria educativa, V. ha estado escolarizada desde la etapa preescolar, cursa séptimo año básico en un establecimiento subvencionado de la ciudad de Chiguayante. V., como estudiante es sobresaliente, participativa, con buena relación con sus pares y activa en espacios extracurriculares. La madre expresa que V. suele intentar resolver sus dificultades académicas independientemente, en pocas veces expresa abiertamente su malestar: *“prefiere no molestarme, y eso me preocupa porque a veces carga sola con cosas que no puede manejar”*.

Durante la sesión individual, V. expresó con claridad su intención de iniciar un proceso terapéutico. Reconoce que está entrando en una nueva etapa vital, y manifiesta: *“para mí es súper importante saber cómo me siento, cómo son mis emociones... como ahora voy para la adolescencia, creo que es importante... además con lo que pasó en la casa de mi abuela y también con mi papá, mejor”*. La preadolescente se muestra consciente del impacto que han tenido estas experiencias en su mundo interno y expresa la necesidad de contar con herramientas para manejar sus emociones de mejor forma.

Respecto al acontecimiento, indica que no estuvo presente en el momento del incendio por encontrarse en clases; al enterarse más tarde por su padre, manifestó una intensa tristeza y descontrol emocional, llorando de forma inmediata y recurriendo a la contención materna. Posteriormente, la convivencia con nuevos integrantes en el hogar fue vivida como una situación angustiante: *“me sentía atrapada, como que no podía respirar bien... no estaba acostumbrada a ver la casa de mi abuela así”*. Estas vivencias parecen haber profundizado su sensación de descontrol emocional, reforzando sentimientos de incomodidad y malestar.

En relación con su autopercepción, V. se describe como una persona sociable, con facilidad para establecer vínculos y gran aprecio por su mejor amiga. Paralelamente, reconoce una marcada autoexigencia, especialmente en el ámbito académico, que le genera frustración cuando no logra cumplir sus propios estándares. Aunque participa activamente en el colegio y busca sobresalir, estas conductas suelen acompañarse de episodios de ansiedad y tensión.

En relación con sus vínculos, V. identifica a su madre como la figura más cercana y significativa, con quien mantiene una relación de confianza, al convivir solo ellas, esto refuerza la cercanía afectiva y el valor que otorga a los momentos compartidos. Respecto a su padre, describe el vínculo como cordial, aunque más distante emocionalmente desde la conformación de su nueva familia. Por otro lado, destaca la relación con su hermano menor como cercana y afectuosa. Tanto la madre como V. coinciden en que el inicio del proceso terapéutico constituye una oportunidad para comprender mejor las emociones de la paciente, acompañarla en su tránsito hacia la adolescencia y proporcionarle herramientas concretas para afrontar sus emociones, fortalecer su bienestar y reconstruir su narrativa frente a los acontecimientos significativos vividos.

1.2 Caracterización del Objeto de Intervención

La presente intervención busca abordar las complejidades emocionales y relacionales propias del inicio de la preadolescencia, etapa que implica transformaciones significativas en las dimensiones biológica, psicológica, social y cultural. Este momento evolutivo se concibe como una crisis no normativa, en la que surgen nuevas exigencias cognitivas y afectivas que ponen a prueba los recursos previos de afrontamiento. En este tránsito, la necesidad de autonomía y diferenciación convive con la persistente búsqueda de seguridad y validación externa, configurando un escenario de tensiones emocionales que, si no son adecuadamente acompañadas, pueden derivar en formas de malestar ansioso.

En el caso de V., una preadolescente de 11 años, estas transformaciones se manifiestan a través de una elevada sensibilidad emocional, dificultades para nombrar y expresar emociones ante figuras significativas y la presencia de respuestas ansiosas frente a situaciones de evaluación o exposición social. Dichas manifestaciones no constituyen únicamente indicadores clínicos de ansiedad, sino expresiones narrativas de una historia relacional donde predominan la autoexigencia, la responsabilidad afectiva y la evitación del conflicto. En este sentido, el objeto de intervención se configura como un fenómeno relacional y contextual, comprendido desde una mirada multinivel que integra las dimensiones individual, familiar y contextual, y que se sustenta teóricamente en los principios de la Terapia Sistémico Narrativa, la regulación emocional y la psicología del desarrollo.

Nivel Individual

Desde el plano individual, el funcionamiento emocional de V. se caracteriza por altos niveles de autoexigencia, control y miedo al error, asociados a un estilo de afrontamiento rígido. Se observa una tendencia marcada a la sobreadaptación emocional, en la que regula sus respuestas en función de lo que percibe como esperado por los adultos significativos, principalmente su madre. Este patrón refuerza la inhibición afectiva, desplazando la emoción hacia el cuerpo *“se me aprieta la guata”*, relata con frecuencia

y configurando un modo de relación consigo misma basado en el cumplimiento y la perfección. Desde la perspectiva narrativa, estos comportamientos reflejan la internalización de relatos dominantes de deber y control, donde la vulnerabilidad emocional es percibida como un signo de debilidad o fracaso.

Su identidad se encuentra en un proceso de construcción inestable, atravesado por dudas respecto a su valor personal y su capacidad para satisfacer las expectativas del entorno. La autocrítica constante y la dependencia de la aprobación externa fragilizan su autoestima y la mantienen en una posición emocional de alerta. Estas experiencias dan cuenta de una narrativa saturada por la culpa y el miedo al error, que limita la expresión genuina y la espontaneidad emocional, generando una disociación entre lo que siente y lo que muestra.

Nivel Familiar

En el plano familiar, la historia de V. se inscribe en un proceso de reconfiguración sistémica posterior a la separación de sus padres, vivida durante los primeros años de la infancia. Si bien inicialmente se desenvolvía en un entorno nuclear estable y contenedor, la separación conyugal introdujo tensiones asociadas a la convivencia, los factores económicos y la redistribución de roles parentales. En la actualidad, V. reside con su madre, quien ejerce los roles de cuidadora principal y proveedora económica, en un contexto de sobrecarga y estrés parental. La relación madre-hija se caracteriza por una alta cercanía emocional y un vínculo ambivalente, donde la madre busca proteger, pero simultáneamente transmite la necesidad de ser cuidada emocionalmente por su hija.

Este patrón de parentalización emocional se expresa en la asunción, por parte de V., de un rol de contención hacia la madre, evidenciado en verbalizaciones como *“no quiero que se preocupe”* o *“yo la tengo que cuidar a ella”*. Tal dinámica produce una inversión de roles afectivos que obstaculiza la diferenciación emocional y refuerza la narrativa de autoexigencia y control, instalando en V. la creencia de que su bienestar depende de sostener el de los otros.

Por otro lado, mantiene una relación ambivalente, aunque protectora, con su padre, a quien visita regularmente. El hogar paterno representa un espacio de resguardo y mayor autonomía, donde puede expresarse con menor tensión. Asimismo, la abuela materna constituye una figura significativa en la historia vincular, aportando contención simbólica pese a los recientes, como el incendio de su vivienda, que generaron una crisis no normativa y una reorganización de roles familiares. Estos hechos intensificaron la sensación de inseguridad y el sentimiento de responsabilidad que V. carga hacia su madre y entorno inmediato.

En conjunto, la dinámica familiar se caracteriza por límites difusos, sobreinvolucramiento afectivo y escasez de recursos externos de apoyo, lo que amplifica las demandas emocionales sobre V. y contribuye a la configuración de su ansiedad como síntoma de sostén del sistema familiar. Desde la teoría sistémica, el síntoma se entiende aquí como un intento adaptativo del sistema por mantener el equilibrio frente a las tensiones y carencias de la red vincular.

Nivel Contextual

En el contexto escolar, V. cursa séptimo básico en un establecimiento subvencionado gratuito. Su rendimiento académico es adecuado, pero la vivencia emocional asociada al desempeño revela un malestar sostenido. Manifiesta temor ante la posibilidad de cometer errores y experimenta ansiedad ante la evaluación o exposición oral, lo que la lleva a evitar situaciones en las que pueda sentirse observada o juzgada. Aunque mantiene relaciones cordiales con sus pares, sus vínculos se construyen desde la búsqueda de aceptación más que desde la autenticidad, reproduciendo el patrón relacional de aprobación presente en el ámbito familiar.

El entorno escolar actúa, por tanto, como un escenario de refuerzo de las narrativas de rendimiento y control, donde el valor personal se asocia al éxito académico. No obstante, también representa un espacio potencial de intervención, al permitir la creación de experiencias reparadoras de validación y expresión. La falta de articulación formal entre la escuela y la familia limita la posibilidad de sostener estrategias compartidas de acompañamiento emocional, evidenciando la necesidad de una mirada interdisciplinaria e interinstitucional que promueva la coherencia entre los distintos sistemas que influyen en la paciente.

Desde el plano sociocultural, el malestar de V. se inserta en un contexto que refuerza los discursos de rendimiento, sacrificio y autocontrol emocional, particularmente en las mujeres. En sociedades donde se valora la productividad y el éxito individual, los adolescentes internalizan tempranamente mandatos de competencia y perfección, que restringen la posibilidad de mostrarse vulnerables o pedir ayuda. En este marco, la ansiedad de V. se configura como una respuesta adaptativa a las exigencias culturales de desempeño y cuidado, las cuales operan no solo en su familia, sino también en la escuela y la comunidad. Este entorno, además, se ve tensionado por condiciones de vulnerabilidad económica y eventos significativos recientes, como el incendio del hogar de su abuela, que exacerbó la percepción de inseguridad emocional y material.

Síntesis Comprensiva

El análisis multinivel permite comprender que la sintomatología ansiosa de V. no responde a una causa única, sino al entrelazamiento de factores emocionales, vinculares y socioculturales. Desde la Terapia Sistémico Narrativa, la ansiedad se concibe como una narrativa saturada de autoexigencia y contención emocional, mantenida por discursos familiares y contextuales que privilegian el deber por sobre el bienestar. En consecuencia, el objeto de intervención no radica en eliminar el síntoma, sino en externalizarlo, reconocerlo como una construcción relacional y abrir espacios para la co-construcción de significados alternativos que amplíen la agencia emocional de la paciente.

Así, la intervención busca restituir la expresión emocional como una forma legítima de comunicación y construir relatos preferidos centrados en la calma, la autenticidad y el autocuidado. La transformación del lenguaje de *“no quiero molestar”* a *“tengo derecho a sentirme cansada o nerviosa”* representa el cambio esencial esperado desde la perspectiva narrativa.

En este marco, el fenómeno de intervención se comprende como una forma de ansiedad en preadolescentes configurada por relatos dominantes de perfección, responsabilidad afectiva y validación externa, los cuales restringen el bienestar subjetivo y la agencia personal. Desde la Terapia Sistémico Narrativa (White & Epston, 1990; Freeman, Epston & Lobovits, 2001), la intervención se concibe como un proceso de externalización simbólica, legitimación de la experiencia emocional y co-construcción de narrativas alternativas que integren la fortaleza, la calma y el cuidado propio como recursos identitarios.

Pregunta Clínica: ¿Cómo puede la Terapia Sistémico Narrativa favorecer la externalización de la ansiedad y la reconstrucción del bienestar emocional en una preadolescente que ha internalizado relatos de autoexigencia, contención y responsabilidad afectiva hacia los otros?

1.3 Antecedentes Contextuales y Teórico-Conceptuales

1.3.1 Salud Mental Preadolescente Como Derecho

La Salud Mental en la adolescencia ha sido reconocida internacionalmente como un aspecto clave del desarrollo humano, con un enfoque cada vez más claro en su protección desde una perspectiva de derechos. La Organización Mundial de la Salud y en su contraparte, la Organización Panamericana de la

Salud han establecido que el bienestar emocional es un componente esencial para alcanzar una vida plena, siendo la adolescencia una etapa crítica en la cual se forman las bases de la salud mental futura (OMS, 2021). En este marco, se enfatiza la importancia de garantizar acceso equitativo, oportuno y pertinente a servicios de salud mental, especialmente para niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad.

En Chile, este principio se refleja en la Ley 21.331 sobre Reconocimiento y Protección de los Derechos de las Personas en la Atención de Salud Mental, la cual establece que toda persona tiene derecho a recibir atención digna, oportuna y basada en la mejor evidencia disponible. La ley promueve un enfoque centrado en la persona y la comunidad, asegurando la participación de quienes consultan, y considerando la autonomía progresiva de niños, niñas y adolescentes como parte esencial de sus derechos.

A nivel de políticas públicas, el Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025 del Ministerio de Salud propone una estrategia intersectorial para el abordaje de los problemas de salud mental, con énfasis en la infancia y adolescencia. Este plan destaca la importancia de descentralizar los servicios, fortalecer el trabajo en red, e integrar ámbitos como educación, salud y protección social, permitiendo una atención más integral y contextualizada.

Desde esta mirada, la escuela se comprende como un espacio privilegiado para la detección y el acompañamiento emocional. Sin embargo, en contextos de sobrecarga o limitación de recursos, como en el caso de V., muchas veces son los servicios universitarios o comunitarios los que canalizan las primeras respuestas clínicas. Esto evidencia la brecha entre las garantías legales y el acceso efectivo a intervenciones oportunas y culturalmente pertinentes.

En este sentido, el acceso a un espacio terapéutico sostenido no solo representa una estrategia clínica, sino también una respuesta ética y social frente al derecho a la salud mental. La situación de V., atravesada por condiciones de vulnerabilidad, adversidad y reconfiguración familiar, demanda una atención que comprenda estos elementos no como un trasfondo, sino como parte constitutiva del malestar.

1.3.3 Fundamentos de la Terapia Narrativa

La Terapia Narrativa, desarrollada por Michael White y David Epston en la década de 1980, es un enfoque postestructuralista que concibe los problemas psicológicos como efectos de los discursos culturales, las relaciones sociales y los significados atribuidos por las personas a sus experiencias. Se distancia de las explicaciones intrapsíquicas o patologizantes, y centra su atención en la forma en que las personas construyen sus historias de vida, identificando qué relatos se han vuelto dominantes y cuáles han quedado relegados o silenciados.

En el caso de V., se observa una narrativa marcada por la autoexigencia, sobreadaptación, necesidad de aprobación materna y represión emocional. Estos relatos dominantes emergen de múltiples experiencias vitales recientes: separación parental, reorganización familiar, incertidumbre tras un incendio y presión por el desempeño escolar. En Terapia Narrativa se consideran estas narrativas como “problemas saturados” que capturan la identidad de la paciente y restringen su bienestar emocional (White & Epston, 1990).

Una intervención narrativa propone externalizar la ansiedad, tratándola como una presencia externa que la preadolescente puede observar objetivamente. Técnicas como metáforas, dibujos y personificaciones ayudan a identificar cuándo surge la ansiedad, qué la mantiene y qué puede debilitarla. Esta práctica se basa en herramientas empíricas que facilitan la externalización emocional en jóvenes.

La intervención mide relatos alternativos y rescata momentos significativos en los que V. se ha sentido capaz, protegida o creativa. Estos momentos únicos permiten reconstruir una narrativa centrada en la agencia y recursos internos, reforzando una identidad más amable, empoderada y flexible (Parry & Doan, 1994; Beaudoin et al., 2016).

Simultáneamente, se trabaja en reconstruir el bienestar emocional no como una meta estática, sino como un proceso vivo. Esto implica resignificar la experiencia ansiosa, no como un rasgo definitorio, sino como una historia que puede transformarse mediante coherencia interna, apoyo relacional y sentido de propósito (Lyubomirsky et al., 2005; Cloitre et al., 2016).

Finalmente, se incorporan recursos creativos como cartas terapéuticas, mapas identitarios y testimonios de figuras significativas para consolidar la re-autoría narrativa. Estas prácticas son consistentes con la práctica de mapeos narrativos de White y estudios que avalan su eficacia clínica en la producción de identidad narrativa y empoderamiento emocional (Freeman et al., 1997; White, 2007).

1.3.4 Expresión Emocional desde la Terapia Narrativa

En la adolescencia, la expresión emocional constituye una herramienta clave para el desarrollo identitario, la regulación afectiva y la construcción de vínculos significativos. Sin embargo, en contextos donde predominan relatos dominantes de autoexigencia, contención emocional o temor al juicio externo, muchas veces las emociones son silenciadas, minimizadas o reprimidas. Desde la Terapia Sistémico Narrativa (TSN en adelante), la expresión emocional no se concibe como un simple acto de descarga, sino como un proceso de resignificación, donde las emociones se vuelven comprensibles y narrables dentro de un marco que valida y dignifica la experiencia vivida (Parry & Doan, 1994).

La TSN reconoce que el modo en que una persona se relaciona con sus emociones está fuertemente influenciado por los discursos sociales y familiares a los que ha estado expuesta (White & Epston, 1990; McNamee & Gergen, 1996). En el caso de V., su relato ha estado marcado por la idea de "*no molestar*" o "*no causar problemas*", lo que ha limitado su capacidad para expresar miedo, tristeza o frustración. La intervención narrativa buscará crear condiciones para que sus emociones puedan ser externalizadas, validadas y escuchadas, no solo en la relación terapéutica, sino también en sus vínculos cotidianos (Freeman, Epston & Lobovits, 2001).

La literatura especializada destaca que el uso de metáforas terapéuticas, recursos gráficos y documentos narrativos constituye una estrategia efectiva para facilitar la elaboración emocional y la resignificación de la experiencia vital en niños y adolescentes (Beaudoin et al., 2016).

Desde la perspectiva de la Terapia Sistémico-Narrativa, estas herramientas promueven un lenguaje simbólico que permite a las personas comprender sus emociones no como fallas personales, sino como mensajes significativos de su historia.

En este sentido, la expresión emocional adquiere una dimensión ética y narrativa, al transformar el relato del malestar en un acto de reconocimiento y justicia narrativa, en el cual las voces silenciadas de la experiencia subjetiva pueden emerger y adquirir valor (Easdale-Cheeley et al., 2024).

1.3.5 Reconstrucción del Bienestar Emocional desde la Perspectiva Narrativa

Desde el enfoque narrativo, el bienestar emocional no se concibe como un estado final o una meta normativa, sino como un proceso dinámico y situado, en constante construcción. Esta perspectiva reconoce que el "*estar bien*" depende de múltiples factores intersubjetivos: vínculos afectivos, sentido de pertenencia, coherencia narrativa y validación emocional (White & Epston, 1990; McNamee & Gergen, 1996). En lugar de centrarse en la eliminación de síntomas, se prioriza la resignificación del malestar y la

posibilidad de crear una narrativa alternativa que incluya fortalezas, deseos y valores personales (White, 2007).

Diversos estudios han señalado que el bienestar en adolescentes está relacionado con la capacidad de integrar experiencias difíciles en un relato coherente que otorgue sentido y continuidad a la identidad (Cloitre et al., 2016; East et al., 2010). La narrativa preferida aquella que rescata las capacidades, vínculos significativos y momentos de agencia constituye un eje fundamental para la reconfiguración del bienestar psicológico (Easdale-Cheele et al., 2024; Parry & Doan, 1994).

En el caso de V., su malestar emocional ha estado vinculado a múltiples factores: adversidades familiares, inseguridad identitaria, ansiedad anticipatoria y presión por el rendimiento. La intervención narrativa propone acompañar un proceso de exploración de historias en las que ella se ha sentido tranquila, conectada o creativa, aunque estas experiencias hayan sido relegadas o invisibilizadas en su relato dominante. Estas microhistorias permiten rescatar recursos internos que la paciente ya posee, pero que han sido eclipsados por la narrativa del sufrimiento (Beaudoin et al., 2016).

Reconstruir el bienestar implica también restituir derechos emocionales básicos, como la alegría, el descanso, la espontaneidad o la posibilidad de equivocarse sin sentirse invalidada. El proceso terapéutico buscará que V. pueda sostener una visión más amable de sí misma, integrando sus logros, deseos y vínculos protectores en una narrativa más coherente y auténtica. Según Lyubomirsky et al. (2005), este tipo de bienestar experiencial y significativo se asocia a mejores indicadores de salud mental, resiliencia y relaciones interpersonales positivas.

1.4 Antecedentes Empíricos

La presente sección tiene por finalidad exponer evidencia empírica actualizada que permita comprender y sustentar la problemática clínica abordada, el objeto de intervención se centra en los procesos de expresión y regulación emocional propios de la preadolescencia, comprendidos en el marco de una crisis no normativa asociada a eventos significativos. En este contexto, la ansiedad se considera una manifestación relacional y contextual, más que un síntoma aislado, y se aborda desde la reconstrucción narrativa del bienestar y la agencia emocional. Para ello, se revisarán investigaciones recientes que dan cuenta de la prevalencia de la ansiedad en adolescentes, su relación con la inhibición emocional, los factores contextuales que inciden en el bienestar psicológico, así como experiencias de intervención clínica desde diversos enfoques, con énfasis en la Terapia Sistémico Narrativa. Estos antecedentes permiten fundamentar tanto el proceso de diagnóstico como el diseño de una intervención coherente con el contexto vital de la paciente y basada en modelos psicoterapéuticos pertinentes a su etapa evolutiva.

La ansiedad es una condición de salud mental que frecuentemente tiene su origen en etapas tempranas del desarrollo, con especial prevalencia durante la adolescencia. Esta etapa vital, caracterizada por transformaciones cognitivas, afectivas y sociales, incrementa la sensibilidad del individuo a múltiples factores estresores, lo que puede traducirse en respuestas emocionales intensificadas y, en algunos casos, disfuncionales.

1.4.1 Ansiedad en Preadolescentes

Según la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI, 2024), la ansiedad constituye un mecanismo adaptativo natural que permite al organismo estar alerta y preparado frente a diversas situaciones. En niveles moderados, esta respuesta puede favorecer el afrontamiento de retos cotidianos o extraordinarios. Sin embargo, cuando esta activación supera los límites funcionales, se torna

desproporcionada o se presenta en ausencia de un estímulo amenazante, y pasa a ser considerada patológica. En estos casos, produce un deterioro significativo del funcionamiento psicosocial, afectando el desempeño académico, las relaciones interpersonales y el bienestar emocional del preadolescente.

