



UTPL

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN
Y HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“Intervención cognitivo conductual en una adolescente en
acogimiento institucional debido a patrones familiares
alterados y negligencia en la crianza”**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora: Pasaca Ruiz, María de los Ángeles

Directora: Hurtado Armijos, Arianna Denisse

LOJA

2024



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 17 de septiembre del 2024

Magister

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención cognitivo conductual en una adolescente en acogimiento institucional debido a patrones familiares alterados y negligencia en la crianza realizado por María de los Ángeles Pasaca Ruiz, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo. Así mismo, doy fe que dicho Trabajo de Integración Curricular ha sido revisado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y no cuenta con porcentaje de coincidencia alguno.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Directora: Arianna Denisse Hurtado Armijos, Mgtr.

C.I.: 110418364643

Correo electrónico: adhurtado3@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, María de los Ángeles Pasaca Ruiz, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Intervención cognitivo conductual en una adolescente en acogimiento institucional con patrones familiares alterados y negligencia en la crianza, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo 1. Identificación del paciente, motivo de consulta, historia del problema, proceso de evaluación, y proceso diagnóstico. Capítulo 2. Tratamiento, objetivos terapéuticos y plan de intervención. Capítulo 3. Resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo Arianna Denisse Hurtado Armijos, directora del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autora: María de los Ángeles Pasaca Ruiz

C.I.: 1950046225

Correo electrónico: mdpasaca@utpl.edu.ec

Dedicatoria

El presente trabajo es dedicado a:

Mi persona, por mi esfuerzo y dedicación en los cuatro años de universidad, por no desistir de mis sueños, ni de mis propósitos y seguir adelante a pesar de las circunstancias, por cada desvelo estudiando para los bimestrales y por estar lejos de mi familia, así también quiero destacar mi rendimiento académico, el cual me ayudó a mantener mi beca para poder seguir estudiando.

Mis papitos Jorge y Enid por su amor, apoyo y cuidado incondicional durante toda mi carrera universitaria, a pesar de la distancia siempre estuvieron presentes en cada llamada y en cada visita, gracias por quedarse todo este tiempo a mi lado y por confiar en mis capacidades, por cada palabra de aliento y por amarme con todo su corazón. Estaré agradecida toda la vida con ustedes por nunca cortarme las alas y por hacer hasta lo imposible para que sea feliz.

Mi mamá Maritza y mi hermano Fernando por ser la luz de todos mis días, su presencia y compañía trajeron fortaleza a mi vida, gracias por creer en mí y estar en los momentos más difíciles, por impulsarme a seguir y no dejar que me rinda. Siempre estaremos juntos en los buenos momentos y en las adversidades.

A mi novio Bryan, por su noble corazón, por su paciencia, por su cuidado, por acompañarme y motivarme para que cumpla mis sueños, gracias por hacer que todo sea más llevadero, por estar en cada noche de desvelo, por traer mucho amor y alegría a mi vida, y por darme ese positivismo para seguir adelante. Eres el mejor siempre.

Mi título profesional no sería posible sin su ayuda, los amo mucho con todo mi corazón.

Agradecimiento

Le doy gracias a Dios, por darme salud y fortaleza en cada ciclo académico y en cada momento que pasé lejos de mi hogar.

A mi familia, por todo el cariño, especialmente a mi primita Martina que siempre ha sido mi mayor inspiración.

A todos mis compañeros de la carrera, a los más cercanos y a los más lejanos por el compañerismo, el apoyo y la ayuda que nos brindamos durante todo este trayecto, así como también por la acogida y el recibimiento en esta nueva ciudad.

A mi directora de tesis Arianna Hurtado, por su paciencia, motivación y cada palabra de aliento que me brindó para que no desista de mi propósito.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, por permitirme cursar mis estudios dentro de su institución y por concederme el programa de becas, fue de mucha ayuda para poder pagar mis estudios de manera continua.

Índice de contenido

Carátula	¡Error! Marcador no definido.
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular	II
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	III
Dedicatoria	V
Agradecimiento.....	VI
Índice de contenido	VII
Índice de tablas	VIII
Índice de figuras	VIII
Resumen.....	1
Abstract	2
Introducción	3
Capítulo uno.....	6
Marco teórico	6
1.1 Presentación del caso	6
1.1.1 <i>Identificación del paciente</i>	6
1.1.2 <i>Motivo de consulta</i>	7
1.1.3 <i>Historia del problema y descripción de la sintomatología</i>	7
1.2 Proceso de evaluación	10
1.3 Proceso diagnóstico.....	16
1.3.1 <i>Diagnóstico presuntivo</i>	17
1.3.2 <i>Diagnóstico diferencial</i>	17

1.3.3 Diagnóstico definitivo.....	19
Capítulo dos	21
Metodología.....	21
2.1 Tratamiento/Intervención.....	21
2.1.1 Objetivos terapéuticos.....	21
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención	21
Capítulo tres	37
Resultados	37
Discusión.....	42
Conclusiones	49
Recomendaciones	50
Referencias	51

Índice de tablas

Tabla 1 Cuestionario de Depresión Infantil (CDI).....	12
Tabla 2 Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAIC)	13
Tabla 3 Cuestionario de Autoestima de Lucy Reidl.....	14
Tabla 4 Plan de Intervención Psicoterapéutico	21
Tabla 5 Ficha de Observación.....	40

Índice de figuras

Figura 1 Genograma Familiar.....	6
Figura 2 Cuestionario de Depresión Infantil (CDI).....	38
Figura 3 Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAIC)	38
Figura 4 Cuestionario de Autoestima de Lucy Reidl	39

Resumen

El presente trabajo, detalla la intervención psicoterapéutica de una adolescente de 14 años, quien ha estado expuesta a situaciones negativas durante la infancia; por lo cual, actualmente se encuentra institucionalizada en un Centro de Acogimiento. El proceso de evaluación se desarrolló mediante técnicas de observación, entrevista y aplicación de instrumentos psicológicos como: Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAIC), Cuestionario de Autoestima de Lucy Reidl y Test Proyectivos “Persona Bajo la Lluvia” y “La Familia”, de tal manera que se obtuvieron diagnósticos Z relacionados a patrones familiares alterados y negligencia en la crianza. Posteriormente, se elaboró un plan terapéutico, cuyo objetivo fue disminuir la sintomatología ansiosa, fortalecer la autoestima y entrenar en estrategias de afrontamiento, donde se utilizaron técnicas del enfoque cognitivo-conductual, entre ellas las técnicas de respiración, reestructuración cognitiva, resolución de problemas y habilidades sociales. Finalmente, los resultados obtenidos tras el proceso de intervención fueron medianamente favorables, debido a que se evidenció una leve disminución de la sintomatología ansiosa, modificación de pensamientos, fortalecimiento en habilidades sociales y solución de conflictos.

Palabras clave: negligencia materna, acogimiento institucional, adolescente.

Abstract

The present work details the psychotherapeutic intervention of a 14-year-old adolescent who has been exposed to negative situations during her childhood; therefore, she is currently institutionalized in a foster care center. The evaluation process was developed through observation, interview and application of psychological instruments such as: Childhood Depression Questionnaire (CDI), State and Trait Anxiety Questionnaire (STAIC), Lucy Reidl's Self-Esteem Questionnaire and Projective Tests "Person in the Rain" and "The Family", in such a way that Z diagnoses related to altered family patterns and neglect in parenting were obtained. Subsequently, a therapeutic plan was elaborated, whose objective was to reduce the anxious symptomatology, strengthen self-esteem and train in coping strategies, where techniques of the cognitive-behavioral approach were used, including breathing techniques, cognitive restructuring, problem solving and social skills. Finally, the results obtained after the intervention process were moderately favorable, since a slight decrease in anxious symptomatology, thought modification, strengthening of social skills and conflict resolution were evidenced.

Keywords: maternal neglect, institutional care, adolescent.

Introducción

La negligencia infantil es la reiterada desatención por parte de un progenitor o cuidador hacia un niño/a, donde se descuidan aspectos relacionados con la salud, educación, vinculación afectiva, nutrición y condiciones favorables de crianza, además existe una imposibilidad de cumplir con las necesidades básicas incluso cuando se tienen los medios, el conocimiento y el acceso a servicios para realizarlo (García et al., 2019).

A nivel mundial la negligencia aún se considera un tema desconocido, por lo que se carece de estadísticas y datos necesarios para entender la gravedad del problema. Los niños afectados son menores de 18 años y el impacto conlleva secuelas emocionales y físicas; sin embargo, no se denuncia porque puede relacionarse con prácticas culturales que violan los derechos de niñas y niños (Maldonado et al., 2021).

Según Correa y Bedoya (2020) el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) comunica dentro de sus informes, que cada cinco minutos un menor fallece a causa de la violencia o negligencia respecto a su cuidado; a nivel mundial el 60% de los infantes entre 2 y 14 años son maltratados físicamente por sus progenitores y cuidadores; y más de la mitad de niños y adolescentes en 58 países son corregidos de manera violenta. Asimismo, se menciona que en América Latina y el Caribe cada año se muestran 25.000 homicidios de niños y adolescentes y que dos de cada tres menores de edad experimentan disciplina violenta en su domicilio.

Por otro lado, en países de Sudamérica como Colombia varios estudios muestran que el 85% corresponde a la negligencia o el abandono de padres a hijos, seguido por el 10% de una violencia verbal y 5% en violencia física; además, se menciona que la prevalencia de maltrato y el nivel socioeconómico están relacionados, debido a que los datos mostraron que los progenitores con nivel socioeconómico bajo muestran negligencia hacia los hijos, pues no cuentan con los recursos necesarios (Meza y Navarro, 2022). En Venezuela se realizó un estudio con una muestra de 110 casos de niños y niñas con maltrato infantil, en la cual se determinó que: 15 casos presentaban baja autoestima, 15 denotaron agresividad, 10 casos

tristeza, 14 casos deterioro en el rendimiento escolar y 4 casos síntomas disociativos (Fernández et al., 2020)

De acuerdo con Merchán et al. (2021) en el Ecuador, el 47% de niños, niñas y adolescentes han recibido algún tipo de maltrato por parte de sus padres, en relación con esta cifra se menciona que el 48% vivió castigos extremos como golpes, encierros, baños de agua fría y prohibición del alimento, también se manifiesta que siete de cada diez niños son maltratados por un miembro de su entorno familiar y el 75% de la violencia proviene de ambos progenitores. Otro estudio realizado por Fernández et al. (2019) en Ecuador, refieren que la forma más representativa de violencia es la negligencia con 42%, el 25% en niños que padecen maltrato psicológico, 18% maltrato físico y el 7% abuso sexual.

Por ende, se ha demostrado que la negligencia en la infancia puede generar baja autoestima, hiperactividad, traumatismos, deficiencia en relaciones interpersonales, trastornos somáticos, bajo rendimiento académico, trastornos de conducta alimentaria, depresión, ansiedad, estrés postraumático y consumo de sustancias; y, de acuerdo a los indicadores comportamentales los niños/as tienen retraso en el desarrollo emocional e intelectual y desconfianza hacia personas adultas (Losada y Porto, 2019).

En otro estudio realizado por Méndez et al., (2019) se manifiesta que los niños sustraídos de su hogar por negligencia y que están institucionalizados pueden padecer una limitación en su desarrollo psicosocial, ansiedad en rasgo, pensamientos desadaptativos, sentimientos de inferioridad, deficiente autocontrol de impulsos, inestabilidad emocional, rasgos de personalidad de aislamiento e inseguridad y déficit en habilidades social.

Según Navarro (2023) el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) del Ecuador, cuenta con 65 centros de acogimiento institucional a nivel nacional, las cuales prestan sus servicios a niños/as y adolescentes (NNA) de entre 0 a 17 años. Actualmente, se considera que 1634 (NNA), se encuentran dentro de estos servicios; los cuales, les proporcionan alojamiento, apoyo, seguridad y estabilidad cubriendo las necesidades básicas requeridas; siendo ésta la última opción de amparo a seleccionar.

En base a lo expuesto anteriormente, se describe brevemente el caso abordado en el presente trabajo, el cual trata de una paciente de 14 años, quien ha estado expuesta a múltiples situaciones y eventos negativos, debido a conductas negligentes respecto a su cuidado y protección integral; por lo cual, fue sustraída de su hogar y enviada a un centro de acogimiento. Evidenciándose en ella, sintomatología ansiosa y baja autoestima, problemas en la toma de decisiones, resolución de conflictos, comunicación asertiva y conductas impulsivas y hostiles; así como también dificultades en las relaciones interpersonales.

Ante dicha situación, se empleó una intervención psicoterapéutica enfocada en la Terapia Cognitiva Conductual, dado que diferentes estudios han demostrado la eficacia de este enfoque en el tratamiento de casos similares; por ende, las técnicas utilizadas fueron ajustadas a las necesidades y problemática que la paciente presentaba, cuyos objetivos terapéuticos estuvieron dirigidos disminuir la sintomatología ansiosa, fortalecer la autoestima y proporcionar estrategias de afrontamiento.