Polanczyk et al. (2015) advierte que la ansiedad se trata de uno de los principales problemas sanitarios a nivel global, y que cerca del 50% de los trastornos mentales inician a los 14 años o antes. Lo más preocupante es que muchos de estos casos no se detectan a tiempo, lo que aumenta considerablemente las consecuencias negativas en el mediano y largo plazo. En la adolescencia, los trastornos más comunes son la ansiedad y la depresión.

Cuenca et al. (2020) indican que a partir de los 12 años los adolescentes pueden presentar diversos trastornos, siendo los más frecuentes los trastornos disruptivos (8%), los trastornos ansiosos (7.4%) y los trastornos depresivos (7%). Esta situación coloca a la preadolescente en una condición de alta vulnerabilidad, con consecuencias potencialmente graves en la vida adulta si no se abordan a tiempo. Polanczyk et al. (2015) señalan que uno de cada cinco adolescentes en el mundo presenta algún tipo de problema de Salud Mental, siendo la depresión la condición de mayor prevalencia.

Estudios como el de National Library of Medicine, 2023, conceptualizan la ansiedad como una emoción caracterizada por pensamientos angustiados, tensión, cambios físicos y conductuales, junto con distorsiones cognitivas. En adolescentes, se manifiesta con síntomas como preocupaciones excesivas o ataques de pánico. Según la OMS (2021), el 3,6% de los adolescentes entre 10 y 14 años y el 4,6% de los jóvenes entre 15 y 19 años sufren de algún tipo de trastorno de ansiedad. Caguana-Sopa y Tobar-Viera (2022) refuerzan esta información, evidenciando la necesidad urgente de intervenciones adecuadas y sensibles al contexto.

En esta misma línea, se reconoce que la ansiedad, en tanto respuesta biológica, cumple una función adaptativa frente a amenazas, permitiendo a la preadolescente activar recursos para enfrentar desafíos. No obstante, cuando esta emoción se vuelve persistente, incontrolable o desproporcionada, pasa a constituir un factor de riesgo importante para su Salud Mental. Chacón et al. (2021) destacan que en estos casos se presentan síntomas como preocupación constante, irritabilidad, hipervigilancia, inquietud y agitación, lo que dificulta los procesos de ajuste propios de esta etapa.

En su dimensión clínica, la ansiedad puede generar importantes interferencias en la vida cotidiana de los adolescentes. Guerra et al. (2017) señalan que este tipo de trastornos se expresan en sentimientos de inseguridad, impulsividad, dependencia emocional, dificultades para concentrarse y síntomas físicos como náuseas, vómitos, sudoración excesiva o sofocación. Estos efectos no solo merman la calidad de vida, sino que afectan directamente los procesos de adaptación y desarrollo en la adolescencia.

La ansiedad escolar, en particular, ha sido ampliamente reconocida como una de las expresiones más frecuentes en niños y adolescentes. Diversas investigaciones han reportado prevalencias que oscilan entre un 5,7% y un 17,7% (Costello y Angold, 1995; Ezpeleta et al., 2007). En Chile, estudios como los de Cova et al. (2007) y Vera-Villarroel et al. (2007) también han dado cuenta de altos índices de ansiedad en población escolar adolescente, utilizando instrumentos de evaluación de ansiedad en adolescentes.

La presencia de niveles elevados de ansiedad en esta etapa constituye un riesgo importante para el bienestar y el desarrollo integral de los adolescentes. Investigaciones previas (Bornás et al., 1996; La Greca et al., 1992) indican que la ansiedad interfiere en el desarrollo social, personal y académico, y predice posibles trastornos ansiosos en la adultez. En el ámbito educativo, por ejemplo, se ha observado que adolescentes ansiosos tienden a experimentar un alto nivel de preocupación por su rendimiento, a sentirse responsables de sus fracasos y a evitar situaciones evaluativas. Martínez-Monteaugudo (2009) destaca que estas cogniciones negativas se traducen en dificultades para tomar decisiones, lentitud en la

acción y estrategias evitativas. Bell-Dollan (1995) añade que estas experiencias generan la percepción de que el entorno escolar es hostil, lo que potencia el malestar emocional.

En definitiva, la ansiedad en adolescentes se presenta como un fenómeno complejo y multidimensional, que afecta distintos ámbitos del funcionamiento psicosocial. Su abordaje exige estrategias integrales, contextualizadas y sensibles al momento evolutivo, con énfasis en la detección temprana y en la construcción de narrativas alternativas que permitan resignificar el malestar desde una perspectiva de derechos y desarrollo positivo.

1.4.2 Expresión Emocional en Preadolescentes

La adolescencia es una etapa crítica en el desarrollo emocional, caracterizada por cambios significativos en la capacidad de identificar, comprender y expresar emociones. Durante este período, los preadolescentes enfrentan desafíos relacionados con la regulación emocional, lo que puede influir en su bienestar psicológico y social.

La expresión emocional se refiere a la capacidad de manifestar de manera adecuada las emociones, tanto verbal como no verbalmente. Investigaciones recientes han demostrado que una expresión emocional saludable en adolescentes está asociada con una mejor adaptación social y un menor riesgo de desarrollar trastornos psicológicos, como la ansiedad y la depresión (Gallego et al., 2003).

Sin embargo, diversos factores pueden dificultar la expresión emocional en esta etapa. Por ejemplo, las normas sociales y culturales pueden imponer restricciones sobre cómo y cuándo expresar ciertas emociones, especialmente en función del género. Estudios han indicado que las preadolescentes tienden a expresar más emociones relacionadas con la tristeza y la ansiedad, mientras que los varones pueden mostrar una mayor inhibición emocional o canalizar sus emociones a través de conductas externalizantes (Gallego et al., 2003).

Además, el entorno familiar y escolar desempeña un papel crucial en el desarrollo de la expresión emocional. Un ambiente que valida y apoya la expresión de emociones puede fomentar una mayor competencia emocional en los adolescentes. Por el contrario, entornos que reprimen o invalidan las emociones pueden contribuir a la supresión emocional y aumentar la vulnerabilidad a trastornos de ansiedad (Gallego et al., 2003).

La supresión emocional, definida como la inhibición consciente de la expresión de emociones, ha sido asociada con una mayor incidencia de síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes. Esta estrategia de regulación emocional puede interferir con el procesamiento emocional saludable y limitar la capacidad de los adolescentes para enfrentar el estrés y las demandas sociales (Gallego et al., 2003).

En este contexto, la Terapia Sistémico-Narrativa ofrece un enfoque terapéutico que puede facilitar la externalización de problemas emocionales y promover la reconstrucción de narrativas personales más saludables. A través de la co-construcción de historias alternativas y la exploración de significados, esta terapia permite a los adolescentes reconfigurar su identidad emocional y mejorar su bienestar psicológico (Obando Cabezas et al., 2022).

En resumen, la expresión emocional en la adolescencia es un componente esencial del desarrollo psicosocial. Factores individuales, sociales y culturales influyen en la capacidad de los preadolescentes para expresar emociones de manera saludable. Intervenciones terapéuticas, como la Terapia Sistémico-Narrativa, pueden ser efectivas para abordar las dificultades en la expresión emocional y mejorar el bienestar emocional y la ansiedad.

1.4.3 Bienestar Emocional

El bienestar emocional en preadolescentes se ha convertido en un eje clave en el estudio de la salud mental infanto-juvenil. Desde un enfoque multidimensional, este concepto integra aspectos afectivos, sociales, escolares y familiares que permiten evaluar el grado de equilibrio psicológico y satisfacción vital de un adolescente (Ortega-Ruiz, 2019). Durante la adolescencia, ocurre un proceso de ajuste que impacta en la salud física y mental, dando lugar a la aparición de trastornos, entre los que destacan la depresión y la ansiedad. Se estima que entre el 10% y el 20% de estos presentan trastornos mentales (OMS, 2022).

El bienestar emocional se puede entender como un estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad. En otras palabras, lo constituyen el conjunto de sensaciones positivas derivadas de un funcionamiento mental que capacita a la persona para adaptarse a las situaciones cotidianas. Quienes gozan de un buen bienestar emocional son capaces de responder de forma efectiva frente a los desafíos del entorno, mientras que quienes presentan un estado emocional debilitado pueden experimentar serias dificultades en la resolución de problemas, afectando su vida diaria.

Este reconocimiento se debe, en parte, a las múltiples evidencias que muestran que el bienestar no sólo es relevante para la salud psicológica, la cual no debe limitarse a la ausencia de síntomas como ansiedad o depresión, sino también porque se sabe que las personas con mayor bienestar presentan mejores resultados en salud física, carrera profesional y relaciones interpersonales (Lyubomirsky, King & Diener, 2005).

Los estudios muestran que es la frecuencia la que más importancia tiene en la experiencia de bienestar (Diener, Sandvik y Pavot, 2009), lo que significa que el mayor bienestar no es el que se deriva de la experiencia de emociones muy intensas, sino el que proviene de experimentar emociones positivas muy frecuentemente, aunque éstas sean de intensidad baja o moderada. A pesar de las grandes discrepancias en los estudios realizados, en la actualidad se considera que en torno al 40-50% de la variabilidad encontrada en el bienestar emocional se debe a factores genéticos (Lyubomirsky et al. 2005). Esto significa que existe un amplio margen para el cambio, por lo tanto, para la mejora del bienestar.

El bienestar emocional en la adolescencia está fuertemente influido por las experiencias vitales y las relaciones interpersonales, jugando un rol primordial la aceptación de los pares y el apoyo de la familia. Dadas las especiales dificultades que tienen que afrontar los jóvenes en esta etapa, tal como se ha señalado previamente, en la adolescencia el nivel de bienestar disminuye significativamente en relación con el mostrado en la etapa previa de la infancia (OMS, 2016).

1.4.4 Intervenciones en Ansiedad Preadolescente y Terapia Sistémico Narrativa

En el ámbito narrativo, se han observado efectos positivos de esta metodología en preadolescentes con sintomatología ansiosa, particularmente en aquellos con dificultades de identidad personal. White y Epston (1993) destacan que externalizar el problema permite que los adolescentes se distancien de su malestar, lo que facilita nuevas formas de resignificar la experiencia. Esta desidentificación ayuda a estos a explorar sus historias de vida desde un lugar seguro, promoviendo la reflexión y el cambio.

A través de la re-autoría, los preadolescentes pueden reconstruir una narrativa más coherente y esperanzadora sobre sí mismos, disminuyendo la intensidad de la ansiedad y favoreciendo una autoimagen más saludable (Payne, 2002). Freeman, Epston y Lobovits (2001) añaden que el uso de

recursos como la documentación terapéutica, la participación de testigos externos significativos y la reactivación de vínculos protectores facilita la consolidación de historias alternativas que potencian el bienestar emocional.

Desde un enfoque ético y culturalmente sensible, la Terapia Sistémico Narrativa se implementa con eficacia en contextos clínicos adolescentes, permitiendo observar mejoras en la expresión emocional, la percepción de autoeficacia y los vínculos significativos (McNamee & Gergen, 1996). Así, se convierte en un recurso terapéutico adecuado para acompañar procesos de externalización de la ansiedad y reconstrucción del bienestar emocional.

White y Epston (1990), inspirados por Bruner (1986), sostienen que las personas relatan solo una parte de su experiencia vivida, mientras que otras se mantienen no contadas. En la conversación externalizante se recuperan estas historias ocultas, generando nuevas conexiones y significados. Esta metodología permite separar el problema de la identidad del preadolescente, posicionándolo como observador de su propio proceso, lo que facilita la transformación de su narrativa y su relación con el síntoma.

Desde la perspectiva sistémica, se considera que los problemas no radican exclusivamente en el individuo, sino que emergen en contextos relacionales amplios, especialmente en el sistema familiar (Nardone et al., 2013; Caro Amada & Plaza de la Hoz, 2016). La llamada "turbulencia adolescente" es entendida como una manifestación de interacciones familiares y sociales que afectan la construcción del sentido personal y emocional (Beyebach & Herrero, 2013).

La Terapia Narrativa facilita la externalización de síntomas y la reestructuración del relato interno, lo cual es útil en preadolescentes con síntomas de ansiedad y depresión. Estas condiciones suelen manifestarse en narrativas centradas en la autoevaluación, la pérdida y la desesperanza, por lo que reconstruir el relato desde una perspectiva de agencia y resiliencia se traduce en mejoras en el autoconcepto y la regulación emocional (Fernández & Rodríguez, 2010; Rendón, 2015).

Dado que la adolescencia implica desafíos significativos en las relaciones interpersonales y el desarrollo de habilidades socioemocionales, se ha propuesto la implementación de programas de prevención e intervención basados en el enfoque narrativo sistémico. Estos programas no solo disminuyen los síntomas ansioso-depresivos, sino que también fomentan competencias sociales y emocionales esenciales para el desarrollo integral de los preadolescentes (Nardone, 2003; Santrock, 2001).

En suma, la Terapia Sistémico Narrativa representa una herramienta fundamentada en evidencia teórica y empírica que contribuye eficazmente al abordaje de la ansiedad en preadolescentes, favoreciendo el desarrollo de un sentido más saludable de sí mismos y de sus vínculos significativos.

II. Diagnóstico

2.1 Objetivos de diagnóstico

Objetivo General

Comprender la configuración narrativa y relacional del malestar ansioso en una preadolescente, a partir de un proceso diagnóstico multinivel que integre datos clínicos, proyectivos y contextuales, con el fin de fundamentar una hipótesis comprensiva que oriente la intervención terapéutica.

Objetivos Específicos

- Identificar las manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales de la sintomatología ansiosa, mediante la observación clínica, entrevistas y aplicación del cuestionario SCARED.
- Analizar los contenidos simbólicos expresados en las pruebas proyectivas, que den cuenta de las representaciones internas de sí misma, de sus vínculos y de las estrategias de afrontamiento frente a la ansiedad.
- Explorar los significados y discursos dominantes que configuran su narrativa de autoexigencia, silenciamiento y control emocional, a partir de las verbalizaciones y del relato de vida recogido en las sesiones diagnósticas.
- Examinar los factores familiares, escolares y contextuales que inciden en el mantenimiento del malestar, considerando dinámicas de parentalización, sobreprotección y presión evaluativa.
- Integrar los hallazgos de los distintos niveles para formular una hipótesis comprensiva multinivel que explique la función adaptativa de la ansiedad y su relación con la construcción identitaria de la paciente.

2.2 Diseño de la Estrategia de Levantamiento de Información

Con el objetivo de profundizar en la comprensión clínica de V., una preadolescente de 11 años que presenta sintomatología ansiosa asociada a crisis no normativas y dificultades en la expresión emocional, se diseñó un proceso de evaluación multinivel. Este proceso integró instrumentos cualitativos y cuantitativos, en coherencia con el enfoque sistémico-narrativo, permitiendo una lectura compleja, ética y situada del malestar de la paciente.

En primer lugar, se realizaron entrevistas semi-estructuradas tanto a V. como a su madre, las cuales permitieron explorar el relato subjetivo sobre la emergencia del malestar, los significados atribuidos al síntoma, los recursos disponibles y las redes de apoyo familiares. Estas entrevistas, al centrarse en la historia y no en la patología, permitieron co-construir una narrativa clínica rica en matices, visibilizando tanto las zonas de vulnerabilidad como las de resistencia.

Complementariamente, se aplicaron dos pruebas proyectivas gráficas: la prueba HTP (House-Tree-Person) y la prueba Persona Bajo la Lluvia (PBL). Ambas herramientas se fundamentan en una perspectiva proyectiva psicodinámica, basada en el principio de que el dibujo permite expresar, de forma simbólica e indirecta, aspectos profundos del funcionamiento psíquico que difícilmente emergen a través de medios más directos (Hammer, 1997).

La prueba HTP, desarrollada por Buck (1948), permite evaluar la autoimagen, el concepto de familia, los vínculos con el entorno y la estructura del Yo a través de la representación gráfica de una casa, un árbol y una persona. Se considera que cada elemento proyecta dimensiones distintas del mundo interno: la casa representa el ámbito familiar y afectivo; el árbol, la vitalidad y recursos personales; y la figura humana, la imagen del sí mismo y sus vínculos sociales. En el análisis del HTP aplicado a V., se observaron indicadores proyectivos que dan cuenta de un Yo frágil, con escasa percepción de seguridad en el entorno. La casa dibujada con ventanas cerradas y sin caminos de entrada sugiere dificultades para establecer apertura emocional hacia los demás. El árbol, rígido y sin rama, simboliza una estructura defensiva elevada y limitaciones en la expresión espontánea. La figura humana representó a una niña retraída, con pocos detalles, confirmando una imagen corporal pobremente integrada y posible desvalorización personal.

La prueba Persona Bajo la Lluvia (PBL), por su parte, se basa en el modelo de evaluación proyectiva de Machover (1949), y ha sido utilizada para explorar mecanismos de afrontamiento ante situaciones

adversas, percepciones de amenaza y niveles de resiliencia. Se le solicita al evaluado que dibuje a una persona en una situación de lluvia, lo que permite analizar el nivel de protección percibida, el manejo del estrés, las defensas psicológicas y la representación del Yo en contextos desafiantes. En el PBL, V. dibuja a un personaje infantil que se enfrenta a la lluvia con paraguas, con brazos caídos y sin recursos visibles de protección. Esta escena proyecta sentimientos de exposición, tristeza y soledad frente a experiencias amenazantes, pero también el intento de sostenerse a pesar de ello. A través de ambas técnicas se identificaron mecanismos de defensa como la negación parcial, la racionalización, la formación reactiva y la sobreadaptación, configurando un estilo emocional de tipo inhibido y controlado, propio de estructuras ansiosas internalizantes.

Asimismo, se realizó una observación clínica sistemática durante las sesiones, registrando verbalizaciones, gestos, silencios, posturas corporales y respuestas ante consignas. Esta información fue clave para identificar patrones de evitación, dificultad en el contacto emocional directo y necesidad de control frente a situaciones ambiguas. Se construyeron registros narrativos por sesión y se utilizó una pauta de observación centrada en el vínculo, la emocionalidad emergente y las estrategias de afrontamiento desplegadas.

Como complemento metodológico y con consentimiento informado de la madre, se incorporó el cuestionario Self-Report for Childhood Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) en su versión para niños. Este instrumento estandarizado permite evaluar cinco dimensiones clínicas de la ansiedad: trastorno de pánico, ansiedad generalizada, fobia social, ansiedad por separación y ansiedad escolar. La validez del SCARED ha sido ampliamente demostrada en población infantojuvenil, con niveles de confiabilidad interna superiores a 0.90 (Birmaher et al., 1997; Muris et al., 2002; Hale et al., 2011), siendo además adaptado para contextos hispanohablantes. La aplicación de este cuestionario se justifica por su capacidad para triangular los datos obtenidos desde el discurso narrativo y las pruebas proyectivos, otorgando un marco diagnóstico más preciso y con mayor anclaje empírico. Su uso busca no etiquetar a la paciente, sino identificar áreas específicas de malestar que orienten la intervención terapéutica.

En suma, la selección de estos instrumentos y técnicas responde a una lógica de complementariedad epistémica y metodológica, permitiendo abordar la complejidad de la ansiedad en la adolescencia desde una mirada situada y no patologizante. El conjunto de evidencias recolectadas sustenta la planificación de una intervención centrada en la externalización del síntoma, la deconstrucción de relatos dominantes de insuficiencia y la co-construcción de historias alternativas que fortalezcan el bienestar emocional y la identidad narrativa de la paciente.

2.3 Análisis de los Resultados del Diagnóstico

El análisis clínico del caso de V. se construyó a partir de un proceso de evaluación multinivel realizado en el transcurso de cuatro sesiones diagnósticas. Estas instancias permitieron comprender su malestar desde una perspectiva narrativa, contextual y relacional. Se utilizaron técnicas proyectivas (HTP y PBL), entrevistas clínicas semi-estructuradas, observación en sesión y el cuestionario SCARED. Los hallazgos fueron consistentes entre sí, permitiendo triangular las evidencias y delimitar una comprensión comprensiva del problema.

En primer lugar, se identifican indicadores emocionales que dan cuenta de una sintomatología ansiosa de tipo moderada, caracterizada por pensamientos anticipatorios, hipervigilancia, llanto frecuente, inquietud somática y una marcada evitación de situaciones sociales evaluativas. El cuestionario SCARED arrojó un puntaje total de 24, cercano al umbral clínico de 25, con puntuaciones elevadas en

ansiedad por separación y fobia social. Esto se alinea con el relato clínico de V., quien refiere miedo a decepcionar a su madre y malestar frente a escenarios de evaluación o interacción grupal.

Las pruebas proyectivas complementaron estos datos con claves simbólicas del mundo interno de la paciente. En el HTP, se observó una casa sin ventanas visibles ni caminos de acceso, lo que se interpreta como dificultades en la apertura emocional y baja percepción de contención externa. El árbol fue representado de forma rígida y sin ramas, reflejando defensas elevadas y escaso espacio para la expresión espontánea. La figura humana mostró escasez de detalles, tamaño reducido y expresión facial neutra, lo cual sugiere una imagen personal empobrecida, inhibida y demandante de aprobación. En la prueba de Persona Bajo la Lluvia (PBL), el personaje dibujado por V. se presenta con un paraguas pequeño que no logra cubrirlo completamente, con brazos caídos y postura retraída. Esta escena proyectiva sugiere una percepción de exposición emocional, sentimiento de desprotección y mecanismos defensivos insuficientes frente a las dificultades. Se evidencian elementos ansiosos internalizados, manifestados como control excesivo, racionalización y contención afectiva.

Desde la observación clínica, se registraron comportamientos consistentes con esta configuración emocional: discurso hiperresponsable, dificultad para nombrar emociones básicas como tristeza o rabia, búsqueda de aprobación constante y un lenguaje corporal controlado y tenso. Durante las sesiones de evaluación, V. se presentó como una preadolescente de 11 años que aparenta concordancia entre su edad cronológica y su desarrollo general. Su vestimenta fue apropiada para el contexto clínico, y mantuvo un aspecto personal aseado y cuidado. Su postura corporal se mantuvo recta, aunque levemente rígida, y su contacto ocular fue sostenido de manera intermitente, especialmente fluctuando en momentos de mayor carga emocional, donde tendía a desviar la mirada con pudor.