De este modo se justifica la importancia de este caso, el cual tiene relevancia en el ámbito clínico, debido a que las técnicas empleadas durante el proceso de intervención fueron eficaces e idóneas para este tipo de tratamiento; por lo tanto, pueden utilizarse en futuras investigaciones o aplicaciones con la finalidad de mejorar el bienestar emocional y conductual de la paciente, en situaciones similares. En cuanto al ámbito social, este trabajo contribuye con el objetivo del centro de acogimiento, al que pertenece N. N, el cual establece la importancia de brindar atención psicológica a NNA, víctimas de negligencia infantil, así como también precautelar su bienestar integral.

Finalmente, el trabajo se estructura en tres capítulos. En el primero constan los datos de identificación de la paciente, motivo de consulta, historia del problema y una breve descripción del proceso de evaluación y test aplicados. En el segundo capítulo, se proponen los objetivos terapéuticos junto a la descripción de cada técnica utilizada; y en el tercero se presentan los resultados obtenidos luego de la intervención psicológica, discusión, conclusiones y recomendaciones.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

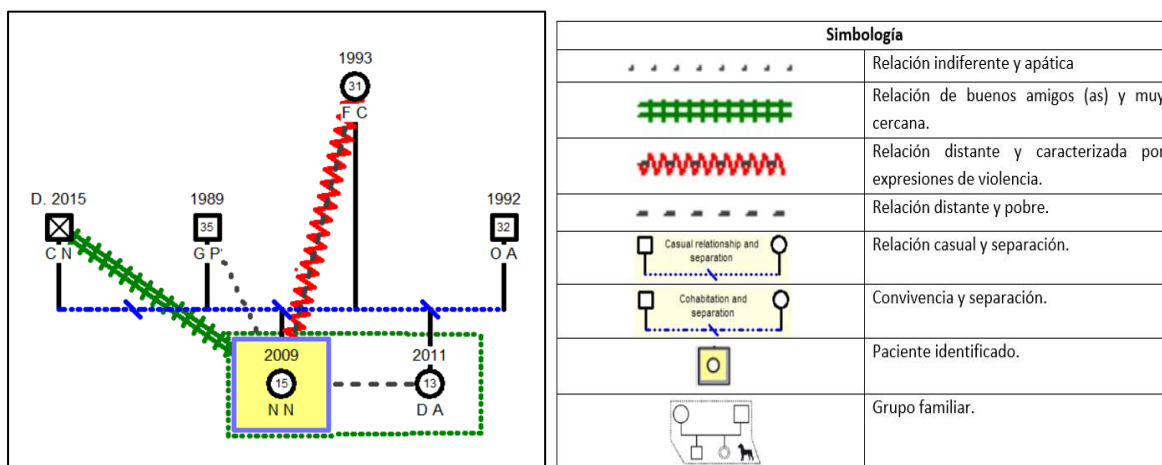
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

Paciente N. N de 14 años de edad de sexo femenino, nacida en el año 2009 en la ciudad de Guayaquil, actualmente reside en la ciudad de Loja, es estudiante de primaria de 7mo año de Educación Básica y tiene un nivel socioeconómico bajo, su estado civil es soltera y de religión católica.

Figura 1

Genograma Familiar



Nota. La figura muestra la estructura familiar de la paciente.

La paciente proviene actualmente de una familia monoparental, conformada por su progenitora Sra. F. C y su hermana menor D. A. Las niñas nacieron producto de relaciones casuales con diferentes progenitores; posterior a esto, establece una nueva relación con el Sr. C. N quien se convirtió en su padre de crianza y que falleció hace cuatro años atrás; sin embargo, mantenían una relación muy cercana y de confianza. La relación emocional con su progenitora es distante y caracterizada por expresiones de violencia según refiere la paciente;

mientras que la relación con su padre biológico es indiferente y apática. Hoy en día, N. N y su hermana menor se encuentran en acogimiento; no obstante, su vínculo es distante y pobre.

1.1.2 Motivo de consulta

Adolescente N. N, de 14 años de edad ingresa el 01 de abril del 2022 a un Centro de Acogimiento de la ciudad, bajo una medida administrativa; en la cual ordenan, custodia de emergencia, al encontrarse la adolescente en riesgo inminente de su integridad. Por petición de la psicóloga de la institución se solicita que se trabaje en habilidades de afrontamiento, entrenamiento en la toma de decisiones, externalización de sus emociones, comunicación asertiva, autoestima, habilidades sociales y control de impulsos. Durante la primera sesión se evidenció que la paciente no mostraba predisposición para que se indague acerca de su estado emocional, manteniendo una actitud reticente.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

Es importante mencionar eventos de relevancia en cuanto a la historia personal y familiar de la paciente, hasta llegar a los hechos que condujeron al acogimiento institucional.

De acuerdo a la psicoanamnesis personal, normal y patológica, la progenitora refiere haber quedado embarazada a temprana edad, por lo que prefirió huir de su domicilio, de tal manera que se fue a vivir con un amigo (Sr C. N), quien le ofreció su hogar, permaneció con él hasta el día que dio a luz; sin embargo, recalca que no tuvieron ningún tipo de relación afectiva. Después del nacimiento de N. N decide buscar al padre biológico, tuvieron un encuentro y reconocieron a la niña en el registro civil con sus respectivos apellidos, convivieron durante un mes; no obstante, la señora F. C regresa a vivir nuevamente con el Sr. C. N y deja al padre biológico de la menor. Cuando la progenitora se presenta en su antiguo hogar, se crea un conflicto por el registro que se hizo a N. N, debido a que el Sr. C. N se consideraba ser el padre de crianza, es por esto que lleva a la niña otra vez a que se registre con sus apellidos y le cambia el nombre, vivieron juntos durante dos o tres años y la progenitora decidió irse por segunda ocasión con su hija.

Posterior a esta edad, la paciente menciona que permaneció en un centro de acogimiento en la ciudad de Guayaquil desde los 3 a los 5 años de edad, puesto que, su

padre de crianza Sr C. N puso una denuncia a su madre por la conducta negligente que presentaba con la niña y por el consumo de bebidas alcohólicas, además no dio indicios de mejora; por lo cual, la menor fue reinsertada al hogar de su padre de crianza y sus tías, quienes se encargaron de su cuidado y su educación.

En el 2019, comenta que su madre empezó a solicitarle al Sr C. N que le permitiese acercarse a ella, tras la insistencia accede, acordando un encuentro en Pascuales, en este lugar la adolescente lo ve por última vez, por lo que su progenitora, se la llevó forzosamente, según el relato de la paciente, su padre de crianza falleció en esa ocasión, culpando a su madre de provocarle daño; sin embargo, sus verbalizaciones son confusas e imprecisas; por lo cual, no existe certeza del evento. En el 2021, la adolescente decide dejar a su progenitora y busca a sus tías (hermanas del padre de crianza), confirmando supuestamente el fallecimiento de su padrastro; no obstante, a finales del año se escapa y regresa a vivir nuevamente con la Sra. F. C.