Desde el inicio del vínculo, V. mostró una actitud colaboradora, respetuosa y atenta a las consignas de la terapeuta. A pesar de esa disposición, se pudo observar una cautela emocional que se expresaba en su esfuerzo por entregar respuestas "*adecuadas*" o "*correctas*", lo que sugiere una búsqueda de aprobación y temor a equivocarse frente a la figura adulta. Se mantuvo despierta y plenamente orientada en las tres esferas: tiempo, espacio y persona. En cuanto al estado emocional, expresó sentirse "*confundida*" y "*cansada de pensar tanto*", lo que se interpretó como un ánimo ansioso. Su afecto fue congruente con el contenido verbal, aunque restringido en su expresividad. Mostró dificultades para identificar emociones como la tristeza o el enojo, y un control emocional sostenido que denota inhibición afectiva. Su lenguaje fue fluido, con una velocidad y tono adecuados a su edad. Mostró un léxico rico y coherente, aunque con una tendencia a racionalizar sus experiencias, desplazando el foco emocional hacia explicaciones normativas o autorregulatorias. Se identificaron frases frecuentes de autoexigencia y juicio interno, como: "*no me gusta equivocarme*" o "*no quiero fallar*".

En términos cognitivos, el pensamiento fue coherente y sin alteraciones formales. El contenido giró en torno a ideas asociadas a la evaluación de su rendimiento, el temor a causar molestias y el cumplimiento de expectativas, sin presencia de ideas delirantes ni alteraciones psicóticas. No se identificaron alteraciones en la percepción, descartándose indicios de alucinaciones o distorsiones sensorio-perceptivas. Las funciones cognitivas se mantuvieron conservadas durante la entrevista. Si bien refiere dificultades atencionales en el entorno escolar, en sesión mostró buena concentración. Su memoria fue adecuada, relatando con claridad eventos personales significativos. El juicio estuvo conservado, aunque se observó una tendencia evaluativa rígida centrada en parámetros morales "*si me equivoco, está mal*", lo que refuerza su estructura ansiosa. En cuanto a la introspección, se evidencia un insight parcial. V. reconoce que está atravesando una situación emocional compleja "*siento que no me entiendo a veces*", pero aún no logra relacionar plenamente sus síntomas con los discursos y vivencias que

los sostienen. A pesar de ello, muestra apertura hacia el proceso terapéutico, aunque desde un lugar de inseguridad y expectativa de guía externa.

Finalmente, su conducta corporal evidenció tensión sostenida: movimientos limitados, brazos cruzados en momentos de mayor emocionalidad y una tendencia a minimizar sus necesidades con frases como *“no quiero molestar”*. Esta postura corporal coincide con su patrón de inhibición emocional y su narrativa de sobreadaptación y cuidado hacia los otros. En conjunto, el funcionamiento emocional de V. se caracteriza por una fuerte inhibición afectiva, sostenida por mecanismos de control interno y sobreadaptación a las demandas del entorno. A nivel relacional, se observa una dinámica de contención unidireccional, donde la paciente asume un rol de cuidado impropio para su etapa evolutiva, silenciando sus propias necesidades para proteger a los demás. Desde una lectura narrativa, su identidad se encuentra organizada en torno a mandatos internalizados como *“no fallar”*, *“no molestar”* y *“ser fuerte”*, configurando una historia saturada por el perfeccionismo y la autocensura. Esta narrativa dominante se ha visto reforzada por eventos recientes como la reorganización familiar tras el incendio, que aumentaron su ansiedad, fragilizando su sensación interna de seguridad y bienestar. Si bien V. conserva recursos adaptativos importantes como su rendimiento académico, capacidad reflexiva y apertura al vínculo terapéutico, estos están condicionados por la necesidad constante de aprobación externa.

El malestar de V. se comprende como el resultado de interacciones entre factores individuales, familiares y contextuales, donde las dinámicas relacionales y los discursos internalizados mantienen la ansiedad como forma de adaptación:

Nivel Individual: Predomina una estructura emocional ansiosa, marcada por la inhibición afectiva, la autoexigencia y la necesidad de control. Su narrativa interna se organiza en torno a la idea de que el error implica pérdida de valor o amor, lo que limita la espontaneidad y la autocompasión. Estas manifestaciones, según Martínez-Monteagudo (2009), dificultan la toma de decisiones, promueven estrategias evitativas y debilitan la autoconfianza. En su caso, se traduce en la internalización de exigencias rígidas vinculadas al mandato de *“no molestar”* o *“hacer todo bien”*, lo que refuerza la angustia emocional y sostiene la narrativa dominante del perfeccionismo.

Nivel Familiar: Se observa una dinámica de parentalización emocional, donde la paciente asume un rol de contención hacia su madre, internalizando la responsabilidad del bienestar materno. Este vínculo, aunque afectivamente cercano, restringe la diferenciación emocional y consolida el mandato de *“ser fuerte”* y *“no preocupar al otro”*. Tal como plantean Nardone et al. (2013), este tipo de configuraciones generan confusión identitaria y promueven narrativas de autoanulación. La sobrecarga materna y la falta de límites claros fortalecen los discursos de sobreadaptación en V.; El grupo familiar ha atravesado eventos estresantes significativos, separación de los padres, pérdida del hogar de la abuela por incendio y reorganización doméstica, que han impactado la estabilidad emocional y las redes de contención. De acuerdo con Beyebach y Herrero (2013), los contextos sometidos a crisis sin apoyo suficiente tienden a reforzar mecanismos de sobrecontrol emocional en niños y adolescentes, fenómeno observable en la paciente.

Nivel contextual: El contexto escolar se presenta como un espacio ambivalente, por una parte, ofrece estructura y reconocimiento académico, pero por otra representa una fuente de presión evaluativa constante. Estudios de La Greca et al. (1992) y Bell-Dollan (1995) evidencian que los adolescentes con ansiedad suelen evitar situaciones de exposición, lo que coincide con la experiencia de V. en su vida escolar.

En cuanto a los objetivos del diagnóstico fueron alcanzados satisfactoriamente, la triangulación entre entrevistas clínicas, observación, pruebas proyectivas y el cuestionario SCARED permitió comprender la configuración narrativa del malestar de V. desde una perspectiva multinivel. Se identificaron los factores emocionales individuales (inhibición afectiva, autoexigencia, necesidad de control), relacionales (parentalización y sobreprotección materna) y contextuales (presión escolar y vulnerabilidad socioeconómica) que sostienen su sintomatología ansiosa. Asimismo, se delimitó una hipótesis comprensiva coherente con el modelo sistémico-narrativo, que orienta la futura intervención hacia la resignificación del malestar, la validación emocional y el fortalecimiento de la agencia personal y relacional de la adolescente.

Hipótesis Comprensiva: El malestar emocional de V. se configura como una respuesta adaptativa y relacional frente a sistemas familiares y contextuales sobreexigidos, donde la validación afectiva se ha condicionado por el rendimiento, la responsabilidad y el autocontrol. Desde la perspectiva de la Terapia Sistémico-Narrativa, la ansiedad opera como un mecanismo protector que busca mantener la cohesión vincular y la aceptación social, aunque a costa del silencio emocional y la pérdida de espontaneidad. La narrativa dominante “*no puedo fallar*” estructura su identidad y restringe su agencia, perpetuando un ciclo de autoexigencia y contención afectiva.

En consecuencia, la intervención se orientará a externalizar la ansiedad como entidad separada del self, deconstruir los discursos de sobreadaptación y reconstruir relatos preferidos centrados en el autocuidado, la vulnerabilidad legítima y la conexión emocional con otros. Este proceso busca promover un sentido de bienestar coherente y multinivel que integre las dimensiones individual, familiar y contextual del desarrollo de V.

III. Propuesta de intervención

3.1 Relevancia de la Intervención

La propuesta de intervención que se desarrolla en este trabajo se sustenta en los principios epistemológicos y clínicos de la Terapia Sistémico Narrativa (TSN), especialmente en los aportes de autores como Michael White, David Epston, Jill Freedman y otros referentes de la psicología posmoderna. La TSN parte de una concepción constructivista del conocimiento y relacional del sufrimiento humano, situando el malestar emocional no como una falla individual, sino como una construcción cultural y relacional que cobra sentido en contextos particulares (McNamee & Gergen, 1998; White & Epston, 1993).

Desde esta perspectiva, los problemas no residen dentro de las personas, sino en las historias que las personas construyen sobre sí mismas y que son influenciadas por discursos sociales dominantes, relaciones significativas y experiencias de vida. En el caso de V. su narrativa ansiosa está mediada por un contexto familiar de sobrecarga materna, parentalización emocional y rigidez identitaria, que han favorecido la internalización de una historia de vulnerabilidad y sobreexigencia.

La externalización, propuesta por White y Epston (1993), busca separar la identidad del síntoma, permitiendo que la ansiedad sea concebida como una experiencia externa y manejable. Esta técnica permite separar a la persona del problema, ayudando a que la paciente no se defina a partir de la ansiedad “*yo soy ansiosa*”, sino que la identifique como algo externo que ha interferido en su vida “*la ansiedad me visita cuando*”. Esta estrategia no sólo disminuye el peso identitario del síntoma, sino que abre espacio para nuevas conversaciones sobre agencia, deseo y resistencia.

Posteriormente, se favorece la deconstrucción de relatos dominantes, entendiendo que las historias problemáticas están ancladas en prácticas discursivas que se perpetúan a través de patrones

familiares, escolares y culturales. Payne (2002) resalta que el terapeuta debe asumir una postura curiosa, no experta, que invite a explorar cómo ciertos discursos como el deber ser, la perfección o el cuidado excesivo del otro han limitado la expresión emocional genuina y el reconocimiento de recursos personales.

El trabajo clínico se orienta luego hacia la reconstrucción de relatos alternativos, lo que implica identificar momentos de excepción al problema (Freeman, Epston & Lobovits, 2001), rastrear actos de coraje o ternura que han quedado opacados por la narrativa ansiosa, y anclarlos en valores personales significativos. Estos momentos permiten comenzar un proceso de re-autoría, en el que V. puede reescribir su historia desde una identidad preferida, más coherente con sus deseos, emociones y capacidades.

Michael White (2002) introduce aquí la noción de documentación del proceso terapéutico como práctica transformadora. A través de cartas, declaraciones o rituales, se consolida el testimonio de cambio y se otorga valor a las nuevas narrativas emergentes. En el caso de V., estos documentos no sólo pueden fortalecer su sentido de agencia, sino también compartir con figuras significativas, como su madre o su padre, una visión más rica y esperanzadora de sí misma.

Finalmente, se promueve la re-membresía, entendida como el fortalecimiento de vínculos comunitarios y afectivos que sostienen la nueva narrativa. Freeman et al. (2001) plantean que los procesos identitarios en niños y adolescentes requieren de testigos activos, personas que validen y reconozcan las transformaciones subjetivas. En esta línea, se invitará a figuras del entorno de V. a ser parte de los logros terapéuticos, reforzando así su pertenencia y sentido de conexión.

La elección de la Terapia Sistémico Narrativa como enfoque central de intervención adquiere relevancia clínica y ética, ya que responde directamente a las necesidades emocionales, identitarias y relacionales identificadas en el proceso diagnóstico de V.; Su malestar no se limita a la presencia de síntomas ansiosos, sino que se configura como una narrativa de vida centrada en la autoexigencia, la invisibilización emocional y el temor a decepcionar, sostenida por contextos de parentalización afectiva y presión académica. Frente a ello, se requiere un modelo que no patologice su experiencia, sino que legitime su historia, dé sentido a su vivencia y abra posibilidades para resignificarla.

A diferencia de enfoques centrados exclusivamente en la reducción sintomática, como Terapia Dialéctico Conductual (TDC), que tienden a focalizarse en el control y modificación directa de pensamientos o conductas ansiosas, la Terapia Sistémico Narrativa propone una mirada más contextual y relacional del malestar. En lugar de buscar únicamente la disminución de síntomas, este enfoque favorece la externalización de la ansiedad como un relato dominante que ha interferido en el bienestar de la paciente, sin definirla como parte esencial de su identidad. Así, se habilita un trabajo terapéutico centrado en la deconstrucción de discursos problemáticos, la recuperación de relatos alternativos basados en valores y momentos de agencia, y la re-autoría de una identidad preferida más coherente y compasiva.

En este sentido, la Terapia Sistémico-Narrativa se presenta como una intervención culturalmente sensible, éticamente comprometida y clínicamente pertinente, que no solo busca aliviar el sufrimiento emocional, sino transformar los relatos que lo sostienen, favoreciendo así un desarrollo subjetivo más saludable y conectado.

Desde una perspectiva teórica, este trabajo aporta al campo de la psicología narrativa al documentar cómo los procesos de externalización y resignificación emocional permiten comprender la ansiedad adolescente no como un trastorno individual, sino como una narrativa relacional sostenida por discursos de autoexigencia y validación externa. La intervención demuestra que el uso de metáforas

terapéuticas y relatos alternativos favorece la reconstrucción de una identidad más coherente, empática y compasiva, enriqueciendo el cuerpo teórico sobre la agencia emocional en la adolescencia.

En el plano metodológico, el estudio contribuye al desarrollo de una práctica multinivel e integrativa, donde se articulan técnicas narrativas (externalización, documentos terapéuticos, línea de tiempo emocional) con recursos proyectivos y observacionales, generando una lectura compleja y situada del malestar. Este enfoque permite vincular la evaluación con la intervención, evidenciando cómo la co-construcción narrativa se convierte en una herramienta de cambio clínico. Asimismo, al situarse en el contexto universitario de práctica profesional, el trabajo evidencia la viabilidad y pertinencia de aplicar la TSN en espacios formativos supervisados, contribuyendo al fortalecimiento de modelos de intervención sensibles, contextualizados y basados en evidencia.

3.2 Objetivos de la intervención

Objetivo General

Fortalecer la expresión, regulación y bienestar emocional de una preadolescente con sintomatología ansiosa, mediante un proceso de re-autoría narrativa que le permita resignificar su relación con la ansiedad, promover vínculos familiares más contenedores y favorecer una participación escolar segura y autónoma, desde un enfoque multinivel

Objetivos Específicos

1. Reconocer la ansiedad como una experiencia diferenciada de su identidad personal, mediante la externalización simbólica del problema y la comprensión de cómo este se manifiesta en distintos ámbitos de su vida.
2. Identificar y cuestionar los relatos dominantes de autoexigencia, silenciamiento y responsabilidad emocional que han sostenido su malestar, comprendiendo su origen en los discursos familiares y escolares.
3. Expresar y validar emociones previamente inhibidas, desarrollando una mayor conciencia y regulación afectiva.
4. Reconstruir narrativas personales alternativas que integren experiencias de calma, fortaleza y agencia emocional en los diferentes contextos de su vida cotidiana.
5. Consolidar una identidad narrativa centrada en la autocompasión, el bienestar y el reconocimiento de recursos personales y relacionales.
6. Incorporar y mantener el apoyo de figuras significativas familiares y escolares como testigos del cambio, reforzando la sensación de pertenencia, validación y seguridad emocional.
7. Evidenciar el proceso de transformación a través de prácticas narrativas visibles, como cartas, dibujos o rituales, que simbolizen el tránsito desde el malestar hacia una relación más saludable consigo misma y su entorno.

3.3 Plan de Evaluación de los Resultados de la Intervención

El proceso de evaluación de los resultados en esta intervención se articula con los principios de la Terapia Sistémica Narrativa (TSN), priorizando una comprensión situada, relacional y no patologizante del cambio. Más que centrarse únicamente en la reducción de síntomas, este enfoque busca comprender el proceso terapéutico como un espacio de transformación narrativa, donde el progreso se expresa en los nuevos significados que la persona construye sobre sí misma, sus vínculos y su experiencia emocional.

Desde esta perspectiva, se retoman las contribuciones de Parry y Doan (1994), quienes describen tres fases esenciales en el proceso de cambio narrativo: (1) la externalización del problema y la exploración de su historia; (2) la identificación de momentos únicos o “hechos extraordinarios” que desafían la narrativa dominante; y (3) la co-construcción de una historia alternativa, que posibilite una identidad narrativa más rica, esperanzadora y coherente con los valores personales.

El resultado terapéutico, por tanto, no se define exclusivamente por la disminución de la sintomatología ansiosa, sino por el fortalecimiento del sentido de agencia, la resignificación del malestar y la reconstrucción de una narrativa de bienestar y conexión. En este sentido, la evaluación se concibe como un proceso continuo que integra la observación clínica, la interpretación narrativa, la perspectiva de la paciente y los aportes de las figuras significativas.

La evaluación de los resultados se organizará en torno a cinco ejes complementarios:

1. Análisis de las narrativas emergentes a lo largo de las sesiones, identificando transformaciones en el lenguaje emocional, la posición frente al síntoma y la presencia de relatos alternativos de fortaleza.
2. Revisión de grabaciones clínicas bajo criterios de codificación narrativa (momentos de agencia, metáforas emergentes, resignificación de significados).
3. Aplicación del cuestionario SCARED en formato pre-intervención, con el propósito de observar variaciones cuantitativas en la sintomatología ansiosa.
4. Contrastación de relatos con adultos significativos, especialmente la madre, evaluando los cambios en las dinámicas vinculares y en la comunicación emocional familiar.
5. Elaboración de un documento de re-autoría (White y Epston, 1993), donde la paciente sintetice su proceso de transformación, registrando los nuevos significados construidos en torno a su identidad, sus emociones y sus relaciones.

Asimismo, se incorporará el criterio de “resultado único” propuesto por Parry y Doan (1994) como indicador principal de cambio terapéutico. Este resultado no remite a una meta externa impuesta, sino a un reconocimiento interno y subjetivo: el momento en que la paciente identifica que algo significativo ha cambiado en su manera de comprender y afrontar su experiencia emocional, percibiéndose distinta frente al problema que la llevó a consulta. Este tipo de evaluación se alinea con la ética narrativa, ya que reconoce la singularidad de la experiencia, evita reduccionismos diagnósticos y promueve la voz y protagonismo de la adolescente en su propio proceso de transformación.

La evaluación del objetivo general se llevará a cabo mediante la triangulación de evidencias cualitativas y cuantitativas, considerando indicadores observables en los niveles individual, familiar y contextual:

Nivel Individual: Se evaluará el desarrollo de la conciencia emocional, la capacidad de identificación, nombramiento y regulación afectiva, y la disminución de conductas evitativas o de sobrecontrol emocional. Se espera observar un incremento en la autocompasión y en la agencia emocional. La emergencia de relatos donde la paciente se reconozca como capaz de enfrentar el malestar y recurrir a estrategias propias de autocuidado será un indicador clave del logro en este nivel.

Nivel Familiar: Se valorará la transformación en las interacciones vinculares entre madre e hija, evidenciada en una comunicación emocional más bidireccional y en la disminución de los patrones de parentalización. Se considerará como evidencia de cambio la emergencia de expresiones de diferenciación emocional, la validación afectiva mutua y el fortalecimiento de la función contenedora del vínculo

materno. Estos indicadores se recogerán a partir de observaciones en sesiones conjuntas, entrevistas y retroalimentaciones verbales de ambas participantes.

Nivel Contextual: Se observará un aumento de la seguridad personal en contextos de exposición, una mayor participación en instancias grupales y una reducción del temor al juicio externo. Se evaluará también la capacidad de trasladar estrategias de autorregulación aprendidas en el espacio terapéutico hacia el entorno escolar y social, así como la mejora en la percepción de pertenencia e integración con sus pares.

El cumplimiento del objetivo general se considerará alcanzado en la medida en que los indicadores narrativos, psicométricos y observacionales converjan en una misma dirección, la restitución del bienestar emocional de la paciente a través de la resignificación de su historia personal y la construcción de nuevos relatos de agencia, calma y conexión relacional. La evaluación final integrará la lectura de las narrativas emergentes, las variaciones cuantitativas del SCARED y los testimonios de figuras significativas, permitiendo estimar el grado en que la intervención logró su propósito central, favorecer un cambio sostenido en los modos de vivenciar, comprender y expresar las emociones en los distintos niveles de la vida de V.