La situación que condujo al acogimiento institucional de la adolescente es la aparente conducta negligente de la progenitora al encontrarse junto con sus hijas y sobrina en fiestas de carnaval en la ciudad de Zumba, tras una invitación de un amigo de la Sra. F.C. Las niñas solicitaron ayuda y fueron conducidas a un centro de la ciudad de Loja, para precautelar su bienestar.

La psicóloga del centro indica que N. N, ingresó a la institución a los 12 años de edad. A su llegada la paciente exteriorizaba un marcado cambio de humor, pasando desde la alegría al llanto inmediato ante pequeñas situaciones y sobre cuando las cosas no resultaban como ella esperaba. Además, se evidenció a su ingreso que N. N, presentaba marcas en sus muñecas, debido a conductas autolesivas realizadas anteriormente, a lo que mencionaba “cuando tenía problemas con mi mamá me cortaba y eso me hacía sentir mejor”. Así mismo, presentaba pesadillas nocturnas y sentimientos de miedo y culpabilidad por haber denunciado en las Unidades de Policía Comunitaria “UPC” la conducta negligente de la Sra. F. C; aunque reconocía que las actitudes de su madre eran incorrectas.

Además, la psicóloga manifiesta que la adolescente, presentaba dificultades para externalizar sus emociones y resistencia absoluta a que se indague el motivo de su institucionalización; no obstante, al momento de interactuar con el personal del centro y su grupo de pares lo hacía mediante gritos, golpes y empujones, denotando una conducta agresiva y de rebeldía ante las normas y reglas del centro.

Por lo cual, la profesional de la institución indica que ha trabajado a través de terapia cognitivo conductual en sensibilización y dinámica familiar, reglas y normas; puesto que, a pesar de haber denunciado los hechos de su madre, N. N normalizaba estas conductas y presentaba sentimientos de culpa. Además, menciona que empleó la terapia racional emotiva, con la finalidad de modificar ideas irracionales que mantenía con respecto a la relación entre su padre de crianza y progenitora; y, en cuanto, a la externalización de emociones si bien se ha evidenciado un avance, aún presenta dificultades en la expresión y regulación emocional.

En los últimos meses y actualmente, N. N continúa presentando cambios de humor, inseguridad, baja autoestima, bajo control de impulsos, escasas habilidades sociales y de afrontamiento, dificultades en la externalización de sus emociones, toma de decisiones y en la capacidad atencional; según refiere la psicóloga y a pesar de su trabajo realizado aún denota inseguridad a la hora de relacionarse, especialmente con su hermana menor; puesto que su vínculo afectivo se encuentra deteriorado, es por ello que se ha considerado oportuno iniciar un nuevo proceso terapéutico. En lo referente a la situación familiar, la profesional de la institución señala que se ha intentado realizar un acercamiento con el padre biológico, en vista que hay la posibilidad de que asuma el cuidado de la adolescente; sin embargo, N. N presenta total negativa, mencionando que no desea mantener ningún tipo de contacto con su padre y desea permanecer en ese caso en el centro de acogimiento.

Los factores predisponentes que aumentaron el riesgo de un malestar significativo en la paciente fueron el alcoholismo e inestabilidad emocional de la progenitora, la desorganización familiar y la violencia física y psicología dentro del hogar; en cuanto a los factores precipitantes se encuentran los actos negligentes por parte de la progenitora, asumir

un rol que no le correspondía como cuidar de su madre y su hermana menor, estar expuesta a múltiples cambios como su vivienda y las personas que la cuidaban, permanecer más de una vez en centros de acogimiento y relacionarse con personas mayores que consumían bebidas alcohólicas; con respecto a los factores mantenedores, estos se deben al poco interés de la reinserción por parte de la familia, aparición de su padre biológico, ser informada del fallecimiento de la progenitora en el mes de enero del presente año, baja autoestima, represión de emociones y falta de control de impulsos.

1.2 Proceso de evaluación

El proceso de evaluación es una herramienta principal que posee el psicólogo clínico y tiene como finalidad extraer conclusiones respecto a las variables que pueden afectar al individuo como los pensamientos, emociones y conductas, a través de pruebas validadas para establecer un diagnóstico y tratamiento (Cordero, 2019).

Para desarrollar el proceso de evaluación se realizaron dos sesiones de manera presencial destinadas a la elaboración de la historia clínica y la aplicación de instrumentos con una duración de 45 minutos aproximadamente, dentro del proceso se utilizaron herramientas psicológicas como la entrevista, observación clínica, Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAIC) y Autoestima de Lucy Reidl; en cuanto a los test proyectivos se utilizó el Dibujo de la Familia y Dibujo de la Persona Bajo la Lluvia.

1.2.1 Entrevista con la paciente

La entrevista es definida como un proceso en el que pueden intervenir dos o más personas y uno de los integrantes realiza preguntas con la finalidad de obtener información relevante, a través de una comunicación oral; en el cual, se distinguen roles asimétricos entre el entrevistador y el entrevistado (Vargas et al., 2019).

La recogida de información se realizó en una sesión; debido a que la paciente ya presentaba un historial que ha sido levantado por la psicóloga de la institución a través de varias entrevistas realizadas con la progenitora; por lo que, mediante la intervención se recabaron los datos que hacían falta para el proceso psicológico, tales como: la

psicoanamnesis personal, normal y patológica, relación con su progenitora, hermana menor y padre biológico, historia social, historia escolar, historia psicosexual, hábitos personales y desarrollo dentro de la institución, cabe mencionar que la paciente siempre mostró buena predisposición dentro del proceso.

1.2.2 Observación clínica

La observación clínica permite obtener datos específicos y particulares o información relevante dentro del proceso psicológico, tanto por lo que dice el paciente y por lo que se puede observar durante la exploración, en cuanto a conductas verbales y no verbales. Además, se señala que la recogida de información no es netamente verbal, sino que es importante tomar en cuenta el comportamiento del individuo (López et al., 2019).