Plan de Evaluación de Intervención

| Objetivo Terapéutico | Indicadores de Logro | Criterios de Evaluación | Medios de Verificación |
|---|---|---|---|
| 1. Reconocer la ansiedad como una experiencia diferenciada de su identidad personal, mediante la externalización simbólica del problema y la comprensión de cómo este se manifiesta en distintos ámbitos de su vida. | Verbaliza el problema como algo externo a su identidad. Utiliza nombres, imágenes o símbolos para representar la ansiedad. | Expresa al menos dos formas de externalizar el problema en las primeras sesiones. | - Registro clínico de verbalizaciones. - Producciones gráficas o escritas. - Narrativa de sesiones. |
| 2. Identificar y cuestionar los relatos dominantes de autoexigencia, silenciamiento y responsabilidad emocional que han sostenido su malestar, comprendiendo su origen en los discursos familiares y escolares. | Menciona creencias internalizadas sobre sí misma, los otros y el rendimiento. Reconoce mandatos familiares y exigencias escolares. | Verbaliza al menos tres creencias o discursos que contribuyen al malestar. | - Notas clínicas. - Fragmentos de diálogo. - Genograma o mapa de influencias. |
| 3. Expresar y validar emociones previamente inhibidas, desarrollando una mayor conciencia y regulación afectiva. | Nombra emociones antes inhibidas. Atribuye sentido a lo que siente. Conecta emociones con situaciones relacionales. | Identifica al menos tres emociones y sus contextos. | - Registro clínico. - Producciones simbólicas (cartas, dibujos). - Escucha reflexiva en sesión. |
| 4. Reconstruir narrativas personales alternativas que integren experiencias de calma, fortaleza y agencia emocional en los diferentes contextos de su vida cotidiana. | Recuerda eventos donde se sintió segura, capaz o acompañada. Relata acciones distintas al patrón problemático. | Menciona al menos dos momentos de excepción con claridad narrativa. | - Línea de tiempo. - Registro de sesión. - Reflexión escrita o gráfica. |
| 5. Consolidar una identidad narrativa centrada en la autocompasión, el bienestar y el reconocimiento de recursos personales y relacionales. | Usa lenguaje narrativo alternativo Reconoce valores y habilidades personales. | Verbaliza al menos dos aspectos positivos sobre sí misma sostenidos en el tiempo. | - Registro de sesión. - Relectura de documentos terapéuticos. |
| 6. Incorporar y mantener el apoyo de figuras significativas familiares y escolares como testigos del cambio, reforzando la sensación de pertenencia, validación y seguridad emocional. | Comparte avances con familiares o adultos significativos. Recibe devoluciones validadoras. | Se realiza al menos una acción terapéutica con presencia o referencia a testigos. | - Carta a testigos. - Registro de conversación con adultos. - Evaluación conjunta. |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p><i>7. Evidenciar el proceso de transformación a través de prácticas narrativas visibles, como cartas, dibujos o rituales, que simbolizan el tránsito desde el malestar hacia una relación más saludable consigo misma y su entorno.</i></p> | <p>Participa en la creación de objetos simbólicos de cierre. Integra aprendizajes en forma de relato.</p> | <p>Produce al menos un documento o acto de cierre significativo.</p> | <p>- Documento terapéutico. - Carta de re-autoría.</p> |
|---|---|--|--|

3.4 Diseño de la estrategia de intervención

Plan de Intervención

| <i>Sesión</i> | <i>Objetivo específico</i> | <i>Contenidos</i> | <i>Materiales</i> | <i>Participantes</i> | <i>Acciones</i> |
|---------------------------------------|---|--|---|----------------------|---|
| 1. Nombrando al problema | Favorecer la externalización del problema ansioso mediante metáforas y recursos simbólicos. | Introducción a la externalización. Diferenciación entre identidad y problema. | Hojas blancas, lápices de colores, figuras simbólicas (monstruos, nubes, etc.). | Paciente y terapeuta | Se introduce la externalización mediante una conversación guiada y una representación simbólica del problema, promoviendo su diferenciación de la identidad personal (White & Epston, 1993; Freeman et al., 2001). |
| 2. Identificando los discursos | Mandatos personales y familiares. Demandas escolares. Creencias internalizadas | Línea de tiempo, narrativa de eventos críticos, influencias contextuales | Post-its, lápices, hojas, genograma simple. | Paciente y terapeuta | Se identifican y analizan relatos dominantes de origen familiar y escolar a través del mapeo de influencias, visibilizando su efecto en el malestar emocional (White, 2002; Payne, 2002). |
| 3. Validando las emociones | Emociones inhibidas. Función adaptativa de las emociones. Conexión con vínculos. | Expresión emocional, metáforas corporales, carta a la emoción | Rueda de emociones, sobres, cartas incompletas, papel y lápices. | Paciente y terapeuta | Se legitiman emociones silenciadas mediante escritura terapéutica y reflexión sobre los vínculos donde estas son restringidas, fortaleciendo la expresión emocional como forma de agencia (Payne, 2002; White, 2002). |
| 4. Momentos que dan fuerza | Visibilizar momentos de excepción al relato problemático en contextos personales, familiares o escolares. | Momentos de agencia, valentía o conexión. Recursos personales activados. | Línea de tiempo, stickers, papel continuo, lápices. | Paciente y terapeuta | Se exploran momentos de excepción al relato problemático mediante línea de tiempo, favoreciendo la visibilización de recursos personales y vínculos protectores (White & Epston, 1993; White, 2002). |

| | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|
| <p>5. Lo que quiero contar de mí</p> | <p>Acompañar la construcción de una narrativa preferida centrada en el bienestar y los recursos personales.</p> | <p>Mapa de relaciones, equipo de apoyo, reconocimiento de testigos</p> | <p>Revistas, tijeras, pegamento, hojas, guía de preguntas, recursos gráficos.</p> | <p>Paciente y terapeuta</p> | <p>Se promueve la construcción de una narrativa preferida mediante collage y carta identitaria, integrando valores, habilidades y experiencias de bienestar (Freeman et al., 2001; White, 2002).</p> |
| <p>6. Testigos del cambio</p> | <p>Incluir a figuras significativas como testigos del cambio, reforzando la identidad narrativa alternativa.</p> | <p>Re-membresía. Validación externa del cambio. Reconocimiento de vínculos protectores.</p> | <p>Cartas, hoja de guía para adultos, sobre decorativo.</p> | <p>Paciente, terapeuta y madre (si participa)</p> | <p>Se aplica la práctica de re-membresía mediante cartas dirigidas a adultos significativos, fortaleciendo la nueva identidad narrativa a través de reconocimiento externo (White & Epston, 1993; Payne, 2002).</p> |
| <p>7. Cerrando el proceso</p> | <p>Documentar el proceso terapéutico a través de prácticas narrativas visibles.</p> | <p>Acto de cierre. Consolidación de aprendizajes. Autovaloración.</p> | <p>Caja o sobre de recuerdos, carta final, imágenes, materiales libres.</p> | <p>Paciente, terapeuta y madre</p> | <p>Se documenta el tránsito terapéutico mediante una cápsula simbólica y lectura de carta de reautoría, consolidando el relato preferido y proyectándolo hacia el futuro (White, 2002; Freeman et al., 2001).</p> |

Ahora, se ha estructurado un cronograma semanal compuesto por 7 sesiones individuales. Cada encuentro tiene un objetivo específico basado en las habilidades de la Terapia Sistémica Narrativa, orientado a fortalecer la expresión emocional y el bienestar en adolescentes con ansiedad.

Cronograma Semanal de Intervención

| <i>Semana</i> | <i>Sesión</i> | <i>Tema</i> |
|---------------|---------------|-----------------------------|
| 1 | Sesión 1 | Nombrando al problema |
| 2 | Sesión 2 | Identificando los discursos |
| 3 | Sesión 3 | Validando las emociones |
| 4 | Sesión 4 | Momentos que dan fuerza |
| 5 | Sesión 5 | Lo que quiero contar de mí |
| 6 | Sesión 6 | Testigos del cambio |
| 7 | Sesión 7 | Cerrando el proceso |

3.5 Consideraciones Éticas

La presente intervención se sustenta en un marco ético-deontológico sólido, orientado a resguardar los derechos fundamentales, la dignidad y el bienestar de la paciente. Este marco se encuentra en consonancia con el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile (2012), la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes en salud, la Ley N° 19.628 sobre protección de datos personales. A continuación, se presentan los principios éticos más relevantes y las formas en que fueron resguardados durante la intervención con V.:

1. Respeto por la Dignidad, los Derechos y la Autonomía

Este principio se basa en el Artículo 1º del Código de Ética del Colegio de Psicólogos, que compromete al profesional a respetar la dignidad, privacidad, diversidad y autodeterminación de las personas, sin discriminación por razones sociales, culturales o personales. En esta intervención, se reconoció a V. como una preadolescente con agencia y capacidad reflexiva. Se promovió su rol como coautora de su proceso terapéutico, validando su historia personal y respetando sus tiempos, decisiones y significados subjetivos.

2. Consentimiento Informado y Asentimiento para Preadolescente

Este principio implica que todo paciente debe recibir información clara y comprensible sobre el proceso de evaluación y tratamiento, ser competente para entenderla y decidir, y expresar su consentimiento de forma voluntaria y explícita. En el caso de V., se obtuvo el consentimiento informado de su madre mediante documento formal, y el asentimiento explícito de la paciente en un lenguaje adaptado a su edad. Se explicó detalladamente el propósito de la intervención, los procedimientos clínicos, el uso de recursos terapéuticos y la realización de sesiones videograbadas.

El registro audiovisual fue autorizado por ambas partes, comprendiendo su finalidad terapéutica y formativa, limitada a la supervisión académica en el marco del Magíster en Intervención Psicológica Infantojuvenil. Se aclaró que dichas grabaciones no serían difundidas fuera del contexto de supervisión, ni utilizadas con fines ajenos al proceso clínico o educativo. La paciente y su madre fueron informadas sobre su derecho a suspender el registro en cualquier momento, sin afectar la continuidad del acompañamiento.

3. Confidencialidad y Protección de Datos

La confidencialidad exige que la identidad del paciente y la información compartida no puedan ser reveladas sin su autorización expresa. Cualquier uso clínico, formativo o institucional debe contar con consentimiento informado, especialmente cuando se trata de informes o grabaciones. En esta intervención, la información fue protegida mediante el uso de seudónimos, anonimización de datos y almacenamiento seguro en dispositivos protegidos por contraseña.

Las videograbaciones fueron resguardadas en carpeta encriptada de acceso restringido a la terapeuta, siguiendo los lineamientos del Comité de Ética de la Universidad del Desarrollo. Una vez finalizado el proceso formativo, las grabaciones fueron eliminadas de manera segura, conforme a las normas de confidencialidad y protección de datos personales.

4. No Maleficencia y Beneficencia

La beneficencia implica actuar en beneficio del paciente, promoviendo su bienestar y fortaleciendo sus capacidades. La no maleficencia, por su parte, exige no causar daño ni someter al consultante a riesgos innecesarios. Con V., se seleccionaron técnicas terapéuticas acordes a su etapa

evolutiva y nivel simbólico, como el uso de proyectivos y metáforas narrativas. Se monitoreó su impacto emocional durante las sesiones y se contempló la posibilidad de activar redes de apoyo o derivación clínica en caso de detectar señales de desregulación o malestar significativo.

5. Justicia y Equidad

Este principio establece que toda persona tiene derecho a recibir atención psicológica sin discriminación y con acceso justo a los recursos terapéuticos disponibles, independientemente de su origen, situación económica o contexto social. En el caso de V., se aplicó un enfoque narrativo no patologizante, sensible a su contexto familiar y cultural. Se evitó reducir su experiencia a un diagnóstico estigmatizante, y se priorizó el fortalecimiento de sus recursos personales y vinculares, asegurando que la intervención se ajustara a su realidad y no reprodujera desigualdades.

IV. Implementación y Evaluación de la Intervención

4.1 Resultados Iniciales de la Intervención

La intervención clínica con V. se desarrolló a lo largo de nueve sesiones, bajo un enfoque inicialmente dialéctico conductual y posteriormente reformulado hacia la Terapia Sistémico Narrativa (TSN). Este cambio metodológico respondió a la necesidad de abordar el malestar emocional de la paciente desde una comprensión más relacional, contextual e identitaria, coherente con los principios del Magíster en Intervención Psicológica Infantojuvenil: Abordaje Multinivel. En un comienzo, las dos primeras sesiones se orientaron a favorecer la conciencia emocional, la identificación de sensaciones físicas y la aplicación de estrategias de autorregulación fisiológica propias de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC). Sin embargo, el análisis clínico y las reflexiones derivadas de la supervisión evidenciaron que dicho enfoque no alcanzaba a dar cuenta de la complejidad narrativa y vincular de la sintomatología ansiosa de V., lo que motivó una reformulación técnica hacia el modelo sistémico-narrativo.

Esta decisión permitió situar el malestar no como una condición individual sino como una experiencia co-construida a través de interacciones familiares, escolares y sociales. La transición teórico-metodológica hacia la TSN posibilitó comprender la ansiedad desde una mirada multinivel, reconociendo su origen en la conjunción de factores personales, relacionales y contextuales. De este modo, la intervención se reformuló desde una lógica situada, sensible a la etapa evolutiva, las dinámicas vinculares y el lenguaje emocional de la paciente, priorizando una comprensión ética, relacional y colaborativa del cambio.

A lo largo de las primeras sesiones, se estableció una sólida alianza terapéutica basada en la confianza, el respeto y la validación de la experiencia emocional. El uso del diario emocional permitió que V. reconociera y registrara los momentos de mayor malestar, las emociones predominantes y las estrategias que utilizaba para sobrellevarlas. Esta herramienta facilitó una mayor conciencia emocional, evidenciada en su capacidad para identificar y nombrar emociones como tristeza, rabia o miedo, y en el uso autónomo de recursos de autorregulación, como la respiración consciente. En este periodo, la paciente manifestó haber aplicado dichas estrategias en situaciones cotidianas de ansiedad escolar, expresando: *“me dolía la guata, pero respiré y me calmé un poco”*. Este avance representó un primer indicador del fortalecimiento de su autoeficacia emocional y del cumplimiento parcial del objetivo orientado a promover la expresión y validación afectiva.

A partir de la tercera sesión, el proceso clínico incorporó los principios de la Terapia Sistémico Narrativa, integrando técnicas de externalización simbólica y co-construcción de significados. En esta etapa, V. fue invitada a personificar su ansiedad, lo que derivó en la creación del personaje **“León Red”**, figura que representó su experiencia de malestar. A través de esta metáfora, logró diferenciar entre su

identidad y el síntoma, desplazando la ansiedad hacia un lugar externo que podía observar, nombrar y enfrentar. Este cambio narrativo resultó esencial para favorecer la distancia emocional respecto del problema y fortalecer una posición reflexiva frente al propio malestar. A medida que el proceso avanzaba, la paciente se refería a "**León Red**" como algo que *"a veces me habla, pero otras veces se queda callado"*, mostrando un mayor dominio sobre su experiencia emocional y consolidando el objetivo de externalización del síntoma.

Posteriormente, mediante ejercicios de mapeo de influencias, se exploraron los discursos dominantes que sostenían su narrativa ansiosa, tales como el mandato de *"no molestar"* y la autoexigencia extrema de *"hacer todo perfecto"*. Estas verbalizaciones, presentes tanto en el ámbito familiar como escolar, fueron objeto de análisis narrativo y deconstrucción conjunta. V. comenzó a reconocer el origen de dichos relatos en la dinámica relacional con su madre y en las expectativas académicas de su entorno, comprendiendo cómo estos discursos moldeaban su comportamiento y su autopercepción. Este proceso facilitó la emergencia de una narrativa más compasiva y flexible, que le permitió reconocer la validez de sus emociones sin asociarlas al error o la debilidad.

En las sesiones subsiguientes se trabajó la identificación de momentos de excepción al relato problemático, destacando situaciones en las que "**León Red**" no aparecía o tenía menor intensidad. La paciente relató episodios cotidianos donde logró gestionar la ansiedad sin sentirse sobrepasada, asociando dichos momentos con la presencia de actividades placenteras, relaciones afectivas positivas y contextos de validación emocional. Estas experiencias fueron plasmadas gráficamente mediante dibujos y líneas de tiempo, lo que permitió consolidar una narrativa alternativa centrada en la fortaleza, la calma y la autocompasión. El lenguaje terapéutico se enriqueció con expresiones que daban cuenta de un cambio identitario: *"soy fuerte"*, *"me puedo calmar sola"* o *"no todo lo que pienso es cierto"*. Tales verbalizaciones evidencian la construcción de una narrativa preferida más coherente y saludable, en la cual la ansiedad dejó de ser el eje central de su identidad.

De manera paralela, se incorporaron instancias familiares que favorecieron el proceso de intervención. En la sesión realizada con la madre, se exploró el impacto del estrés parental y las dinámicas de sobreprotección que influían en el malestar de V., la madre reconoció la tendencia a delegar responsabilidades emocionales en su hija y manifestó disposición a generar un cambio en dicha dinámica. Esta sesión permitió ampliar la comprensión del fenómeno desde un nivel sistémico, fortaleciendo la alianza con la figura cuidadora y reduciendo la carga emocional que la paciente asumía dentro de su sistema familiar. La inclusión de la madre como testigo del cambio en las últimas sesiones reforzó el sentido de continuidad terapéutica y contribuyó a consolidar una narrativa compartida de reconocimiento mutuo.

Los resultados obtenidos a lo largo del proceso permiten afirmar que la intervención logró avances significativos en distintos niveles. En el plano individual, V. evidenció un incremento sostenido de la conciencia emocional, la capacidad de autorregulación y la comprensión de su ansiedad como experiencia manejable. En el nivel familiar, se observaron mejoras en la comunicación afectiva y una disminución de la parentalización emocional, producto de una mayor diferenciación entre los roles madre-hija. Finalmente, en el nivel contextual, la paciente manifestó sentirse más segura en el entorno escolar, participando con mayor frecuencia en clases y expresando menos temor al juicio externo.

Los ajustes implementados durante el proceso, particularmente la transición del modelo TDC a TSN y la incorporación de técnicas narrativas y simbólicas, respondieron de manera efectiva a las necesidades clínicas detectadas, potenciando la pertinencia y el impacto de la intervención. Este cambio metodológico, respaldado por la evidencia empírica en el trabajo con adolescentes (Freeman, Epston & Lobovits, 2001; Beaudoin et al., 2016), demostró ser decisivo para la resignificación del malestar y la

reconstrucción de una identidad emocional más flexible, auténtica y empoderada. En síntesis, los resultados iniciales de la intervención dan cuenta de una evolución favorable, caracterizada por una progresiva integración emocional, una reconfiguración narrativa del síntoma ansioso y una mayor coherencia entre las emociones, pensamientos y acciones de la paciente, lo que permite proyectar una continuidad terapéutica orientada al fortalecimiento de su bienestar subjetivo y su red vincular.

4.1.1 Informe de Evaluación Sesión a Sesión

Sesión 1 – Conociendo las Emociones

Temática Central: Instalación del encuadre terapéutico, construcción de alianza y exploración emocional desde TDC.

Objetivo: Instalar el encuadre terapéutico y favorecer la identificación inicial de emociones básicas, promoviendo un clima de seguridad y confianza que facilite la exploración emocional desde la autorreflexión.

Desarrollo: La primera sesión fue fundamental para establecer las bases del vínculo terapéutico con V. y dar inicio al proceso de exploración emocional. La terapeuta presentó el espacio como un lugar seguro, donde no existen respuestas correctas o incorrectas, y donde lo importante es poder hablar de lo que siente sin temor a ser juzgada. Se utilizó una metáfora llamada "*la caja emocional*", que representaba cómo todas las personas cargamos emociones distintas según lo que vivimos, y cómo en la terapia podríamos ir revisándolas con calma y cuidado.

Se trabajó con tarjetas ilustradas de emociones básicas (tristeza, rabia, miedo, alegría, confusión, entre otras), solicitando a V. que seleccionara aquellas con las que más se identificaba últimamente. Ella escogió "*confundida*", "*preocupada*", "*enojada*" y "*triste*". A partir de esto, se indagó en situaciones donde estas emociones habían aparecido. V. relató episodios escolares como "*cuando la profesora me pregunta algo de improviso*", que le provocan tensión corporal: "*se me aprieta la guata*", y momentos familiares como "*cuando en la casa de mi papá hablan fuerte y no me gustan el ruido*".

Se exploraron las manifestaciones físicas de las emociones, diferenciando su expresión interna y externa. V. comentó: "*cuando estoy enojada aprieto los puños, pero no digo nada*". Esto abrió una conversación importante sobre cómo a veces las emociones quedan "*atrapadas*" por miedo a que otros no la escuchen. Se validó su experiencia y se introdujo la idea de que las emociones no son buenas ni malas, sino señales de algo que necesita ser comprendido.

Se observó en esta instancia una tendencia a la inhibición emocional como forma de adaptación al entorno, particularmente en casa. La terapeuta identificó una posible narrativa internalizada de "*no molestar*" o "*no generar conflicto*", lo cual se convirtió en una hipótesis relacional inicial: V. ha aprendido a callar su malestar para proteger el equilibrio familiar.

Acuerdos Terapéuticos:

- Traer una nota o dibujo cada semana sobre una emoción sentida.
- Iniciar una bitácora emocional con apoyo de la terapeuta.
- Resguardar la confidencialidad del espacio terapéutico, reforzando que es un lugar seguro para expresar.

Evaluación Clínica: Se logró establecer un encuadre claro, una atmósfera de seguridad emocional y una alianza terapéutica incipiente. Se comenzó a instalar el lenguaje emocional como recurso terapéutico y se promovió la autorreflexión. V. mostró disposición creciente y espontaneidad emocional moderada

Sesión 2 – Diario Emocional y Estrategias de Regulación

Temática Central: Introducción de herramientas de autorregistro, conciencia emocional y primeras estrategias de regulación emocional desde TDC.

Objetivo: Fortalecer la conciencia emocional y la autorregulación fisiológica del malestar ansioso mediante el uso de registros narrativos y estrategias de respiración consciente, consolidando recursos de afrontamiento autónomo.

Desarrollo: Se dio continuidad al trabajo iniciado en la sesión anterior, con énfasis en identificar con mayor precisión las emociones cotidianas y sus desencadenantes. La terapeuta presentó como V. podría crear un cuaderno decorado que funcionaría como su *“diario emocional”*. Se explicó que en él podría registrar situaciones que le generaban emociones intensas, identificando qué emoción sintió, qué pensó en ese momento, cómo reaccionó y qué hizo para sentirse mejor o peor.

V. trajo un primer registro: *“Antes de la prueba de matemáticas sentí que no sabía nada. Me dolía la guata. Pensé que me iba a ir mal. Pero me acordé de respirar como me dijo, y no me fue tan mal”*. Este relato permitió abrir una conversación sobre la anticipación ansiosa y la autoexigencia, y se reforzó positivamente el uso espontáneo de la respiración consciente como recurso de autorregulación. La terapeuta validó su capacidad de agencia emocional, destacando su logro en una situación que antes la habría paralizado.

Se realizó una práctica guiada de respiración durante la sesión, con énfasis en el ritmo, el conteo y la conexión corporal. V. comentó: *“cuando respiro así, siento como si todo se calmara un poco”*. Esta afirmación fue clave para instalar la idea de que tiene recursos internos que pueden ayudarle a lidiar con el malestar.

Se reforzó la idea de que no hay emociones incorrectas, y que incluso las desagradables tienen algo que enseñarle. Se invitó a registrar no sólo los momentos difíciles, sino también situaciones agradables, para ir construyendo una narrativa más amplia de su experiencia.

Acuerdos Terapéuticos:

- Registrar al menos una experiencia emocional significativa a la semana en su diario.
- Practicar la respiración consciente cuando sienta ansiedad.
- Compartir en la próxima sesión alguna situación donde haya puesto en práctica lo trabajado.

Evaluación Clínica: Se evidenció un avance en el reconocimiento de emociones, especialmente la ansiedad anticipatoria. V. fue capaz de utilizar y relatar una estrategia de afrontamiento autónomamente, lo que refuerza su percepción de autoeficacia emocional.

Sesión 3 (TSN Sesión 1) – Nombrando al Problema

Temática Central: Inicio del trabajo desde la Terapia Sistémico Narrativa mediante la técnica de externalización del problema.

Objetivo: Favorecer la externalización simbólica del síntoma ansioso a través de la creación de una metáfora narrativa que permita diferenciar la identidad personal del problema y promover un posicionamiento reflexivo frente al malestar.

Desarrollo: En esta sesión se dio inicio formal al cambio de enfoque metodológico, integrando los fundamentos de la Terapia Sistémico Narrativa (TSN). La terapeuta propuso a V. un ejercicio de imaginación guiada con la pregunta: *“Si lo que sientes cuando estás muy ansiosa fuera un personaje... ¿cómo sería?”*. V. respondió sin dudar: *“Sería un león, un león rojo que me grita en la cabeza”*. A partir de esa descripción se nombró al síntoma como **“León Red”**, comenzando el proceso de externalización del problema.

La terapeuta acompañó a V. en la elaboración simbólica del personaje, preguntando por sus características, momentos en que aparece, lo que dice, y cómo actúa. V. describió: *“León Red aparece cuando tengo que hacer muchas cosas al mismo tiempo, como pruebas, tareas, llegar temprano, y me dice que no puedo con nada”*. Se observó cómo la ansiedad fue siendo desplazada hacia una figura externa, permitiendo mayor reflexión sin sobreinvolucramiento emocional.

La paciente dibujó a **“León Red”** con detalles, comentando: *“a veces se queda callado, pero otras veces me grita tanto que me paraliza”*. Esta verbalización fue clave para comprender el patrón de respuesta al estrés, caracterizado por bloqueo emocional y físico. La terapeuta reforzó el posicionamiento diferenciado, utilizando frases como: *“Entonces cuando él aparece, ¿qué haces tú? ¿Qué cosas te ayudan a callarlo un poco?”*.

Acuerdos Terapéuticos:

- Traer el dibujo terminado y coloreado de **“León Red”** a la próxima sesión.
- Observar en qué situaciones aparece **“León Red”** durante la semana.
- Registrar una situación donde V. haya logrado controlarlo, aunque sea por un momento.

Evaluación Clínica: La sesión fue altamente significativa. La técnica de externalización permitió a V. generar distancia narrativa respecto al síntoma, facilitando la reflexión y reduciendo la identificación total con el malestar. Se evidenció una actitud participativa, creativa y espontánea. Se fortaleció el vínculo terapéutico y se estableció un lenguaje compartido para abordar futuras intervenciones desde la metáfora central de **“León Red”**.

Sesión 4 (TSN Sesión 2) – Identificando los Discursos

Objetivo: Explorar y deconstruir los relatos dominantes asociados a la autoexigencia, la contención emocional y la responsabilidad afectiva, comprendiendo su origen en las dinámicas familiares y escolares.

Temática Central: Indagación en los discursos dominantes que sostienen la narrativa de ansiedad desde un enfoque sistémico-narrativo.

Desarrollo: Utilizando la herramienta de mapeo de influencias, se invitó a V. a explorar los factores que hacen que **“León Red”** *“crezca o se fortalezca”*. A través de preguntas circulares, se indagó: *“¿Qué personas o situaciones hacen que él aparezca con más fuerza?”*, *“¿Qué cosas le dice **“León Red”** para asustarte?”*. V. identificó como principales activadores: las evaluaciones escolares y sentirse presionada para *“hacer todo bien”*.

Emergieron frases internalizadas tales como: *“no puedo decir lo que siento porque creo que molesto”*, *“si no lo hago bien, decepciono”*. Se visibilizó una narrativa de autoexigencia y silenciamiento emocional, aprendida tanto en el contexto familiar como en el escolar. La terapeuta realizó una deconstrucción narrativa, reformulando preguntas como: *“¿Quién dice que hay que hacerlo todo perfecto? ¿Desde cuándo empezaste a creer eso?”*.

V. reflexionó sobre su rol dentro de la familia: *“A veces no digo nada porque mi mamá ya tiene muchas cosas, y no quiero preocuparla”*. Este momento fue clínicamente relevante, al asociar su inhibición emocional con el cuidado hacia otros. La terapeuta validó su intención protectora, diferenciándola de la responsabilidad emocional por el bienestar familiar.

Sin embargo, desde esta sesión se vio interrumpida la continuidad por inasistencias de V., lo que redujo el tiempo de trabajo terapéutico. Al cierre, se conversó brevemente con la madre, reforzando la importancia de la asistencia puntual y regular al proceso.

Acuerdos Terapéuticos:

- Anotar frases que escuche durante la semana que parezcan alimentar a **“León Red”**.
- Observar si hay momentos en que ella decide no hablar o ceder, y por qué.
- Conversar con la madre sobre la importancia del espacio terapéutico sostenido.

Evaluación Clínica: La sesión permitió acceder a significados profundos sobre el origen relacional del malestar. Se avanzó en la exploración de discursos dominantes y se conectaron emociones con contextos familiares y escolares. Se impidió un cierre más elaborado, pero la paciente mostró disposición al trabajo narrativo. La intervención fue significativa a nivel relacional y permitió reforzar el encuadre con la figura materna.

Sesión 5 (TSN Sesión 3) – Validando las Emociones

Temática Central: Promover la expresión y validación de emociones legítimas previamente inhibidas, identificando momentos de excepción al relato problemático y fortaleciendo la autocompasión y la autoeficacia emocional.

Objetivo: Expresar y validar emociones previamente inhibidas, desarrollando una mayor conciencia y regulación afectiva.

Desarrollo: En esta sesión se propuso a V. identificar situaciones recientes en las que el **“León Red”** no haya aparecido o haya tenido menor intensidad. La terapeuta introdujo la idea de los *“momentos en que las cosas fueron distintas”*, como un recurso para reconocer narrativas de bienestar y agencia. Se trabajó con una plantilla gráfica creada por V. debía dibujar o escribir sobre alguna situación en la que se sintió tranquila, escuchada o capaz de manejar sus emociones.

V. compartió un relato: *“El otro día, llegue tarde a la casa y estaba cansada, tenía que hacer mi mochila, me enoje mucho conmigo. Me fui a dar una vuelta por la casa, tomar aire como me enseñó y logre hacer sin problemas”*. A través de la conversación, se identificó que, en esa ocasión, V. no se enganchó con el enojo, evitó rumiar pensamientos ansiosos, y logró conectar con una actividad placentera. Al preguntarle: *“¿Y dónde estaba el “León Red” ese día?”*, V. respondió: *“No sé... como que no alcanzó a venir”*.

Esta respuesta permitió explorar las condiciones que favorecen la ausencia del síntoma: contacto con otros sin conflicto, tiempo libre, validación no verbal. Se invitó a V. a pensar qué cosas la ayudan a *“hacer callar al “León Red”*, y nombró: *“respirar, estar con mi hermano, escuchar música, dibujar”*. Se reforzó la narrativa de capacidad y se validaron sus recursos internos.

La terapeuta utilizó preguntas de expansión narrativa como: *“¿Qué dice de ti que logres calmarte sin enojarte? ¿Qué pensarías de otra niña que puede hacer eso?”*. V. respondió: *“Que es valiente, que se calma sola”*. Este momento fue relevante en la construcción de una identidad alternativa más empoderada.

Acuerdos Terapéuticos:

- Registrar al menos un momento en la semana donde sintió que el “**León Red**” no apareció o fue más débil.
- Hacer una lista de “cosas que me ayudan” para armar su caja de recursos personales.
- Compartir con la terapeuta una canción o dibujo que le dé calma.

Evaluación Clínica: La sesión permitió instalar el lenguaje de las excepciones, clave en la narrativa preferida. Se evidenció un avance en la diferenciación entre identidad y síntoma, y un fortalecimiento del sentido de autoeficacia emocional. V. se mostró participativa y reflexiva, y comenzó a integrar experiencias positivas en su relato personal. La inasistencia previa se abordó al inicio de la sesión, reforzando la importancia de la continuidad terapéutica.

Sesión con la Madre – Testigos del Cambio

Temática Central: Exploración del contexto familiar, abordaje del estrés parental y corresponsabilidad en el proceso terapéutico.

Objetivo: Explorar las dinámicas familiares que sostienen el malestar ansioso, abordando el estrés parental y promoviendo la corresponsabilidad emocional en el proceso terapéutico desde un enfoque sistémico.

Desarrollo: En esta instancia, la terapeuta convocó a la madre de V. para revisar aspectos relevantes del proceso y abordar elementos contextuales que influyen en el bienestar de la paciente. La sesión se inició reconociendo la disposición de la madre para participar, pese a las dificultades de tiempo, trabajo y carga doméstica.

La madre expresó sentirse desbordada: *“Siento que hago todo, pero no alcanzo a nada... y encima, me preocupo porque veo que la V. está apagada”*. Se identificó un alto nivel de autoexigencia parental, poca red de apoyo y escasa capacidad de autocuidado. Estas características, junto con su rol de jefatura femenina del hogar, generaban un ambiente familiar cargado de tensión emocional.

La terapeuta devolvió esta vivencia desde una lectura sistémica: *“Lo que pasa en la familia también lo lleva V. en su cuerpo”*, invitando a la madre a pensar cómo su propio estado emocional impacta en la hija. Se trabajó con la metáfora del *“vaso lleno”*, que ayudó a la madre a visualizar cómo su saturación puede dificultar la contención emocional que V. necesita.

También se revisó la importancia de la asistencia regular a las sesiones, dado que V. había faltado en dos ocasiones consecutivas. La madre se comprometió a priorizar este espacio, y se conversó sobre la posibilidad de incluir sesiones futuras con ambas para trabajar aspectos relacionales.

Acuerdos Terapéuticos:

- La madre se comprometió a facilitar la asistencia regular de V. a las sesiones.
- Se pactó que la madre traería a V. al menos 10 minutos antes para evitar interrupciones.
- Se abrió la posibilidad de una segunda sesión madre-hija para reforzar el proceso vincular.

Evaluación Clínica: La sesión permitió abrir una mirada comprensiva del contexto familiar y sensibilizar a la madre sobre su influencia emocional en V. Se observó disposición al cambio, aunque tensionada por el cansancio. La conversación favoreció el compromiso compartido y generó una alianza terapéutica con la figura adulta, indispensable para sostener el proceso. Fue una sesión clave en la dimensión familiar del abordaje multinivel.

Sesión 6 (TSN Sesión 4) – Momentos que dan Fuerza

Temática Central: Visibilización de momentos de excepción al relato problemático en contextos personales, familiares o escolares.

Objetivo: Identificar y documentar experiencias de resiliencia y agencia emocional que contrarresten la narrativa dominada por la ansiedad, favoreciendo la emergencia de relatos alternativos centrados en la fortaleza y la conexión afectiva.

Desarrollo: La sesión se enfocó en explorar y documentar experiencias de agencia emocional y resiliencia que se contraponen a la narrativa dominada por “**León Red**”. La terapeuta propuso a V. trabajar sobre una “*línea de tiempo emocional*”, en la que pudiese ubicar momentos importantes que hayan marcado su historia, tanto positivos como difíciles. Se explicó que el objetivo era “*encontrar momentos donde tú misma fuiste capaz de enfrentar algo, sentirte bien, o hacer que el “León Red” se quedara callado*”.

V. comenzó ubicando hechos significativos como “*cuando hice una prueba sin miedo*”, “*cuando me atreví a contarle a mi mamá que estaba triste*”. Estos episodios fueron acompañados con dibujos y colores, según cómo se sintió en cada uno. A medida que avanzaba, la paciente fue reconociendo sus propias capacidades y comentaba con entusiasmo: “*No me acordaba de esto*”, “*Ese día me sentí valiente*”, “*Pensé que no podía, pero sí pude*”.

Se utilizaron preguntas de expansión narrativa del tipo: “*¿Qué dice eso de ti?*”, “*¿Quién más notó ese momento?*”, “*¿Qué cosas hiciste para lograrlo?*”. Esto permitió identificar vínculos protectores (su hermano menor) y recursos internos como el sentido del humor, la reflexión, y la búsqueda de apoyo.

La terapeuta devolvió con énfasis las frases que mostraban agencia, resaltando la existencia de una narrativa alternativa posible. Se validaron sus emociones y se reforzó la idea de que esos momentos son pruebas de una identidad más amplia que la dictada por la ansiedad.

Acuerdos Terapéuticos:

- Seleccionar uno de los momentos de la línea de tiempo y traer un dibujo o símbolo para representarlo.
- Preguntar en casa a algún familiar si recuerda ese momento y cómo lo vivió.
- Pensar en un nombre o frase que resuma esa versión más fuerte de sí misma.

Evaluación Clínica: La sesión permitió consolidar momentos de excepción como anclajes identitarios. V. se mostró comprometida y emocionada durante la actividad, experimentando alegría y sorpresa al redescubrir momentos donde actuó desde la fortaleza y la conexión. Se avanzó significativamente en la co-construcción de una narrativa preferida con raíces reales, sobre la importancia de rescatar momentos de agencia y significado en la terapia

Sesión 7 (TSN Sesión 5) – Lo que Quiero Contar de Mi

Temática Central: Exploración y validación de las emociones asociadas a la aparición de León Red, fortaleciendo la conciencia emocional y la autocompasión de V. a través de un registro narrativo de experiencias cotidianas.

Objetivo: Consolidar la conciencia emocional y la autocompasión mediante la diferenciación de estados emocionales, integrando cualidades personales y recursos internos dentro de una narrativa preferida de bienestar.

Desarrollo: La sesión inicia con un espacio de conversación libre donde V. relata su semana “caótica”, mencionando múltiples pruebas, exigencias académicas y sentimientos de cansancio. A partir de este relato espontáneo, la terapeuta introduce la exploración del vínculo entre estos episodios de estrés y la aparición de “**León Red**”. Mediante una dinámica de registro gráfico, se invita a V. a construir una hoja dividida en dos columnas: “*Cuando aparece y me hace sentir mal*” y “*Cuando no aparece o se hace pequeño*”. En la primera, V. identifica momentos donde el malestar se manifiesta con intensidad, describiendo pensamientos negativos “*no puedes*” o “*te va a ir mal*” y correlatos físicos como sudoración en las manos, puntadas en la cabeza o sensación de opresión en el pecho. En la segunda, contrasta con situaciones donde experimenta calma o bienestar, identificando emociones de paz, tranquilidad y ausencia de preocupación.

Este ejercicio permite a la paciente a reconocer la fluctuación natural de su experiencia emocional, comprendiendo que la ansiedad no desaparece por completo, pero puede transformarse en algo reconocible y manejable. Posteriormente, la terapeuta guía la construcción del “*perfil preferido de V.*”, instancia en la que la paciente enumera cualidades que emergen cuando logra calmar a “**León Red**”: “*soy fuerte*”, “*soy capaz*”, “*soy linda*”. La conversación se orienta hacia el fortalecimiento del diálogo interno positivo y la validación de sus emociones sin juicio.

El tono de la sesión es reflexivo y sereno; V. se muestra participativa y con disposición a verbalizar pensamientos que antes evitaba. Se observan momentos de risa, alivio y silencios significativos que denotan introspección.

Acuerdos Terapéuticos:

- Mantener un registro semanal de las apariciones y repliegues de “**León Red**”.
- Elaborar frases o dibujos que representen los momentos en que logra hacerlo pequeño.
- Enviar fotografías del material trabajado para incorporarlo al registro terapéutico.

Evaluación Clínica: La sesión marca un avance importante en la conciencia emocional y en la capacidad de discriminación entre emociones agradables y desagradables. Se observa una mayor tolerancia a los estados de tensión, junto con la emergencia de un lenguaje interno más compasivo y afirmativo. “**León Red**” se consolida como un recurso simbólico que permite mantener el síntoma externalizado, facilitando procesos de regulación y autoobservación.

Sesión 8 (TSN Sesión 6) – Testigos del Cambio

Temática Central: Cierre compartido del proceso terapéutico mediante la participación de la madre como testigo significativo del cambio, integrando narrativas familiares de reconocimiento y validación.

Objetivo: Integrar a la madre como testigo significativo del cambio terapéutico, promoviendo la validación intergeneracional y la co-construcción de una narrativa familiar de reconocimiento y aceptación emocional.

Desarrollo: La sesión comienza en un tono cercano y reflexivo, contextualizando que el proceso terapéutico está próximo a concluir. La terapeuta informa a la madre y a V. que esta sesión busca hacer visible el cambio alcanzado, integrando la mirada de ambas. Se propone una actividad simbólica: la escritura de cartas dirigidas a “**León Red**”, V. escribe una carta donde expresa que “**León Red**” antes le decía cosas malas, pero que ahora esas voces se han silenciado; reconoce que ya no lo odia, sino que lo percibe como una parte de sí misma que logró comprender.

La madre redacta una carta en la que agradece a “**León Red**” por permitir que su hija reconociera y expresara emociones que antes evitaba, destacando que ahora comprende la frustración y la ansiedad

como experiencias transitorias y humanas. Durante la lectura de ambas cartas se generan momentos de emoción y validación mutua. La terapeuta facilita la reflexión conjunta, invitando a identificar los cambios observados desde el inicio del proceso. La madre expresa alivio y orgullo al ver a su hija más expresiva y serena; V. se emociona al escuchar el reconocimiento de su madre y verbaliza: *“ya no lo odio, porque aprendí a entenderlo”*.

La terapeuta profundiza sobre el sentido del proceso terapéutico como una montaña rusa, reforzando la idea de que el cambio no es lineal, sino un camino de avances y pausas que permite resignificar las emociones.

El espacio se torna cálido y colaborativo, evidenciando un clima familiar de confianza y gratitud. Ambas acuerdan conservar sus cartas como símbolos del proceso vivido.

Acuerdos Terapéuticos:

- Recolectar todo el material trabajado con **“León Red”** (dibujos, cartas, collages) para el registro final.
- Preparar la sesión de cierre, llevando los materiales para revisar el proceso completo.

Evaluación Clínica: La sesión refleja una re-membresía familiar fortalecida. La metáfora compartida de **“León Red”** se convierte en lenguaje común que permite a madre e hija hablar de la ansiedad desde la aceptación y no desde el miedo. Se observa internalización de recursos emocionales y validación intergeneracional del cambio. V. muestra mayor coherencia entre su discurso y su vivencia, y la madre asume un rol activo en la co-construcción de la narrativa preferida.

Sesión 9 (TSN Sesión 7) – Cierre del Proceso

Temática Central: Cierre simbólico y emocional del proceso terapéutico, integrando aprendizajes, reconociendo recursos personales y consolidando la nueva narrativa de identidad.

Objetivo: Favorecer la integración simbólica y emocional del proceso terapéutico, consolidando aprendizajes, reconociendo recursos personales y estableciendo una narrativa identitaria coherente con el bienestar alcanzado.

Desarrollo: La terapeuta abre la sesión reconociendo la trayectoria compartida, validando el esfuerzo y la constancia de V. a lo largo de los meses. Se plantea que el cierre implica no solo despedirse, sino integrar lo aprendido en la vida cotidiana. Se invita a V. a realizar una actividad creativa de cierre, decorar una hoja libremente y plasmar tres elementos fundamentales: un dibujo que represente a **“León Red”**, un momento en que se sintió fuerte y una frase que desee recordar para el futuro. V. realiza la actividad con concentración y entusiasmo, escribe: *“El momento en que me sentí fuerte fue cuando empecé a calmar los malos pensamientos de **“León Red”**”,* lo que refleja su tránsito hacia una historia de fortaleza y calma.

Posteriormente, la terapeuta le lee una carta de alta terapéutica, en la que reconoce su valentía, resiliencia y crecimiento personal. V. se emociona, recordando las primeras sesiones y cómo logró transformar su relación con la ansiedad. Expresa gratitud y confianza hacia la terapeuta, mencionando: *“ahora puedo controlar a **“León Red”**; ya no está dando vueltas todo el día en mi cabeza”*. El encuentro culmina con la entrega simbólica de un diploma de alta psicológica, y un momento de despedida cargado de afecto y reconocimiento mutuo. Ambas comparten la sensación de cierre y logro conjunto.

Acuerdos Terapéuticos:

- Conservar el material de cierre como recordatorio tangible del proceso.
- Continuar utilizando las herramientas aprendidas para manejar situaciones de ansiedad.
- Mantener espacios de diálogo con la madre como estrategia preventiva de recaídas.

Evaluación Clínica: La sesión evidencia integración narrativa y emocional. V. muestra autonomía para identificar emociones y regularlas, transformando la relación con su síntoma en un vínculo de aprendizaje. El símbolo de “**León Red**” queda internalizado como una herramienta de autoconocimiento. El vínculo terapéutico se cierra en un tono de reciprocidad y crecimiento mutuo, reafirmando la efectividad del enfoque sistémico-narrativo en la promoción de agencia, calma y re-autoría en la paciente.