Durante la observación se pudo evidenciar que la paciente se encontraba lúcida, orientada alopsíquica y autopsíquicamente, en lo que respecta a su lenguaje corporal movía sus dedos y cambiaba de posición constantemente, mostraba gestos de aburrimiento y expresiones faciales de enfado; debido a que le exigían cumplir con sus responsabilidades dentro de la institución; sin embargo, presentaba una actitud colaborativa en el proceso psicológico y manejaba un tono de voz adecuado. En cuanto a la afectividad, se observaba ambivalencia afectiva y labilidad emocional, puesto que su estado emocional es cambiante, no se reflejaron problemas en relación a la psicomotricidad fina y gruesa. Al momento de hablar de su progenitora e institucionalización presentaba llanto fácil y evitaba el contacto visual.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

Inventario de Depresión Infantil elaborado por María Kovacs bajo la coautoría de Aaron Beck en 1977, es utilizado para evaluar la sintomatología depresiva en relación a la evaluación, investigación y screening, su aplicación puede ser colectiva e individual en edades comprendidas entre 7 a 15 años de edad, es decir niños y adolescentes. Consta de 27 ítems, cada uno expresa tres frases empleando un lenguaje sencillo; en cuanto a su valoración, cada ítem tiene una escala de 0 a 2 puntos y el punto de corte, tanto en población

española como extranjera es de 19. Entre sus instrucciones, el inventario solicita que se señale la frase que mejor describa como se ha sentido durante las dos últimas semanas (Díaz et al., 2014).

Con respecto a las propiedades psicométricas, se obtuvo un Alfa de Cronbach que varía entre .70 y .94, lo cual indica un buen grado de confiabilidad por consistencia interna; mientras que, la validez de contenido está por encima del 80% en todos los ítems; en relación a la validez de criterio concurrente se presentan las correlaciones obtenidas por el coeficiente de Pearson entre el CDI y otros instrumentos que evalúan la sintomatología depresiva en poblaciones infantiles y adolescentes que fluctúan de .56 a .94 (Kovacs, 2004).

Tabla 1

Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)	17	Sin sintomatología depresiva

Nota. La tabla muestra los resultados pre-tratamiento del cuestionario de depresión infantil (CDI).

Como se muestra en la tabla 1, N. N obtiene una puntuación total de 17 puntos, lo cual indica que no hay sintomatología depresiva predominante en la paciente.

Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAIC)

Inventario de Ansiedad Estado y Rasgo creado por Charles Spielberger en 1973, se utiliza para evaluar características de ansiedad, consta de dos escalas que miden la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo, cada una dispone de 20 ítems con 3 opciones de respuesta; en cuanto a su valoración, las respuestas van de 1 a 3 puntos, la aplicación puede ser individual o colectiva en niños y adolescentes de 9 a 15 años de edad; mientras que la puntuación mínima es de 20 puntos y la máxima de 60, dependiendo de la edad, sexo y curso. Las instrucciones que brinda el instrumento aclaran la diferencia de las escalas, señalando que en la primera se debe tener en cuenta cómo se siente “ahora mismo” y en la segunda cómo se siente “en general” (Pelaz et al., 2008).

Por otro lado; las propiedades psicométricas dieron como resultado un Alfa de Cronbach que oscila entre .87 y .91, lo que muestra una confiabilidad por consistencia interna satisfactoria; en relación a la validez concurrente se relacionó el STAIC con otros instrumentos señalando coeficientes de .75 y .63; en cuanto a la correlación de variables se expone que la edad y el curso tienen una influencia significativa, mientras que el sexo posee menor incidencia; sin embargo las mujeres presentan un mayor número de conductas ansiosas (Spielberger et al., 1990).

Tabla 2

Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAIC)

Instrumento	Dimensiones	Resultado cuantitativo	Interpretación
Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAIC)	Estado	43	Ansiedad Alta
	Rasgo	45	Ansiedad Alta

Nota. La tabla muestra los resultados pre-tratamiento del cuestionario de ansiedad estado y rasgo (STAIC).

Como se expone en la tabla 2, N. N obtiene una puntuación total de 43 puntos en la escala ansiedad- estado, lo cual señala que presenta estados transitorios de ansiedad, es decir, sentimientos de aprensión y preocupación que varían en la intensidad con el tiempo y en la escala ansiedad-rasgo una puntuación de 45 puntos, lo que denota tendencia o predisposición a mostrar estados ansiosos.

Cuestionario de Autoestima de Lucy Reidl

La escala de autoestima de Lucy Reidl se propuso en el año 1981, se usa para medir la evaluación que una persona hace de los aspectos individuales y sociales de sí mismo, su aplicación puede ser tanto individual como colectiva entre las edades de 12 a 18 años. Consta de 20 ítems de tipo Likert, con una puntuación mínima de 20 puntos y máxima de 60, los cuales, permiten identificar el nivel de autoestima; con respecto a su valoración, cada ítem tiene una escala de 1 a 3 puntos sumativos y se interpretan de la siguiente manera: bajo-

insuficiente (20 a 35 puntos), media baja-regular (35 a 45 puntos), media alta-buena (45 a 55 puntos) y alta-muy buena (55 a 60 puntos).

En cuanto a las propiedades psicométricas, se presenta un Alfa de Cronbach de .82 para el primer factor denominado autoestima negativa y para el segundo factor nombrado autoestima positiva un alfa de .78, mostrando un grado significativo de confiabilidad por consistencia interna; asimismo, se realizó un análisis factorial con rotación varimax y los índices de confiabilidad adquiridos oscilaron entre .63 y .73 (Guillén y Reidl, 2021).

Tabla 3

Cuestionario de Autoestima de Lucy Reidl

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Autoestima de Lucy Reidl	33	Autoestima baja-insuficiente

Nota. La tabla muestra los resultados pre-tratamiento del cuestionario de autoestima de Lucy Reidl.

Como se evidencia en la tabla 3, N. N alcanzó una puntuación total de 33 puntos, posicionándose en un nivel de autoestima baja, esto revela que la paciente presenta una evaluación negativa de sí misma.

Test de la Familia

El test de la familia fue creado por Porot en 1952 y se fundamenta en la técnica del dibujo libre, es utilizada para conocer las dificultades del entorno familiar, la rivalidad fraterna y conflictos edípicos, así como también el desarrollo intelectual y los aspectos emocionales que la persona posee, se puede administrar en niños de cinco años hasta la adolescencia y su calificación se guía por el Manual correspondiente del test. Entre las instrucciones Porot le mencionaba al niño “Dibuja tu familia”; sin embargo, Corman en 1961 modificó la consigna a “Dibuja una familia”, debido a que consideró que las tendencias inconscientes se expresarían de una manera más fácil (Wald et al., 2012).