4.1.2 Matriz sesión a sesión

| <i>Sesión</i> | Objetivo planificado | Indicadores previstos (cuanti/cuali) | Actividad/ Técnica aplicada | Resultados obtenidos (cuanti/cuali) | Análisis crítico por sesión | Grado de logro | Ajustes y justificación técnica |
|--|---|--|--|--|---|------------------------|--|
| 1. Conociendo las emociones | Instalar el encuadre terapéutico y favorecer la identificación inicial de emociones básicas, promoviendo un clima de seguridad y confianza. | Cuanti: Identificación de al menos 3 emociones básicas. Cuali: Participación, apertura al diálogo y coherencia verbal-afectiva. | Presentación del encuadre, metáfora “Caja emocional” y uso de tarjetas de emociones. | V. identificó 4 emociones principales y expresó verbalizaciones asociadas a tensión y malestar físico. Mostró cautela inicial pero creciente apertura emocional. | Se cumplió el objetivo, consolidando un vínculo terapéutico seguro. La paciente reconoció su ansiedad como emoción predominante, base para futuras externalizaciones. | Alto (90%) | Se mantendrán recursos visuales y metáforas para favorecer la conexión emocional y fortalecer el sentido de seguridad terapéutica. |
| 2. Diario emocional y estrategias de regulación | Fortalecer la conciencia emocional y la autorregulación del malestar ansioso mediante registros narrativos y respiración consciente. | Cuanti: Realización de 2 registros en el diario emocional. Cuali: Descripción reflexiva de emociones, pensamientos y respuestas corporales. | Creación del “Diario emocional” y práctica de respiración guiada. | V. elaboró 3 registros y aplicó la técnica respiratoria antes de una evaluación escolar, reportando menor tensión y mayor control. | Se consolidan recursos de autorregulación y autoconocimiento. La paciente demuestra agencia emocional y uso autónomo de estrategias aprendidas. | Muy alto (100%) | Se mantendrá el diario como instrumento longitudinal. Se refuerza la integración cuerpo-emoción para estabilizar la autorregulación. |

| | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|---|--|--|---|-------------------------|---|
| 3. Nombrando al problema | Favorecer la externalización simbólica del síntoma ansioso mediante la creación de una metáfora narrativa (“León Red”). | Cuanti: Producción simbólica finalizada (dibujo y descripción). Cuali: Capacidad de atribuir características y emociones al síntoma. | Técnica de personificación simbólica y elaboración gráfica del “León Red”. | V. representó al León Red como figura externa hostil y ruidosa. Logró diferenciar “ella” del síntoma y comprender su aparición en contextos de estrés. | Se evidencia desplazamiento simbólico y reducción de autoidentificación con el síntoma. La externalización promueve agencia y lenguaje compartido en terapia. | Muy alto (100%) | Se confirma cambio metodológico a TSN. Se incorpora el León Red como metáfora central para las próximas sesiones. |
| 4. Identificando los discursos | Explorar y deconstruir los relatos dominantes asociados a la autoexigencia, el silenciamiento emocional y la responsabilidad afectiva. | Cuanti: Identificación de 2 frases o discursos internalizados. Cuali: Reflexión sobre su origen y función relacional. | Técnica de mapeo de influencias y preguntas circulares. | V. identificó discursos como “no molestar” y “si no lo hago bien, decepciono”. Reconoció su vínculo con las dinámicas familiares y escolares. | La sesión profundizó la comprensión relacional del malestar. Se interrumpió continuidad por inasistencia, afectando el seguimiento inmediato. | Medio-alto (80%) | Se refuerza la alianza con la madre para garantizar asistencia y sostener la secuencia terapéutica. Se planifica sesión familiar. |
| 5. Validando las emociones | Promover la expresión y validación de emociones legítimas, identificando momentos de excepción al | Cuanti: Identificación de 2 momentos de excepción. Cuali: Descripción emocional y | Plantilla gráfica “momentos distintos” y conversación reflexiva. | V. reconoció situaciones sin presencia de ansiedad y nombró recursos de afrontamiento : respiración, | La paciente comienza a integrar experiencias de calma y autoeficacia. La narrativa se amplía más allá | Muy alto (100%) | Se decide construir una “caja de recursos personales” para reforzar aprendizajes y |

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|--|---|-------------------------|---|
| | relato problemático. | reflexión sobre recursos internos. | | dibujo, apoyo familiar. | del síntoma, consolidando agencia emocional. | | simbolizar el bienestar. |
| Sesión con la madre | Explorar las dinámicas familiares que sostienen el malestar y promover la corresponsabilidad emocional. | <p>Cuanti: Presencia de la madre y compromiso verbal con la continuidad del proceso.</p> <p>Cuali: Reflexión sobre su propio rol emocional.</p> | Entrevista conjunta y metáfora del “vaso lleno”. | La madre reconoció su sobrecarga emocional y el impacto en V. Se comprometió a priorizar la asistencia y abrir espacios de comunicación. | Se cumple el objetivo relacional: se fortalece la alianza familiar y se disminuye la sobrecarga del sistema materno. | Alto (90%) | Se planifica futura sesión madre-hija y se incluye a la madre como testigo del cambio narrativo. |
| 6. Momentos que dan fuerza | Identificar y documentar experiencias de resiliencia y agencia emocional que contrarresten la narrativa dominada por la ansiedad. | <p>Cuanti: Elaboración de línea de tiempo con 3 hitos significativos.</p> <p>Cuali: Reflexión sobre capacidades personales y vínculos protectores.</p> | Línea de tiempo emocional y preguntas de expansión narrativa. | V. reconoció momentos de valentía y conexión, incluyendo apoyo del hermano y estrategias personales. | Se consolida una narrativa alternativa basada en la fortaleza y la autovalidación. La paciente experimenta alegría y orgullo. | Excelente (100%) | Se refuerza la narrativa preferida con tareas de continuidad simbólica (dibujos, relatos familiares). |
| 7. Lo que quiero contar de mí | Consolidar la conciencia emocional y la autocompasión integrando recursos | <p>Cuanti: Elaboración de registro gráfico comparativo.</p> | Registro gráfico “cuando aparece/no aparece León Red” y | V. reconoció cambios en sus pensamientos (“soy fuerte”, “soy capaz”) y | La paciente logra una comprensión integrada del malestar. La autocompasión | Excelente (100%) | Se decide integrar material simbólico a la sesión de cierre y reforzar continuidad |

| | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|---|-------------------------|---|
| | personales y cualidades preferidas. | Cuali: Verbalización de cualidades positivas y reconocimiento del progreso emocional. | construcción del “ <i>perfil preferido</i> ”. | mayor tolerancia emocional. | emerge como elemento central del cambio terapéutico. | | narrativa con apoyo familiar. |
| 8. Testigos del cambio | Integrar a la madre como testigo del cambio, promoviendo validación intergeneracional y co-construcción de narrativa familiar. | Cuanti: Producción conjunta de 2 cartas terapéuticas. Cuali: Reconocimiento mutuo de cambio y verbalización emocional. | Escritura y lectura de cartas dirigidas a “ León Red ”. | Ambas cartas expresaron comprensión y aceptación del síntoma. La madre validó los avances y V. expresó gratitud y comprensión emocional. | Se consolida la re-membresía familiar y la resignificación compartida del problema. La metáfora se instala como lenguaje común. | Excelente (100%) | Se mantiene la estrategia de co-autoría narrativa y se propone conservar las cartas como objeto terapéutico permanente. |
| 9. Cierre del proceso | Favorecer la integración simbólica y emocional del proceso terapéutico, consolidando aprendizajes y recursos personales. | Cuanti: Elaboración de producción final (dibujo + frase). Cuali: Reflexión sobre el cambio y verbalización de autoconocimiento. | Actividad de cierre creativo y lectura de carta de alta. | V. expresó sentirse “ <i>fuerte y tranquila</i> ”. Manifestó control sobre su ansiedad y valoración del proceso. | La sesión integra emocionalmente la experiencia terapéutica, cerrando en una narrativa de agencia, calma y gratitud. | Excelente (100%) | Se concluye proceso con entrega de diploma simbólico. Se recomienda seguimiento escolar breve como apoyo preventivo. |

El análisis sesión a sesión evidencia una progresión ascendente en la conciencia emocional, autorregulación y diferenciación identitaria de la paciente. Los indicadores cuantitativos y cualitativos muestran coherencia con los objetivos de intervención: Disminución observable de la sintomatología ansiosa, aumento de verbalizaciones emocionales, expresiones de agencia y validación intergeneracional y consolidación de una narrativa preferida centrada en la calma, la autocompasión y la conexión familiar.

Las modificaciones metodológicas, cambio de TDC a TSN, se justifican técnicamente por su mayor coherencia con el perfil relacional e identitario de la paciente, lo que permitió integrar recursos simbólicos, vinculares y culturales. El proceso terapéutico alcanzó el logro pleno de los objetivos planteados, validando la efectividad de la Terapia Sistémico Narrativa como intervención multinivel y situada en contextos de ansiedad adolescente.

4.2 Conclusiones del Proceso Terapéutico

El proceso psicoterapéutico con V. permitió comprender su malestar desde una mirada multinivel, trascendiendo un enfoque restringido a la sintomatología ansiosa. A lo largo de las etapas diagnóstica, de planificación e intervención, se evidenció una evolución significativa en su capacidad para reconocer, expresar y regular emociones, así como en la reconstrucción de una narrativa identitaria más compasiva y conectada con sus vínculos significativos.

Desde la mirada multinivel, los resultados muestran transformaciones observables en los niveles individual, familiar y contextual, producto de un proceso terapéutico situado, colaborativo y éticamente fundamentado. A nivel individual, V. logró externalizar su ansiedad a través de la metáfora de “**León Red**”, lo que favoreció la diferenciación entre su identidad personal y el síntoma. Este ejercicio permitió desactivar mecanismos de autoexigencia y sobrecontrol, promoviendo un mayor sentido de agencia emocional. En términos observables, la paciente pasó de verbalizaciones centradas en el juicio “*si me equivoco, está mal*” a expresiones de aceptación como “*a veces me pongo nerviosa, pero puedo calmarme*”, reflejando un cambio profundo en su autopercepción.

A nivel familiar, se fortaleció la alianza madre-hija, evidenciándose una comunicación más empática y bidireccional. La inclusión de la madre como testigo del cambio y participante activa permitió resignificar dinámicas de sobreprotección y parentalización emocional, favoreciendo una reorganización relacional más equitativa. Desde la perspectiva sistémica, este ajuste relacional fue crucial para disminuir la tensión afectiva y restablecer la función contenedora de la figura materna.

En el nivel contextual, la paciente reportó una mayor seguridad y participación en actividades grupales, junto con una reducción de la ansiedad ante evaluaciones. Estas transformaciones sugieren una generalización del aprendizaje emocional hacia contextos cotidianos, coherente con los principios de la Terapia Sistémico Narrativa. En cuanto a la dimensión cultural, la intervención se mostró efectiva por su sensibilidad contextual, se evitó patologizar la ansiedad en preadolescente, reconociéndola como un relato construido dentro de un entramado social donde se valoran el rendimiento y la autosuficiencia. Esta lectura cultural permitió validar las emociones de V. como respuestas adaptativas ante exigencias externas, facilitando un proceso de resignificación coherente con su experiencia.

Entre las principales fortalezas del proceso terapéutico destaca, en primer lugar, la coherencia metodológica lograda a lo largo de las distintas etapas, evidenciada en la integración progresiva del modelo Sistémico Narrativo, que permitió adaptar las técnicas al ritmo y necesidades emergentes de la paciente sin perder la direccionalidad clínica. Asimismo, la externalización simbólica mediante la metáfora de “**León Red**” constituyó un recurso altamente efectivo para promover una comprensión profunda y

despatologizada del malestar, reduciendo la identificación con el síntoma y generando un lenguaje terapéutico compartido entre paciente, madre y terapeuta. De igual modo, la participación de la familia, especialmente de la madre, fortaleció la sostenibilidad de los resultados, posibilitando la validación intergeneracional y la co-construcción de nuevas narrativas de cuidado y contención.

Desde una perspectiva crítica y reflexiva, el proceso puede analizarse considerando las tres etapas que estructuraron la intervención; diagnóstico, planificación e intervención. En la etapa diagnóstica, se logró una comprensión amplia del malestar, integrando dimensiones emocionales, familiares y contextuales. No obstante, un aspecto a mejorar habría sido incorporar de forma más sistemática la perspectiva escolar mediante entrevistas o registros de observación docente, lo que habría permitido una lectura más completa de los factores ambientales que amplificaban la ansiedad. Contrafactualmente, dicha incorporación podría haber favorecido una detección temprana de los disparadores situacionales y un diseño inicial más sensible a las demandas del contexto escolar. Desde el modelo Sistémico Narrativo, esta mejora se justificaría en la necesidad de incluir todas las voces que participan del relato del problema, ampliando el mapa de significados y evitando explicaciones centradas únicamente en la subjetividad individual.

En la etapa de planificación, se reconoce la coherencia general del diseño, aunque el tránsito desde la Terapia Dialéctico Conductual hacia la Terapia Sistémico Narrativa implicó una reformulación metodológica significativa. Si bien el cambio fue oportuno y sustentado en la observación clínica, habría resultado beneficioso definir desde el inicio indicadores de logro diferenciados por niveles (individual, familiar y contextual), con el fin de establecer una evaluación más estructurada del cambio. De haberse implementado esta precisión, se habría obtenido un seguimiento más sistemático y coherente entre los objetivos, las técnicas y los resultados, fortaleciendo la validez interna del proceso terapéutico. Esta mejora se fundamenta en el principio narrativo de coherencia entre historia, contexto y propósito, que sostiene que las metas terapéuticas deben ser evaluadas en relación con los relatos y vínculos que las configuran.

Finalmente, en la etapa de intervención, el cambio de enfoque hacia el modelo Sistémico Narrativo permitió abordar el malestar desde una comprensión relacional y contextualizada. Sin embargo, una limitación observable fue la escasa integración del entorno escolar y comunitario como parte activa del proceso terapéutico. Incluir un espacio de coordinación con el establecimiento o un encuentro con figuras docentes significativas habría fortalecido la red de sostén y contribuido a la generalización de los logros emocionales fuera del contexto clínico. Contrafactualmente, este ajuste habría facilitado la consolidación de una narrativa de agencia más transversal, extendiendo el cambio a los sistemas donde la paciente participa cotidianamente. Desde la teoría narrativa, dicha expansión relacional del cambio se vincula con la práctica de la re-membresía propuesta por White y Epston (1990), donde la identidad se reconstruye a través del reconocimiento y validación de otros significativos.

En conjunto, este análisis por etapas evidencia un proceso flexible, autorreflexivo y éticamente fundamentado, capaz de ajustarse a las necesidades emergentes sin perder coherencia teórica ni clínica. Asimismo, las mejoras propuestas permiten visibilizar cómo la Terapia Sistémico Narrativa, al integrar niveles personales, familiares y sociales, ofrece un marco dinámico que favorece la evolución continua del proceso psicoterapéutico y la transferencia del cambio más allá del espacio terapéutico.

En términos globales, el proceso permitió alcanzar los objetivos terapéuticos propuestos: la paciente desarrolló una narrativa alternativa centrada en la calma, la autocompasión y la aceptación emocional; la madre fortaleció su capacidad de contención; y el sistema familiar recuperó equilibrio

afectivo. Estos resultados confirman la pertinencia del modelo Sistémico Narrativo como un abordaje efectivo y culturalmente sensible para preadolescentes, reforzando su potencial como herramienta clínica en contextos escolares y comunitarios.

El proceso terapéutico permitió evidenciar que la efectividad de la intervención Sistémico Narrativa no depende únicamente de la aplicación técnica de sus recursos, sino de la confluencia de tres condiciones centrales que posibilitan el cambio terapéutico profundo: la pertinencia contextual del enfoque, la participación de las figuras significativas y la sostenibilidad simbólica y emocional del espacio terapéutico.

Principales Hallazgos y Síntesis Reflexiva

1. Pertinencia Contextual del Enfoque

La Terapia Sistémico Narrativa resultó efectiva en preadolescentes con sintomatología ansiedad, desde lo relacional, entendida como la respuesta a exigencias externas, académicas, familiares o sociales, que se internalizan como mandatos de perfección y responsabilidad afectiva. En el caso de V., la intervención fue eficaz porque permitió descentrar la mirada desde el síntoma individual hacia las tramas relacionales y discursivas que lo sostenían, en coherencia con los postulados de White y Epston (1990) sobre la externalización del problema y la re-autoría de significados. La contextualización del malestar dentro de las narrativas socioculturales de género, éxito y rendimiento académico posibilitó una lectura ética y no patologizante de la ansiedad, promoviendo su resignificación como una respuesta adaptativa frente a contextos de sobreexigencia. De este modo, la efectividad del proceso se asocia con la capacidad de como terapeuta puedo adaptar las herramientas narrativas a los códigos simbólicos, evolutivos y culturales del consultante, garantizando que la intervención sea situada y culturalmente sensible.

2. Participación Familiar Activa y Corresponsabilidad del Cambio

La segunda condición de efectividad se relaciona con la inclusión de la red significativa, en este caso, la madre, como agente activo en la co-construcción del cambio terapéutico. Desde la perspectiva sistémica, el malestar individual se entiende como una expresión del sistema familiar, y su transformación requiere la implicación de los distintos miembros. La participación de la madre como testigo del proceso favoreció una reorganización del equilibrio emocional del sistema, disminuyendo la parentalización de V. y restableciendo los límites intergeneracionales. Además, la sesión conjunta permitió trasladar la metáfora terapéutica “**León Red**” al lenguaje familiar, generando un recurso simbólico compartido para nombrar y regular las emociones dentro del hogar. En consecuencia, la efectividad del proceso se asocia a la capacidad de expandir el cambio individual hacia los sistemas relacionales, generando sostenibilidad del bienestar más allá del espacio clínico.

3. Espacio Terapéutico Sostenido, Vincular y Simbólicamente Seguro

La tercera condición clave radica en la estabilidad del vínculo terapéutico y la creación de un entorno emocionalmente seguro y simbólicamente significativo. La construcción de confianza progresiva, junto con la incorporación de metáforas personales como “**León Red**”, permitió mantener la adherencia terapéutica y posibilitó un trabajo emocional profundo. Desde la teoría de la regulación emocional y la neurociencia interpersonal (Siegel, 2012; Lecannelier, 2017), este tipo de encuadre favorece la integración de experiencias emocionales difíciles en contextos de contención y co-regulación. En la práctica, el espacio seguro funcionó como un laboratorio emocional donde la paciente pudo ensayar nuevas formas de

expresión, experimentar validación y reescribir su narrativa personal sin temor al juicio o la desaprobación.

Estas tres condiciones convergieron para generar un proceso clínico que integró las dimensiones narrativas, vincular y contextual del malestar emocional, evidenciando cómo la transformación del lenguaje interno de V. se tradujo en cambios conductuales observables y en una mayor flexibilidad emocional. Los resultados obtenidos consolidan el cumplimiento de los objetivos terapéuticos propuestos, reafirmando la eficacia del modelo Sistémico Narrativo como un abordaje ético, contextual y relacionalmente transformador.

En resumen, la experiencia confirma que la Terapia Sistémico Narrativa es especialmente efectiva para adolescentes que presentan ansiedad relacional en contextos de alta exigencia y vulnerabilidad emocional, siempre que el proceso terapéutico cumpla con tres condiciones fundamentales: pertinencia cultural y contextual del modelo, participación corresponsable de las figuras significativas y establecimiento de un vínculo terapéutico sostenido, seguro y simbólicamente resonante. Estas condiciones garantizan la profundidad, sostenibilidad y sentido ético del cambio clínico alcanzado.

4.3 Reflexiones sobre el Proceso Terapéutico

El proceso terapéutico desarrollado con V. se configuró como una experiencia profundamente formativa y transformadora, tanto en el plano clínico como personal. Desde el marco de la Terapia Sistémico Narrativa, fue posible integrar teoría, técnica y ética en una práctica situada que trascendió la reducción sintomática para centrarse en la construcción de significados, vínculos y narrativas identitarias más coherentes con las experiencias emocionales de la paciente. En este sentido, la terapia se convirtió en un espacio de encuentro y co-construcción de sentido, donde el malestar fue entendido no como una disfunción individual, sino como una forma de adaptación frente a las condiciones relacionales, escolares y culturales que configuraban su vida cotidiana.

Desde una perspectiva multinivel, el proceso permitió analizar cómo diversos factores: individuales, familiares y contextuales, que se articularon en la configuración y evolución de la ansiedad de V., así como en la dinámica del proceso terapéutico:

A nivel individual, uno de los principales facilitadores fue la disposición emocional de la paciente y su apertura a la exploración simbólica. Desde las primeras sesiones, V. mostró un alto nivel de introspección y creatividad, lo que permitió el surgimiento de la metáfora de "**León Red**" como figura externalizadora de la ansiedad. Este recurso narrativo fue decisivo, pues le permitió diferenciar su identidad del síntoma, comprender los mensajes emocionales que la ansiedad contenía y desarrollar un diálogo interno más compasivo. La externalización no solo redujo la autoidentificación con el problema, sino que amplió su sentido de agencia, al posibilitarle pensar en términos de relación "*cuando **León Red** aparece*" más que de falla personal "*yo soy nerviosa*".

No obstante, en este mismo nivel individual emergieron obstaculizadores relevantes, V. presentaba una marcada tendencia a la autoexigencia y al perfeccionismo, internalizados como mandatos de valor personal. En ciertos momentos del proceso, estas narrativas reaparecían como resistencias sutiles: intentos de "*hacer bien todo*", o preocupación excesiva por decir "*lo correcto*". Frente a esto, fue necesario sostener una postura terapéutica que equilibrara contención y desafío, validando la necesidad de control como un intento adaptativo de autorregulación, pero introduciendo progresivamente la idea de que la vulnerabilidad también es una forma legítima de fortaleza. En este punto, como terapeuta me enfrenté al desafío técnico y ético de modular mi propia tendencia al control y la exigencia profesional,

reconociendo cómo mis propias narrativas podían interferir o facilitar el proceso. La reflexión y la supervisión fueron cruciales para transformar estas resonancias en oportunidades de aprendizaje y coherencia relacional.

En el nivel familiar, la presencia de la madre fue un factor determinante tanto en el sostén como en la complejidad del proceso. La madre se encontraba en una situación de sobrecarga emocional, atravesada por la jefatura monoparental y la escasa red de apoyo. Su manera de “*estar disponible*” para la hija implicaba, paradójicamente, modelar un tipo de cuidado centrado en el sacrificio y la negación del propio malestar. Este patrón se transmitía a V., quien había aprendido a proteger emocionalmente a su madre a costa de su propia expresión emocional. La terapia permitió visibilizar esta parentalización emocional y resignificarla mediante el diálogo y la validación de ambas partes. La sesión “*Testigos del cambio*”, en la que madre e hija escribieron cartas al “**León Red**”, condensó esta transformación: ambas lograron nombrar el malestar sin culpabilizarse mutuamente, estableciendo un nuevo marco narrativo de cuidado compartido. Esta intervención mostró cómo la inclusión de figuras significativas, lejos de ser un elemento accesorio, constituye un eje central de la efectividad terapéutica en modelos sistémico-narrativos.

Sin embargo, la fragilidad del sistema familiar también actuó como obstaculizador: las ausencias de la madre por motivos laborales y el cansancio cotidiano afectaron la regularidad de la asistencia y la continuidad simbólica del proceso. Estas interrupciones se transformaron en microfracturas de la alianza, que requirieron reparaciones activas. Cada reencuentro fue una oportunidad para reafirmar el compromiso y validar la dificultad de sostener el proceso en contextos de alta demanda vital. Desde la mirada sistémica, estas oscilaciones no se interpretaron como resistencia, sino como expresión de la dinámica de supervivencia familiar, donde la continuidad emocional debía negociarse ocasionalmente.