Interpretación

Luego de la interpretación cualitativa de la prueba, la paciente denota características y rasgos de actitudes agresivas y expansivas frente a presiones ambientales. Los miembros

del sistema familiar se encuentran ubicados en la zona inferior mostrando madurez en la adolescente y un mayor contacto con la realidad. De acuerdo a la distancia entre personas, se evidencia la falta de comunicación con su hermana menor; debido a que se encuentran ubicadas de extremo a extremos. En cuanto al orden de los dibujos, la paciente comenzó dibujando a su primo menor, tía, prima y posteriormente a su padre de crianza; los cuales considera muy importantes en su vida; su hermana menor, su madre y abuela materna fueron dibujadas al final, lo que denota desvalorización o distancia afectiva. La figura de su progenitora es la más grande que el resto de los personajes, mostrándose como opresora frente a la paciente. Su padre biológico fue suprimido del cuadro familiar; puesto que se niega a establecer un vínculo afectivo con él. Los trazos alargados reflejan hostilidad hacia el exterior, conductas impulsivas o agresivas. En las partes del cuerpo no se evidencia el cuello, lo que indica inestabilidad afectiva y manifestaciones de impulsividad e intolerancia; los brazos cortos muestran miedo a comunicarse, dificultad en las relaciones sociales y retraimiento y finalmente se evidencia en N. N necesidad de estabilidad, firmeza y seguridad.

Test de la Persona Bajo la Lluvia

El test de la persona bajo la lluvia fue elaborado por Querol y Chaves Paz en 1997, se destaca por su sencillez y sus múltiples aportes, utilizado en la evaluación y en ámbitos como la psicología forense, psicología laboral, educacional, entre otros, permite interpretar al sujeto bajo condiciones ambientales adversas, desagradables o tensas en donde la lluvia es presentada como un factor perturbador. Las instrucciones consisten en solicitarle al entrevistado que dibuje una persona bajo la lluvia y se pone a su disposición un lápiz negro, puede emplearse de manera individual o colectiva en sujetos de todas las edades sin establecer un límite de tiempo; en cuanto a la calificación se toma en cuenta el Manual correspondiente del test (Losada y Marmo, 2016).

Interpretación

Posterior a la interpretación cualitativa del test, en la paciente se reflejan características y rasgos de necesidad de atención y de ser reconocida; asimismo, se muestra un índice de agresividad. La imagen está ubicada en el margen derecho; el cual representa

la extraversión, ambición, impaciencia, optimismo, excitación y euforia, denotando conflictos y obstáculos que el sujeto se crea. Los trazos rectos con ondulaciones manifiestan tensión y ansiedad, además la presión fuerte al realizar el dibujo revela la fuerza física, agresión y hostilidad frente al mundo. La dificultad para comenzar el dibujo indica conflictos al enfrentar una tarea o tomar decisiones. La rigidez en el movimiento sugiere una sensación de amenaza y despersonalización, mientras que la orientación hacia el frente muestra predisposición para enfrentar el mundo. El sombreado específico en todo el dibujo denota ansiedad y la necesidad de controlar su propio cuerpo, lo que corresponde al mecanismo de defensa de "anulación". De acuerdo a los detalles, las nubes y las gotas representan presión, amenaza y angustia. La ausencia del paraguas y los hombros anchos implican falta de recursos para afrontar desafíos y la utilización del cuerpo como defensa. En cuanto a las partes del cuerpo, los ojos bizcos representan rebeldía y hostilidad hacia los demás; los brazos pegados al cuerpo enseñan temor de presentar impulsos hostiles; los dedos tipo garra también reflejan agresión, egocentrismo y posesividad. Las expresiones de conflicto insinúan neurosis fóbica; debido a que el dibujo está acompañado de líneas sombreadas y de otras figuras que simboliza protección.

En resumen, el dibujo revela necesidad de atención, conductas agresivas y hostiles, extraversión, conflictos creados sin resolver, ansiedad, tensión, dificultad en la toma de decisiones, presión, amenazas, angustia, ausencia de habilidades de afrontamiento, dependencia, rebeldía, temor y posesividad.

1.3 Proceso diagnóstico

El proceso diagnóstico es inferencial, se realiza a partir del cuadro clínico integrado por un conjunto de síntomas y signos, está destinado a definir la enfermedad que afecta al paciente y sirve para adoptar conductas terapéuticas concordantes, además contribuye para que se brinden atenciones médicas de calidad, es importante mencionar que no es secuencial, puesto que constantemente se evocan nuevas hipótesis y se eliminan otras por la información que se va obteniendo dentro del proceso (Capurro y Rada, 2007).

El proceso diagnóstico se realizó a través de la información obtenida en la entrevista clínica, la observación de conductas verbales y no verbales y la aplicación de instrumentos psicológicos, lo cual, favoreció al planteamiento de hipótesis diagnósticas, estas fueron contrarrestadas mediante el manual de la Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento (CIE-10), el mismo que brinda criterios a considerar para los respectivos diagnósticos, además permite que el psicólogo sustente y justifique su práctica clínica.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

F40.1 Trastorno de fobia social

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F43.0 Trastorno de estrés agudo

F43.2 Trastorno de adaptación

Z61.3 Hechos conducentes a la pérdida de la autoestima en la niñez

Z62.5 Otros problemas relacionados con la negligencia en la crianza del niño

Z61.2 Patrones de relaciones familiares alterados en la infancia

1.3.2 Diagnóstico diferencial

F40.1 Trastorno de fobia social

El trastorno de fobia social según el manual CIE-10 se caracteriza por el miedo intenso de ser examinado por otras personas, lo que conduce a evitar situaciones sociales, puede estar asociado a la baja autoestima y temor a la crítica, se evidencian síntomas tales como la ruborización, miedo a vomitar y necesidad imperiosa de orinar, causando malestar emocional significativo en lo social, laboral u otra área del funcionamiento.

La paciente presenta rechazo a las interacciones sociales y posee baja autoestima; sin embargo, hay ausencia de miedo a ser examinada y no cumple con la sintomatología expuesta anteriormente. En su caso, la evitación a situaciones de interacción se encuentra relacionada a las escasas habilidades sociales.

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Según el manual CIE-10 señala que la ansiedad se caracteriza por ser generalizada y persistente, los síntomas predominantes son variables, pero entre las quejas más

frecuentes está el constante nerviosismo, temblores, tensión muscular, sudoración, palpitaciones, mareos, aturdimiento y malestar epigástrico. A menudo, se pueden presentar temores, presentimientos y preocupaciones, en un periodo de por lo menos seis meses.

N. N presentó un nivel alto de ansiedad en el instrumento aplicado en relación a estado y rasgo, entre las quejas está el nerviosismo y las palpitaciones, a menudo presenta temores, presentimientos y preocupaciones diversas por acontecimientos del pasado y problemas de la vida diaria; sin embargo, se descarta porque no cumple con el segundo criterio diagnóstico, el cual indica la presencia de al menos cuatro de los síntomas del listado, especialmente del grupo uno y cuatro, como temblores, sudoración, sequedad de boca, sofocos, aturdimiento, tensión muscular o mental, mareos y malestar epigástrico.