El contexto escolar operó como un espacio de tensión estructural, la escuela reforzaba discursos meritocráticos y comparativos que alimentaban la ansiedad de V., generando un entorno donde el error era sinónimo de fracaso. Sin embargo, también representaba un escenario potencial de expansión del cambio. Cuando la paciente comenzó a aplicar estrategias de regulación emocional, como la respiración consciente antes de evaluaciones o la identificación de emociones en el aula, se observó una generalización espontánea del aprendizaje terapéutico. No obstante, la falta de articulación con el establecimiento fue una limitación significativa. Contrafactualmente, una coordinación con el equipo docente o el Psicólogo escolar habría permitido consolidar los avances clínicos mediante la co-construcción de un relato compartido sobre el bienestar emocional, fortaleciendo así la red de sostén institucional. Desde la TSN, esto se asocia con la práctica de re-membresía, que amplía las audiencias del cambio, permitiendo que las nuevas historias sean validadas socialmente y no queden confinadas al espacio terapéutico.

En el plano contextual, la intervención permitió reconocer cómo los discursos de género y las lógicas de éxito que influyen directamente en la configuración de la subjetividad preadolescente. Tanto la madre como la hija encarnaban el ideal cultural de la “*mujer fuerte y autosuficiente*”, donde la vulnerabilidad se percibe como debilidad. Este mandato identitario invisibilizaba el malestar y reforzaba la necesidad de control, convirtiéndose en una fuente silenciosa de ansiedad. El proceso terapéutico, en consecuencia, se configuró como un acto de resignificación cultural, en el que validar la emoción y la pausa se transformó en un gesto de resistencia frente a las narrativas sociales dominantes. Acompañar a V. en este tránsito implicó también revisar mi propio posicionamiento como terapeuta mujer, reconociendo cómo las mismas estructuras culturales operan en quienes intervenimos y no solo en quienes consultan.

A lo largo del proceso, se consolidó la comprensión de que el cambio terapéutico ocurre en la intersección de los distintos niveles: la capacidad individual de simbolizar la experiencia, el sostén familiar, la validación escolar y el contexto cultural que enmarca las emociones posibles. Esta mirada integrada permitió construir una lectura más ética y compleja del sufrimiento de la paciente, reconociendo que la ansiedad no debía ser erradicada, sino comprendida como lenguaje del cuerpo y del vínculo.

Desde el punto de vista profesional, este caso fortaleció mi conciencia clínica y me permitió identificar las competencias que requieren consolidación. En el plano técnico, la experiencia subrayó la importancia de planificar indicadores de cambio multinivel y de integrar de manera más sistemática la evidencia narrativa con instrumentos de medición cuantitativos. En el plano relacional, me propongo seguir desarrollando la capacidad de sostener la alianza terapéutica frente a rupturas, cultivando una presencia emocional regulada y auténtica. Finalmente, en el plano ético, ratifico el compromiso con una práctica situada, culturalmente sensible y coherente con los principios de autonomía y dignidad humana.

El proceso también generó aprendizajes significativos sobre el rol como terapeuta. Como profesional, enfrenté resonancias personales con la historia de V., especialmente en la tendencia a la autoexigencia y en el deseo de “*hacerlo bien*”. Estos paralelismos evidenciaron la necesidad de una constante autoobservación, entendida no como un ejercicio de control, sino como una práctica ética de conciencia. Reconocer estas resonancias me permitió modular mi intervención, evitando respuestas automáticas y favoreciendo una escucha más genuina. Comprendí que la eficacia clínica no radica en la ejecución técnica, sino en la capacidad de estar presente de manera regulada, consciente y empática.

En esta línea, la supervisión profesional se constituyó como un espacio de contención y aprendizaje esencial. A través del análisis de las sesiones y la reflexión conjunta, fue posible afinar el criterio clínico, revisar decisiones terapéuticas y sostener el equilibrio emocional necesario para acompañar a una paciente joven con alta sensibilidad. Este proceso de supervisión reafirmó el principio narrativo de *co-construcción del cambio*: tanto como terapeuta como la paciente transformamos nuestros propios relatos a través del encuentro terapéutico.

La experiencia con V. permitió observar la relevancia de integrar modelos terapéuticos de manera flexible y situada. El tránsito desde la Terapia Dialéctico Conductual hacia la Terapia Sistémico Narrativa no representó una sustitución abrupta, sino una decisión técnica informada por las necesidades relacionales e identitarias de la paciente. Este cambio de modelo reflejó que la flexibilidad clínica es necesaria para responder al contexto singular de cada historia, priorizando la coherencia relacional por sobre la rigidez metodológica. En ese sentido, la práctica lo traduzco en la capacidad de discernir cuándo y por qué una técnica debe transformarse, sin perder los principios fundantes de respeto, autonomía y coherencia.

La experiencia con V. consolidó que la práctica clínica desde la Terapia Sistémico Narrativa implica cuestionar las historias dominantes que generan sufrimiento, reconocer las voces que han sido silenciadas y acompañar a las personas a reconstruir relatos que devuelvan agencia, sentido y humanidad. En este proceso, comprendí que la labor terapéutica no consiste en corregir o normalizar, sino en ofrecer un espacio donde las emociones encuentren lenguaje, y las historias, nuevas posibilidades de ser contadas.

A partir de la experiencia acumulada, puedo elaborar un plan de mejora profesional orientado a fortalecer mis competencias desde tres dimensiones interdependientes:

1. Competencias Técnicas: Profundizar en el uso avanzado de prácticas narrativas, tales como, documentos terapéuticos (cartas de re-autoría, testimonios de testigos externos, rituales de cierre) y la triangulación de información cualitativa y cuantitativa para la evaluación del cambio terapéutico.

Meta: Aplicar instrumentos mixtos (instrumentos psicométricos, narrativas de agencia, registros simbólicos) en dos nuevos procesos clínicos durante el próximo semestre.

Criterio de Seguimiento: Revisión de protocolos en supervisión y elaboración de informes reflexivos de resultados.

2. Competencias Relacionales: Fortalecer la capacidad de sostener la alianza terapéutica en contextos de ambigüedad o resistencia, promoviendo la regulación emocional propia y del consultante.

Meta: Participar en espacios mensuales de supervisión centrados en el análisis de la alianza terapéutica y la gestión contratransferencial.

Criterio de Seguimiento: Registro reflexivo post sesión y evaluación semestral de avances en la calidad del vínculo terapéutico.

3. Competencias Éticas: Consolidar una práctica clínica situada y culturalmente sensible, basada en la dignidad, la autonomía y la participación del consultante, en coherencia con el Código de Ética del Colegio de Psicólogos de Chile (2012) y la Ley N° 20.584 sobre derechos y deberes en salud.

Meta: Elaborar un protocolo personal de reflexión ética que permita analizar y tomar decisiones fundamentadas frente a dilemas clínicos y con los principios de dignidad y autonomía del consultante.

Criterio de Seguimiento: Elaboración de registros escritos de reflexión y evaluación externa por parte de supervisores.

En perspectiva, el proceso terapéutico con V. me permitió comprender que la psicoterapia, en su esencia, es un acto relacional, ético y narrativo donde el lenguaje, la emoción y la cultura se entrelazan para posibilitar la transformación. El pensamiento crítico, aplicado a la clínica, implica reconocer las condiciones de poder, los contextos sociales y las propias narrativas que intervienen en el espacio terapéutico, la experiencia de psicoterapia con V. reafirma que la práctica clínica desde la Terapia Sistémico Narrativa es, ante todo, un ejercicio de pensamiento crítico y sensibilidad. Implica no solo cuestionar las historias dominantes que generan sufrimiento, sino que reconocer las voces que han sido silenciadas y acompañar a estas personas a reconstruir relatos que devuelvan su agencia, el sentido y la humanidad. En este proceso, comprendí que la labor terapéutica no consiste en corregir, sino en ofrecer un espacio donde las emociones encuentren lenguaje, y las historias, nuevas posibilidades de ser contadas.

4.4 Recomendaciones al Proceso Terapéutico

A partir de las lecciones aprendidas durante la intervención con V., se derivan una serie de recomendaciones orientadas a fortalecer la continuidad del proceso psicoterapéutico y a mejorar las futuras prácticas profesionales desde una mirada multinivel. Estas sugerencias buscan integrar las dimensiones individual, familiar y contextual, con el propósito de garantizar intervenciones más sostenibles, contextualizadas y éticamente responsables.

El análisis reflexivo del proceso evidenció que la efectividad de la Terapia Sistémico Narrativa no depende únicamente de la técnica, sino de la coherencia entre el modelo, el contexto y las condiciones relacionales que lo sostienen. Por ello, las recomendaciones se estructuran a continuación considerando su aplicabilidad práctica, su justificación teórica y los resguardos éticos necesarios para su implementación.

1. Nivel Individual: Consolidar la Agencia Emocional y la Autocompasión

Lo que se podría recomendar la continuidad del proceso terapéutico en un formato de seguimiento progresivo. Este espacio debería de centrarse en la consolidación de la narrativa preferida de V., fortaleciendo su capacidad de agencia emocional y el reconocimiento de los recursos que le permitieron “*hacer callar a “León Red”*”. La práctica de autorregistros simbólicos, cartas, dibujos o relatos, puede sostener el vínculo con el proceso de re-autoría, promoviendo la internalización de un diálogo interno compasivo. Desde la perspectiva narrativa, la consolidación de las historias alternativas requiere ser vivida, relatada y testificada por nuevas audiencias, por lo que mantener un espacio de reflexión acompañada se convierte en un resguardo clínico esencial para evitar regresiones y reforzar la autonomía emocional.

- **Acciones Sugeridas:** Implementar ejercicios narrativos de mantenimiento (cartas a sí misma y actualización de la metáfora “*León Red*”) e integrar técnicas de regulación (respiración o mindfulness) que refuercen la conexión entre cuerpo y emoción.
- **Responsable:** Profesional de Salud Mental o de red local.
- **Plazo:** Corto a mediano (3 - 6 meses posteriores al cierre).
- **Indicadores:** Continuidad de asistencia, verbalizaciones de agencia emocional, disminución de reapariciones del “*León Red*” en el discurso cotidiano.
- **Resguardo Ético:** Garantizar que cualquier seguimiento se realice con consentimiento informado, resguardando la autonomía de V. y evitando generar dependencia terapéutica.
- **Justificación:** La continuidad narrativa permite consolidar los significados construidos, manteniendo la coherencia entre identidad, emociones y contextos.

2. Nivel Familiar: Fortalecer la Corresponsabilidad Emocional y el Autocuidado Parental

El proceso evidenció que la recuperación del equilibrio emocional de V. se encuentra estrechamente vinculada con la regulación emocional de su madre. Por ello, resulta fundamental recomendar la implementación de espacios de acompañamiento familiar o parental, centrados en la validación emocional y el autocuidado de la figura cuidadora. La madre mostró disposición al cambio, pero también una carga emocional crónica que limita su capacidad de sostén. Al potenciar su bienestar, ya sea mediante orientación psicológica, redes comunitarias o programas de parentalidad positiva, fortalecería indirectamente la estabilidad emocional de V. y contribuiría a mantener una dinámica vincular menos centrada en la culpa o la sobreprotección. Desde una lectura sistémica, acompañar a la cuidadora es acompañar al sistema entero, pues la salud emocional de los adultos determina la calidad de las narrativas que los niños aprenden sobre sí mismos.

En el proceso también podría haber incluido a otras figuras significativas, como su padre y su abuela materna, como agentes de regulación emocional, estas figuras, aunque con presencias más intermitentes, poseen un valor simbólico relevante en la configuración de las narrativas familiares y en el modo en que V. construye su sentido de pertenencia. Por ello, resulta recomendable que futuras

intervenciones incluyan instancias de trabajo relacional ampliado, orientadas a fortalecer la corresponsabilidad emocional del sistema familiar completo.

Concretamente, podría haberse planificado un ciclo de sesiones familiares breves donde participaran la madre, el padre y la abuela como “*Testigos del cambio*”, abordando desde un enfoque colaborativo las formas en que cada uno contribuye a sostener las dinámicas emocionales de V. La abuela, por su rol histórico de apoyo y contención, podría haber favorecido la transmisión de relatos familiares que nutran la identidad de V. desde la aceptación y la calma. En cuanto al padre, por su parte, podría ser integrado como figura de seguridad y reconocimiento, evitando que su participación fragmentada refuerce sentimientos de ambivalencia afectiva en la paciente. Este tipo de trabajo permitiría redistribuir las funciones emocionales dentro del sistema, aligerando la sobrecarga de la madre y promoviendo vínculos más equilibrados y recíprocos.

Desde la mirada sistémico-narrativa, al incluir a todos los miembros relevantes del sistema amplía las posibilidades de co-construir nuevas historias familiares, donde la ansiedad deje de ser un síntoma compartido para transformarse en un lenguaje de cambio. En este sentido, fortalecer la red vincular no solo favorece la continuidad del bienestar de V., sino que también potencia la capacidad del sistema familiar para responder de manera más adaptativa y compasiva ante futuras crisis emocionales.

- **Acciones Sugeridas:** Incluir a la madre en un ciclo breve de orientación familiar o taller de parentalidad consciente, centrado en la validación emocional y el autocuidado, favorecer estrategias de co-regulación entre madre e hija (tiempos de ocio conjunto, rutinas de conversación empática, reconocimiento recíproco) y la inclusión de otros miembros relevantes del sistema, ampliando las posibilidades de co-construir nuevas historias familiares, donde la ansiedad deje de ser un síntoma compartido para transformarse en un lenguaje de cambio
- **Responsable:** Profesional de Salud Mental o de red local.
- **Plazo:** Mediano (primer semestre del próximo año académico).
- **Recursos:** Coordinación entre profesional y red de apoyo municipal o escolar.
- **Indicadores:** Aumento en verbalizaciones empáticas, continuidad de rutinas compartidas y reporte de mayor satisfacción relacional.
- **Resguardo Ético:** Resguardar la confidencialidad del proceso clínico previo, toda acción de apoyo debe contar con consentimiento explícito y mantener los límites terapéuticos.
- **Justificación:** La evidencia sistémico-narrativa señala que el cambio sostenido se consolida cuando las figuras significativas internalizan el nuevo relato y lo validan en las interacciones cotidianas.

3. Nivel Escolar: Fortalecer la Articulación Interdisciplinaria

El proceso invita a reflexionar sobre el papel de la escuela como contexto terapéutico potencial, la ansiedad de V. no surgía de un entramado donde el rendimiento académico, la exposición y la comparación actuaban como amplificadores del malestar. Por ello, se recomienda establecer puentes entre la clínica y la educación, mediante instancias de coordinación que permitan acompañar a V. desde una mirada coherente y comprensiva. La incorporación del lenguaje narrativo en los espacios escolares, por ejemplo, mediante reportes de conducta y reuniones periódicas, podría transformar la relación de los estudiantes con sus emociones, validando la vulnerabilidad como parte del aprendizaje y no como un signo de debilidad. Desde el enfoque sistémico-narrativo, la expansión del cambio ocurre cuando los nuevos significados encuentran reconocimiento social; la escuela, como comunidad de sentido, es un escenario privilegiado para sostener esta resonancia.

- **Acciones Sugeridas:** Realizar una reunión de cierre y retroalimentación (profesor jefe y/o dupla psicossocial) centrada en compartir estrategias de acompañamiento emocional de bajo impacto (recordatorios visuales, pausas conscientes, refuerzo positivo) y diseñar un plan de seguimiento socioemocional semestral que considere la voz de la estudiante.
- **Responsable:** Profesional de Salud Mental, equipo de Convivencia Escolar y profesor jefe.
- **Plazo:** Mediano (previo al inicio del primer semestre lectivo)
- **Recursos:** Relativo al tiempo institucional para reuniones, fichas de seguimiento y apoyo técnico
- **Indicadores:** Continuidad en la asistencia escolar, reportes docentes y percepción subjetiva de bienestar en la estudiante.
- **Resguardo Ético:** Toda información compartida debe respetar el principio de confidencialidad, la coordinación se limita a estrategias de acompañamiento general y no a contenidos terapéuticos privados.
- **Justificación:** Desde la perspectiva sistémico-narrativa, los cambios emocionales se consolidan cuando los contextos significativos, como la escuela, se convierten en audiencias del nuevo relato, validando y amplificando la experiencia de bienestar.

4. Nivel Contextual: Promover una Mirada Comunitaria y No Patologizante

Esta experiencia reafirma la necesidad de promover un cambio en los discursos que enmarcan el malestar de la preadolescente. Tanto la madre como la hija se encontraban atravesadas por ideales culturales de autosuficiencia, perfeccionismo y control emocional, que invisibilizan la vulnerabilidad y naturalizan el sufrimiento silencioso. La práctica clínica con adolescentes debe, por tanto, asumir un rol no patologizante: que no solo basta con aliviar el síntoma individual si los contextos que lo producen permanecen intactos. Es recomendable que los equipos escolares y comunitarios generen espacios de conversación sobre los mandatos de género, las presiones del rendimiento y los efectos del adultocentrismo, permitiendo la emergencia de discursos más humanizados sobre el éxito y el bienestar. La ansiedad de V. se resignificó cuando fue comprendida no como una falla, sino como una respuesta legítima a un entorno que exigía demasiado. Hacer extensiva esta comprensión al colectivo permitiría avanzar hacia una cultura del cuidado emocional más equitativa y empática.

- **Acciones sugeridas:** Elaborar material psicoeducativo accesible (guías, cápsula audiovisual o folletos) sobre bienestar emocional adolescente y enfoque narrativo, incorporar talleres de autocuidado y expresión emocional, integrando metáforas o recursos narrativos y fomentar espacios reflexivos entre paciente-familia sobre los efectos del rendimiento, la autoexigencia y los mandatos de perfección.
- **Responsable:** Profesional de Salud Mental.
- **Plazo:** Mediano plazo (implementación en sesión de re-membresia).
- **Indicadores:** Aumento de la participación familiar en actividades socioemocionales, disminución de reportes de ansiedad escolar y mayor apertura al diálogo sobre emociones.
- **Resguardo ético:** Evitar la exposición directa de la historia clínica, toda difusión deberá realizarse desde la anonimización y con fines formativos.
- **Justificación:** La Salud Mental infantojuvenil debe comprenderse como una construcción cultural e intersubjetiva, al visibilizar sus raíces sociales y relacionales permite prevenir la patologización y promover prácticas colectivas de bienestar.

Las recomendaciones del proceso con V. apuntan a profundizar la coherencia del trabajo clínico en todos sus niveles. En lo individual, sostener la agencia y el autocuidado; en lo familiar, favorecer la reciprocidad emocional; en lo escolar, construir alianzas interdisciplinarias sostenibles; y en lo cultural,

promover discursos que comprendan la ansiedad desde su contexto y no desde la patologización. Solo cuando estos niveles dialogan entre sí la intervención se convierte en una práctica transformadora, capaz de generar bienestar no solo en una persona, sino en todo el sistema que la habita.

Desde una mirada transversal, las recomendaciones éticas que surgen de esta experiencia se relacionan con la importancia de preservar la autonomía, la confidencialidad y la no patologización. Cualquier acción de continuidad terapéutica o articulación interinstitucional debe sustentarse en el consentimiento informado y en la participación de V. como agente de su propio proceso. El principio de respeto a la dignidad y la autodeterminación debe prevalecer sobre cualquier decisión técnica. Asimismo, la sensibilidad contextual debe guiar cada intervención, evitando reproducir desigualdades o juicios moralizantes sobre las formas en que las familias enfrentan su malestar.

Finalmente, como terapeuta, este proceso deja aprendizajes que orientan un plan personal de mejora profesional. En el plano técnico, propongo seguir perfeccionando la integración entre evaluación narrativa y medición empírica del cambio, de modo que los relatos de transformación puedan complementarse con indicadores observables. En el plano relacional, mi desafío será fortalecer la capacidad de sostener la alianza terapéutica frente a resistencias, manteniendo la presencia regulada y empática. Y en el plano ético, continuar cultivando una práctica culturalmente sensible y genuina, consciente de los discursos que atraviesan tanto al paciente, garantizando siempre que la psicoterapia sea un espacio de respeto, participación y dignificación del sufrimiento humano.

Reference

- American Psychological Association. (2017). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). American Psychological Association.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. En S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25–39). Sage.
- Ayala, J., & Masiero, M. (2010). Bienestar emocional y adolescencia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 63(3), 233–242.
- Bell-Dollan, D. J. (1995). Developmental aspects of anxiety in youth: A clinical overview. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4(4), 725–743.
- Bados (2008). Aspectos deontológicos, éticos y legales en la intervención psicológica
- Beyebach, M., & Herrero de Vega, M. (2013). *Cómo criar hijos tiranos: un manual de anti-ayuda para padres de niños y adolescentes*. Herder.
- Birmaher, B., Khetarpal, S., Brent, D., Cully, M., Balach, L., Kaufman, J., & Neer, S. M. (1997). The Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): Scale construction and psychometric characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 545–553.
- Bornás, X., Servera, M., & Llabrés, J. (1996). Trastornos de ansiedad en adolescentes: Características clínicas y evaluación. *Anuario de Psicología*, 70, 61–75.
- Bruner, J. S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Harvard University Press.
- Buck, J. N. (1948). The H-T-P. *Journal of Clinical Psychology*, 4, 151–159
- Caguana-Sopa, V. L., & Tobar-Viera, D. A. (2022). La ansiedad desde la narrativa. *Revista Científica de la Universidad Nacional de Colombia*, 21(2), 121–133.
- Caro Amada, C., & Plaza de la Hoz, J. (2016). Intervención educativa familiar y terapia sistémica en la adicción adolescente a Internet. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 27(1), 99–113.
- Carreño, M. (2020). Expresión emocional en adolescentes: un estudio cualitativo. *Revista Psicología y Educación*, 15(1), 35–47.
- Castañeda Naranjo, A. C., & Palacios Neri, J. (2015). La terapia narrativa en adolescentes: revisión conceptual y aplicaciones clínicas. *Psicología desde el Caribe*, 32(3), 529–552.
- Caguana-Sopa, C. M., & Tobar-Viera, A. J. (2022). Emociones y género: análisis de la expresión emocional en adolescentes desde una perspectiva sociocultural. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(1), 45–60.
- Colegio de Psicólogos de Chile. (2012). *Código de Ética Profesional*. <https://colegiopsicologos.cl/wp-content/uploads/2021/06/CodigoEtica2012.pdf>
- Costello, E. J., & Angold, A. (1995). Developmental epidemiology. En D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology* (Vol. 1, pp. 23–56). Wiley.
- Cova, F., Rincón, P., Melipillán, R., & Valdivia, M. (2007). Adaptación y validación del SCARED para población chilena. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 45(1), 55–62.

Cuenca, J., Gómez, A., & Ramírez, P. (2020). Prevalencia de trastornos mentales en adolescentes: enfoque en disruptivos, ansiosos y depresivos. *Revista Iberoamericana de Salud Mental*, 10(2), 45–58.

Chacón, M., De la Cera, F., Fernández, A., & Murillo, P. (2021). *Ansiedad en jóvenes adolescentes: manifestación emocional y evaluación*. Repositorio Institucional UCC.

Cloitre, M., Jackson, C., & Schmidt, J. A. (2016). Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation—Adolescent version (STAIR-A): A pilot school-based narrative intervention. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 9(3), 183–193. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0092-2>

Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N., & Domènech, J. M. (2007). Expresión emocional y su relación con la salud mental en adolescentes. *Anales de Psicología*, 23(1), 10–18.

Easdale-Cheeley, T., Parlatini, V., Cortese, S., & Bellato, A. (2024). A narrative review of the efficacy of interventions for emotional dysregulation and underlying bio-psycho-social factors. *Brain Sciences*, 14(5), 453. <https://doi.org/10.3390/brainsci14050453>

Erikson, E. H. (1985). *El ciclo vital completado* (1.ª ed.). Paidós.

Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (1997). *Playful approaches to serious problems: Narrative therapy with children and their families*. W. W. Norton.

Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós

Fernández, P., & Rodríguez, L. (2010). Narrativas de resiliencia: reestructuración del relato interno en adolescentes con sintomatología ansioso-depresiva. *Revista Iberoamericana de Intervención Psicológica*, 5(2), 45–58.

Gallego, R., Ríos, M., & Menéndez, M. (2003). El bienestar emocional en la adolescencia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56(2), 205–222.

García, R., López, M., & Pérez, F. (2012). Percepciones docentes sobre la intervención psicológica escolar. *Revista de Psicología Educativa*, 18(2), 75–84.

Guerra, V., Lillo, M., & Rodríguez, R. (2017). Ansiedad en adolescentes chilenos: prevalencia y factores asociados. *Revista Chilena de Psicología*, 26(2), 119–132.

Hammer, E. F. (1997). *Advances in projective drawing interpretation*. Charles C. Thomas.

Hale, W. W. III, Crocetti, E., Raaijmakers, A. W., & Meeus, W. H. J. (2011). A meta-analysis of the cross-cultural psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(1), 80–90.

La Greca, A. M., Dandes, S. K., Wick, P., Shaw, K., & Stone, W. L. (1992). Development of the Social Anxiety Scale for Children: Reliability and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21(1), 84–91.

Lecannelier, F. (2019). *El apego y la intersubjetividad: Influencia de los Vínculos Tempranos en el Desarrollo Humano y la Salud Mental*. Ediciones LOM.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). *The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?* *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>

Martínez-Monteagudo, M. C. (2009). Ansiedad escolar en la adolescencia: análisis diferencial por sexo y nivel educativo. *Revista de Psicodidáctica*, 14(2), 231–243.

Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure: A method of personality investigation*. Charles C Thomas Publishers.

Ministerio de Educación de Chile. (2023). *Orientaciones para el fortalecimiento de la salud mental en el ámbito escolar*. <https://www.mineduc.cl>

Ministerio de Salud de Chile. (2017). *Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025*. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/Plan-Nacional-Salud-Mental-2017-2025.pdf>

Moreno, C., Muñoz-Navarro, R., & Blanco, A. (2019). Ansiedad y salud mental en adolescentes: revisión postpandemia. *Psicothema*, 31(2), 127–134.

Moulton, J. (2018). Narrative therapy and emotional expression in adolescents. *Journal of Systemic Therapies*, 37(3), 33–48.

Muris, P., Merckelbach, H., Schmidt, H., & Mayer, B. (2002). Reliability and validity of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) in German children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33(1), 1–18.

McNamee, S. and Gergen, K.J. (1998). Relational responsibility: Resources for sustainable

National Library of Medicine. (2023). *Anxiety*. In StatPearls. NCBI Bookshelf. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470361/>

Nardone, G., Cerutti, D., & Portelli, C. (2013). *Modelos de familia: conocer y resolver los problemas entre padres e hijos*. Herder.

Obando Cabezas, K. V., Martínez Gómez, C. J., & Salas, R. (2022). Efectos de una intervención narrativa sobre el bienestar emocional en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 31(2), 112–123.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *La salud mental de los adolescentes*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Trastornos de ansiedad*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Salud mental y bienestar en adolescentes: Prioridades y desafíos*. <https://www.paho.org>

Ortega-Ruiz, R. (2019). *Vida sentimental y cortejo adolescente en ámbitos escolares*. *Pensamiento Psicológico*, 17(2), 9–22.

Palma, V., Bascuñán, M., Camps, F., Contreras, D., Napolitano, A., San Juan, M., Slaughter, M., & Vidal, G. (2006). Evaluación de la psicología educacional en Chile: informe de investigación. *Revista de Educación y Psicología*, 17(1), 35–52.

Parry, L., & Doan, R. E. (1994). *Life's stories: Applications of narrative ideas to practice*. Norton.

Papalia, D. E., & Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano* (10.ª ed.). McGraw-Hill Education.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., et al. (2015). *Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(3), 345–365.

Payne, M. (2002). *Terapia narrativa: una introducción para profesionales*. Barcelona: Paidós.

Quiroga, C., & Almeda, M. (2020). Reconfiguración del bienestar emocional a través de terapia narrativa. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 29(3), 890–901.

Ramón-Arbeláez, A., González, M., & Forero, C. (2020). Aplicación de la terapia narrativa en adolescentes con sintomatología ansiosa: un estudio de caso. *Revista Latinoamericana de Psicología Clínica*, 12(1), 45–58.

Rendón, M. (2015). Agencia y resiliencia: reconstruyendo el autoconcepto en la adolescencia. *Psicología y Educación*, 51, 23–39.

Sistema Escolar de Mejora Institucional (SEMI). (2024). *Orientaciones para el fortalecimiento de la salud mental en contextos escolares*. Ministerio de Educación de Chile.

Serna-Arbeláez, M. R., Escobar-Muñoz, M. A., & Arbeláez-Rojas, M. F. (2020). Comprensión de la ansiedad desde una perspectiva emocional y conductual en adolescentes. *Revista Científica Profundidad*, 7(2), 25–33.

Taleb, N. N. (2019). *Antifrágil: Las cosas que se benefician del desorden*. Paidós.

UNESCO & UNICEF. (2018). *Actuar juntos: Guía de salud mental para escuelas inclusivas*. <https://www.unesco.org>

Vidal, G. (2007). El rol del psicólogo educacional en el sistema escolar chileno. *Psicoperspectivas*, 6(2), 30–47.

Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., & Buela-Casal, G. (2007). Preliminary analysis and normative data of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in adolescent and adult population of Santiago, Chile. *Terapia Psicológica*, 25(2), 155–162.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. W. W. Norton

White, M., & Epston, D. (1993). *Medios narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós

White, M. (2002). *Reescribir la vida: entrevistas y ensayos*. Barcelona: Gedisa.

White, M. (2004). *Narrative practice and exotic lives: Resurrecting diversity in everyday life*. Dulwich Centre Publications.

Anexos I: Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

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

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

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

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

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

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

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

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

Si decides participar, ¡muchas gracias!

Ximena Pereira López

En pleno conocimiento de esto:

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

Firma participante: *Ximena Pereira López*

Fecha: *10/10/2023*

Firma Investigador(a) a cargo:

Anexo II: Consentimiento Videograbación

A través del presente autorizo la atención psicoterapéutica por videollamada.

Al día de hoy 23 (día), Octubre (mes), 2024 (año), autorizo a la psicóloga/o _____ rut _____, Registro Superintendencia de Salud _____ a realizar atención psicológica vía videollamada, utilizando para este fin la plataforma _____ con el resguardo de la seguridad y conectividad.

En esta atención participarán: Valentina Millaoy, rut 24.123.713-3; Leonora Leonera, rut 17.206.862-6.

Si tengo alguna duda del uso de esta plataforma, el profesional resolverá mis inquietudes. En caso que se produzca un fallo tecnológico que interrumpa la sesión, el profesional me contactará vía telefónica al teléfono 920609413. Si no fuera posible retomar la conexión, la sesión será reagendada.

Declaro conocer los beneficios y riesgos potenciales respecto a la seguridad de la plataforma.

Se utilizarán audífonos y un espacio físico que garanticen la privacidad y tranquilidad de la atención. Junto con esto, se utilizará un espacio que permita óptimas condiciones de luminosidad y audio.

La información recogida en la intervención será registrada en una ficha clínica confidencial de uso exclusivo para la psicóloga tratante. Toda la información confidencial, salvo a que dicho contenido de cuenta de una situación que ponga en riesgo mi salud.

El material recogido en las sesiones podrá presentarse a una psicóloga experta (supervisora) que realizará recomendaciones y también para fines académicos del programa de formación _____, de manera de favorecer una comprensión clínica más acabada, beneficiando el abordaje psicoterapéutico. Esta información será presentada anonimizada, no siendo posible identificar nombres de las personas atendidas.

En caso de urgencia autorizo a que contacten a Florencia, teléfono 960858332 mail _____. En caso de ser necesario, la psicóloga podrá derivarme a algún servicio de salud, para esto, informo que mi previsión de salud es Fonasa y el servicio de emergencia más cercano a mi domicilio es Cesfam Leonera.

Me comprometo a conectarme semanalmente los días Viércoles a las 20:00 hrs. La duración de cada sesión será de _____ minutos. En caso de no poder asistir, avisaré con 24 hrs de anticipación. Declaro estar informado del valor del servicio, siendo el pago asociado a cada sesión de \$ _____, el cual deberá ser pagado vía transferencia electrónica antes del inicio de la sesión. Los datos para el pago son _____. Una vez realizada la transferencia, recibiré una boleta electrónica para el reembolso en el sistema previsional de salud.

En caso necesario, entre sesiones podré contactar a la psicóloga al mail _____. En caso necesario, la psicóloga podría determinar que la telepsicología no es apropiada para mi atención.

Estoy al tanto que puedo verificar los datos de mi psicóloga tratante en la Superintendencia de salud:
<http://webhostine.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresindividuales.rtf/?buscador=openform>

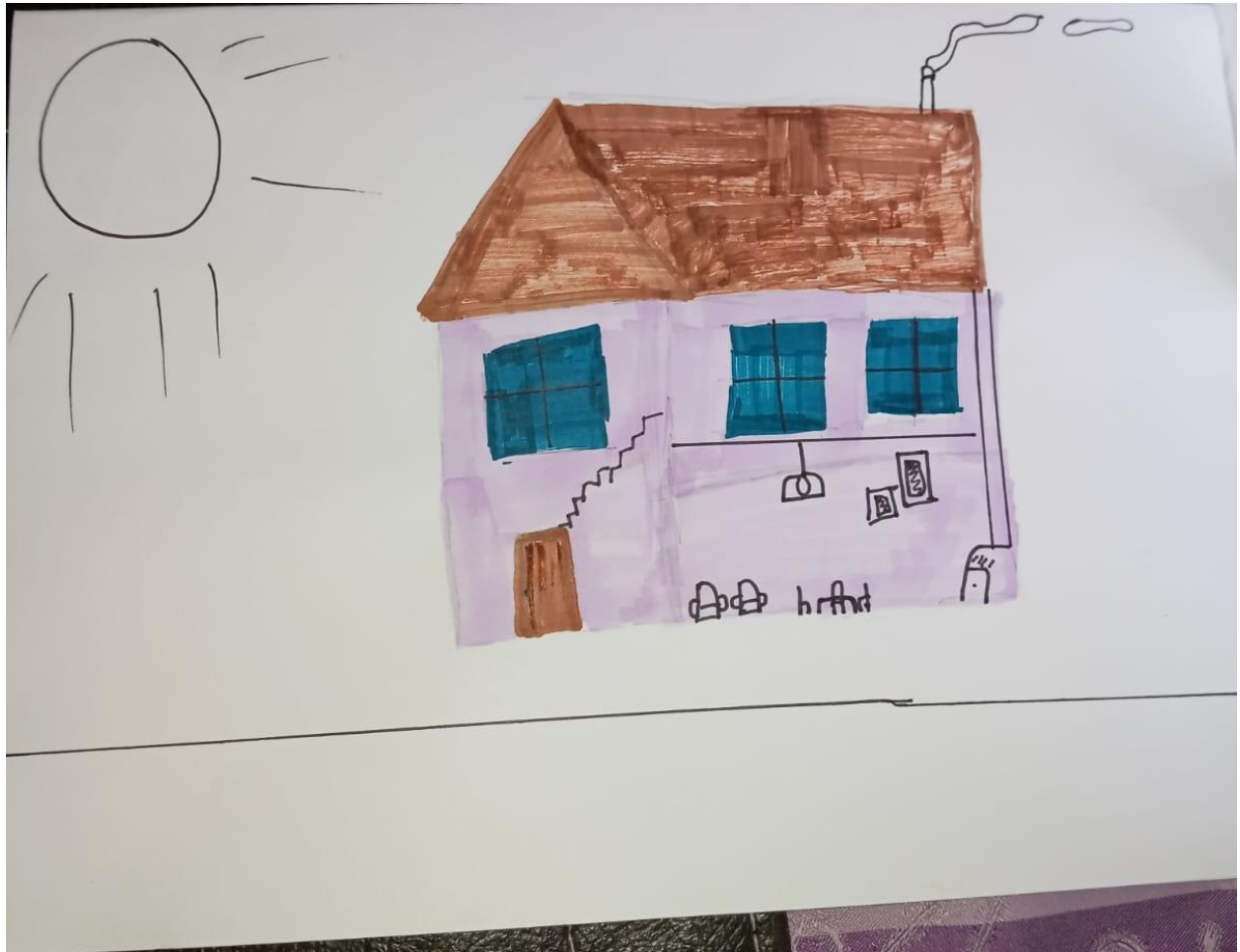
Del mismo modo, puedo informarme acerca de los Derechos y Deberes de los pacientes, los cuales están disponibles en <https://www.lcn.cl/leyfacil/recurso/derechos-y-deberes-de-los-pacientes-salud> y en <http://www.minsal.cl/derechos-y-deberes-de-los-pacientes/>

Por último, confirmo que mis datos personales son:

Nombre completo: Valentina Millaoy Gajardo Melo
Rut: 17.206.862-6
Dirección: 12 de Octubre # 254, Leonera

Anexo: Prueba Proyectiva HTP

House



Tree



Person



Anexo II: Prueba Proyectiva Persona Bajo la Lluvia

Imagen



Texto

LA NIÑA DE LA LLUVIA

habia una vez una niña que se llamaba valentina era muy Feliz hasta que le encontraron cancer ella se puso triste pero habia una actividad que a ella le gustaba mucho que cuando estaba lloviendo ir a mojarse y saltar en los charcos, se divertia mucho, pero todo mejoro ella fue a medico y el cancer se mejoro ella Feliz.

FIN

Anexo: SCARED

SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS
(SCAReD)*
AUTO-REPORTE PARA DESÓRDENES RELACIONADOS CON LA ANSIEDAD EN LA INFANCIA

FORMA PARA NIÑOS (8 a los o mayores)**

Nombre: Violeta Ignacia De La Cruz Gajardo Fecha: 07.06.2025

Identificación #:

Esta es una lista de cosas que describen como se siente usted. Marque el 0 si casi nunca o nunca es cierto. Marque el 1 si es cierto algunas veces. Marque el 2 si casi siempre o siempre es cierto. Por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda.

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

| | | |
|-----|---|---|
| 1. | Cuando tengo miedo, no puedo respirar bien. | 0 |
| 2. | Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza. | 1 |
| 3. | No me gusta estar con personas que no conozco bien. | 2 |
| 4. | Cuando duermo en una casa que no es la mía me siento con miedo. | 1 |
| 5. | Me preocupa saber si le caigo bien a la gente. | 0 |
| 6. | Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar. | 1 |
| 7. | Soy una persona nerviosa. | 1 |
| 8. | Sigo a mis padres a donde ellos van. | 2 |
| 9. | La gente me dice que me veo nervioso(a). | 0 |
| 10. | Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco bien. | 1 |
| 11. | Cuando estoy en la escuela me duele el estómago (panza). | 1 |
| 12. | Cuando tengo mucho miedo, me siento como si me fuera a enloquecer. | 0 |
| 13. | Me preocupo cuando tengo que dormir solo(a). | 1 |
| 14. | Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños (por ejemplo: en mis estudios o deportes). | 0 |
| 15. | Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas fueran diferentes o no reales. | 0 |
| 16. | En las noches sueño que cosas malas le van a pasar a mis padres. | 0 |
| 17. | Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela. | 0 |

POR FAVOR COMPLETE LA PROXIMA PÁGINA

0= Casi nunca o nunca es cierto

1= Es cierto algunas veces

| | | |
|-----|--|---|
| 18. | Cuando tengo mucho miedo, el corazón me late muy rápido. | 0 |
| 19. | Yo tiemblo. | 1 |
| 20. | En las noches tengo pesadillas de que me va a pasar algo malo. | 0 |
| 21. | Me preocupa pensar como me van a salir las cosas. | 1 |
| 22. | Sudo mucho cuando tengo miedo. | 2 |
| 23. | Me preocupo demasiado. | 1 |
| 24. | Me preocupo sin motivo. | 0 |
| 25. | Me da miedo estar solo(a) en la casa. | 0 |
| 26. | Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco. | 1 |
| 27. | Cuando tengo miedo, siento como si me ahogara o no pudiera respirar. | 0 |
| 28. | Las personas me dicen que yo me preocupo demasiado. | 0 |
| 29. | No me gusta estar lejos de mi familia. | 1 |
| 30. | Tengo miedo de tener ataques de nervios (pánico). | 0 |
| 31. | Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres. | 0 |
| 32. | Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco. | 1 |
| 33. | Me preocupa que me pasara cuando sea grande. | 1 |
| 34. | Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar. | 0 |
| 35. | Me preocupa saber si hago las cosas bien. | 1 |
| 36. | Tengo miedo de ir al colegio. | 0 |
| 37. | Me preocupan las cosas que ya han pasado. | 1 |
| 38. | Cuando tengo miedo, me siento mareado(a). | 0 |
| 39. | Me siento nervioso(a) cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar) | 1 |
| 40. | Me siento nervioso(a) de ir a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay gente que no conozco. | 1 |
| 41. | Soy tímido(a) | 1 |

*Hecho por Boris Birmaher, M.D., Suneeta Khetarpal, M.D., Marlane Cully, M.Ed., David A. Brent, M.D., and Sandra McKenzie, Ph.D., Instituto Siquiátrico de la Universidad de Pittsburgh (11/95). E-mail: boris@camp.wpic.pitt.edu

**Se recomienda que a los niños de 8 a 11 años se les explique bien el contenido de este cuestionario o que contesten el cuestionario al lado de un adulto en caso de que tengan algunas preguntas.

Resultados

SCARED Rating Scale Scoring Aide

Use with Parent and Child Versions

| Question | Panic Somatic | Generalized Anxiety | Separation | Social | School Avoidance |
|--------------|------------------|------------------------|---------------|---------------|---------------------|
| 1 | 0 | | | | |
| 2 | | | | | 1 |
| 3 | | | | 2 | |
| 4 | | | 1 | | |
| 5 | | 0 | | | |
| 6 | 1 | | | | |
| 7 | | 1 | | | |
| 8 | | | 2 | | |
| 9 | 0 | | | | |
| 10 | | | | 1 | |
| 11 | | | | | 1 |
| 12 | 0 | | | | |
| 13 | | | 1 | | |
| 14 | | 0 | | | |
| 15 | 0 | | | | |
| 16 | | | 0 | | |
| 17 | | | | | 0 |
| 18 | 0 | | | | |
| 19 | 1 | | | | |
| 20 | | | 0 | | |
| 21 | | 1 | | | |
| 22 | 2 | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | 0 | | | | |
| 25 | | | 0 | | |
| 26 | | | | 1 | |
| 27 | 0 | | | | |
| 28 | | 0 | | | |
| 29 | | | 1 | | |
| 30 | 0 | | | | |
| 31 | | | 0 | | |
| 32 | | | | 1 | |
| 33 | | 1 | | | |
| 34 | 0 | | | | |
| 35 | | 1 | | | |
| 36 | | | | | 0 |
| 37 | | 1 | | | |
| 38 | 0 | | | | |
| 39 | | | | 1 | |
| 40 | | | | 1 | |
| 41 | | | | 1 | |
| Total | 4 | 5 | 5 | 8 | 2 |
| | Cutoff = 7 | Cutoff = 9 | Cutoff = 5 | Cutoff = 8 | Cutoff = 3 |

0 = not true or hardly true
 1 = somewhat true or sometimes true
 2 = very true or often true

SCORING

A total score of ≥ 25 may indicate the presence of an **Anxiety Disorder**. Scores higher than 30 are more specific.

A score of **7** for items 1, 6, 9, 12, 15, 18, 19, 22, 24, 27, 30, 34, 38 may indicate **Panic Disorder** or **Significant Somatic Symptoms**.

A score of **9** for items 5, 7, 14, 21, 23, 28, 33, 35, 37 may indicate **Generalized Anxiety Disorder**.

A score of **5** for items 4, 8, 13, 16, 20, 25, 29, 31 may indicate **Separation Anxiety Disorder**.

A score of **8** for items 3, 10, 26, 32, 39, 40, 41 may indicate **Social Anxiety Disorder**.

A score of **3** for items 2, 11, 17, 36 may indicate Significant **School Avoidance**.

Total anxiety ≥ 25