F43.0 Trastorno de estrés agudo

El manual CIE-10 detalla que el trastorno de estrés agudo se caracteriza por ser transitorio, sin otro trastorno mental aparente, en respuesta a un estrés físico o psicológico excepcional que normalmente se remite en horas o días. La sintomatología muestra un cuadro mixto y cambiante incluyendo un estado inicial de embotamiento con reducción de la conciencia, estrechamiento de la atención, desorientación e incapacidad para asimilar estímulos, que se acompaña por la presencia de taquicardia, sudoración y rubor.

La paciente estuvo expuesta a acontecimientos estresantes en su infancia y adolescencia por la conducta negligente de su progenitora, presentando un estado de embotamiento, acompañado de la incapacidad para asimilar estímulos; sin embargo, se descarta, debido a que no cumple con reducción de la conciencia, estrechamiento de la atención y desorientación, no existe presencia de taquicardia, sudoración y rubor, además el evento estresante no es transitorio, por lo que los síntomas no han disminuido.

F43.2 Trastorno de adaptación

De acuerdo al manual CIE-10 en el trastorno de adaptación se presentan estados de malestar subjetivo y de alteraciones emocionales que interfieren en las esferas del funcionamiento, aparece en el período de adaptación ante un acontecimiento vital estresante, el cual, puede haber afectado la integridad de la red de apoyo ante experiencias de

separación o duelo. Las manifestaciones varían, pero se incluye el humor depresivo, ansiedad o preocupación, acompañado por el sentimiento de incapacidad para enfrentar, planificar el futuro y el desempeño de la rutina diaria, además los síntomas no persisten más de seis meses. N. N posee sintomatología ansiosa y de preocupación, acompañado por el sentimiento de incapacidad para enfrentarse a la vida y al futuro; sin embargo, no cumple con la manifestación de humor depresivo y el tiempo de sintomatología excede los seis meses, por lo tanto, se descarta.

1.3.3 Diagnóstico definitivo

En vista de que la paciente no cumple con los criterios necesarios para ningún diagnóstico F, se hizo uso de la categoría Z, los cuales serán detallados a continuación:

Z61.3 Hechos conducentes a la pérdida de la autoestima en la niñez

Los primeros años de vida son decisivos en la consolidación de la autoestima; no obstante, la paciente se ha visto afectada por el ambiente familiar en el que se desarrolló. N. N. no asistió regularmente a la escuela, por lo que está retrasada en su educación, actualmente asiste al séptimo año de educación básica con niños de otras edades, lo que posiblemente pudo haber provocado sentimientos de inferioridad, además esta situación incidió en las escasas habilidades sociales que posee la paciente. Según lo que refiere la adolescente, su progenitora se comunicaba mediante gritos e insultos, desatendiendo las necesidades básicas de la infancia, además de la ausencia de expresiones afectivas, ocasionando una vida poco saludable y satisfactoria. Durante el proceso psicológico y frente a las actividades planificadas N. N desvalorizaba sus conocimientos y capacidades, mencionando frecuentemente “no puedo” “todo lo hago mal” o “todo me sale feo”.

Z62.5 Otros problemas relacionados con la negligencia en la crianza del niño

Desde que N. N era muy pequeña, su progenitora presentaba conductas negligentes; es por ello, que fue institucionalizada cuando tenía 3 años de edad en la ciudad de Guayaquil, siendo reinsertada con su padre de crianza, porque su madre no mostraba indicios de mejora. Mientras la adolescente vivió con la Sra. F. C ingresaba a estudiar por temporadas, lo que provocó que su educación se viera retrasada.

Z61.2 Patrones de relaciones familiares alterados en la infancia

Dentro de la psicoanamnesis personal, normal y patología de la paciente, se pudo evidenciar que existieron alteraciones en el contexto familiar desde la niñez, debido a que N. N no fue criada con su padre biológico, sino con su padre de crianza, además nunca se le mencionó acerca de su progenitor; por lo que, actualmente muestra resistencia a ser reinsertada con su padre, esta situación ocasionó que su registro de nombres y apellidos se haya dado por dos ocasiones consecutivas. Luego de haber sido institucionalizada de los 3 a los 5 años, fue a vivir con su padre de crianza y sus tías; sin embargo, la progenitora se la llevó forzosamente, después de un tiempo decide dejar a su progenitora y volver con sus tías (hermanas del padre de crianza); no obstante, se escapa y regresa a vivir de nuevo con la Sra. F. C, lo que denota una alteración en el patrón familiar.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

La intervención psicológica se realizó mediante el enfoque cognitivo-conductual, el mismo que contó con un lapso de 10 sesiones en modalidad presencial, el proceso se ejecutó por medio de encuentros semanales con una duración de 60 minutos aproximadamente; en cuanto a los objetivos terapéuticos, estos fueron plateados de acuerdo a la problemática y necesidad de la paciente. Si bien es cierto no se ha determinado un diagnóstico F, se deberá trabajar en la sintomatología ansiosa.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

Disminuir la sintomatología ansiosa a través de técnicas psicoterapéuticas para reestablecer el equilibrio emocional en la paciente y permitir la externalización de sus emociones.

Fortalecer la autoestima mediante la identificación y modificación de pensamientos intrusivos que producen malestar emocional en la paciente.

Entrenar en estrategias de resolución de conflictos y habilidades de afrontamiento con la finalidad de mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 4

Plan de Intervención Psicoterapéutico

Sesión	Objetivo terapéutico	Objetivo de sesión	Técnica/actividad	Observación
1	Disminuir la sintomatología ansiosa a través de técnicas psicoterapéuticas	Brindar información sobre la sintomatología, causas y estrategias para	-Psicoeducación.	Tarea: Autorregistro de los eventos que le causen malestar. Tarea: Ejecutar el ejercicio de

	para reestablecer el equilibrio emocional en la paciente y permitir la externalización de sus emociones.	afrontar la ansiedad adecuadamente.	la	Generar un estado de alivio y calma.	-Técnica de respiración diafragmática.	respiración diafragmática tres veces al día, cuando se despierte, por la tarde y antes de dormir, durante 10 minutos.
2	Disminuir la sintomatología ansiosa a través de técnicas psicoterapéuticas para reestablecer el equilibrio emocional en la paciente y permitir la externalización de sus emociones.	Reducir la tensión muscular y lograr un estado de relajación.	la	Reducir la tensión muscular y lograr un estado de relajación.	-Muñeco de nieve. -Visualización guiada.	Tarea: Realizar el ejercicio de relajación tres veces al día, por la mañana, por la tarde y por la noche, durante 10 minutos. Tarea: Imaginar un evento positivo como un paisaje o un recuerdo agradable.
3	Disminuir la sintomatología ansiosa a través de técnicas psicoterapéuticas para reestablecer el equilibrio emocional en la paciente y permitir la externalización de sus emociones.	Exteriorizar emociones situaciones resueltas, permitiéndole contactar emocionalmente con su experiencia.	la	Exteriorizar emociones situaciones resueltas, permitiéndole contactar emocionalmente con su experiencia.	-Respiración diafragmática. -Ruleta de las emociones.	

4	Fortalecer la autoestima mediante la identificación y modificación de pensamientos intrusivos que producen malestar emocional en la paciente.	Promover la comprensión de la relación existente entre pensamiento, emoción y conducta. Identificar pensamientos distorsionados que mantiene la paciente.	-Psicoeducación sobre los tipos de distorsiones cognitivas. -Reestructuración cognitiva de Albert Ellis: Modelo ABC.	Tarea: Realizar una lista de pensamientos distorsionados que se presenten durante una semana de manera persistente.
5	Fortalecer la autoestima mediante la identificación y modificación de pensamientos intrusivos que producen malestar emocional en la paciente.	Debatir los pensamientos disfuncionales conllevando a una interpretación más realista y objetiva de los hechos.	-Reestructuración cognitiva de Albert Ellis: Modelo ABC. -Diálogo Socrático.	
6	Fortalecer la autoestima mediante la identificación y modificación de pensamientos intrusivos que producen malestar emocional en la paciente.	Generar pensamientos adaptativos y evitar la aparición de pensamientos disfuncionales.	-Reestructuración cognitiva de Albert Ellis: Modelo ABC. -Flecha Descendente. -Stop del pensamiento.	Tarea: Frente a la lista de pensamientos distorsionados, escribir otra opción de pensamiento aprendidos en sesión.

7	<p>Entrenar en estrategias de resolución de conflictos y habilidades de afrontamiento con la finalidad de mejorar la calidad de sus relaciones interpersonales.</p> <p>Disminuir la sintomatología ansiosa a través de técnicas psicoterapéuticas para reestablecer el equilibrio emocional en la paciente y permitir la externalización de sus emociones.</p>	<p>Desarrollar habilidades comunicativas y fortalecer la inteligencia emocional.</p>	<p>-Comunicación asertiva (Role Playing).</p> <p>-Técnica del semáforo.</p>	<p>Tarea: Escribir en una hoja las situaciones donde pondría en práctica las técnicas presentadas.</p>
8	<p>Entrenar en estrategias de resolución de conflictos y habilidades de afrontamiento con la finalidad de mejorar la calidad de sus</p>	<p>Adquirir competencias para resolver conflictos de la vida cotidiana y alternativas eficaces para la toma de decisiones.</p>	<p>-Entrenamiento en resolución de conflictos y toma de decisiones.</p>	<p>Tarea: Identificar conflictos que la paciente considere que no tienen solución.</p>

	relaciones interpersonales.			
9	Fortalecer la autoestima mediante la identificación y modificación de pensamientos intrusivos producen emocional en la paciente.	Mejorar la valoración personal a través del reconocimiento de fortalezas y logros individuales.	la	-Árbol de logros.
10		Evaluar los logros obtenidos del proceso psicoterapéutico. Aplicar los test utilizados inicialmente en el proceso.		-Actividad de cierre: Carta a mi querido yo. -Actividad: Retest. Por indicación de la psicóloga del centro no se realizó la actividad de la carta.

Nota. Se detallan las técnicas y actividades desarrolladas en el proceso terapéutico.

2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

Sesión 1:

Psicoeducación. Es una herramienta de cambio que involucra procesos cognitivos, biológicos y sociales, se describe como una aproximación terapéutica que brinda al paciente y a sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basándose en evidencia científica actual e importante para el abordaje de la patología. La psicoeducación busca explicar situaciones cotidianas de las personas que se vuelven difíciles por el desconocimiento; lo cual, facilita la adherencia al tratamiento psicológico y mejora los

efectos clínicos, además sirve para que los individuos identifiquen y cambien patrones de pensamientos negativos que contribuye al malestar emocional (Godoy et al., 2020).

Respiración Diafragmática. Conocida como respiración abdominal, es una estrategia psicofisiológica no invasiva; en la cual, se guía al paciente a respirar de manera rítmica, lenta, con inhalaciones profundas, exhalaciones pronunciadas y pausas entre la inspiración y la expiración, se enfoca la respiración en el diafragma, músculo que se encuentra debajo de los pulmones y que ayuda en la respiración profunda, además reduce la ansiedad y el estrés (Rodríguez et al., 2018).

En cuanto al procedimiento, Pérez (2010) menciona el siguiente:

Buscar un lugar agradable y tranquilo, sentarse cómodamente con la espalda arrimada al respaldo de la silla, posteriormente colocar una mano en la parte superior del pecho y otra sobre la barriga, de tal manera que mientras inhala lenta y profundamente a través de la nariz empuje la barriga hacia afuera, deberá contar mentalmente cuatro segundos permaneciendo el aire dentro de los pulmones, luego vaciará los pulmones expirando el aire por la boca y aprestará los músculos del estómago, finalmente tomará conciencia de su cuerpo al respirar lenta, profunda y silenciosamente.

Para iniciar la sesión se proporcionó información didáctica sobre la definición, síntomas, causas y tratamiento de la ansiedad mediante presentación y tarjetas informativas, además se le entregó a la paciente una infografía que contenía hábitos saludables como realizar ejercicio físico para disminuir la sintomatología y posterior se proyectó un video educativo sobre el tema. Antes de culminar la sesión se le enseñó la ejecución de un ejercicio de respiración; para eso, la técnica primero fue realizada por la coterapeuta; la cual, explicó detalladamente los pasos, con el objetivo de ofrecer una mejor comprensión. Las tareas enviadas fue un autorregistro de los eventos que causaban malestar en la paciente y la ejecución del ejercicio de respiración diafragmática tres veces al día, cuando se despierte, por la tarde y antes de dormir, durante 10 minutos.

Al concluir, la paciente adquirió información educativa acerca de la ansiedad, identificó cuales son las situaciones que le generan ansiedad y aprendió los ejercicios de respiración conduciéndole a un estado de calma y tranquilidad.

Sesión 2:

Muñeco de nieve. Según Galán (2019) es una técnica de relajación infantil que logra echar a volar la imaginación, consiste en disminuir la tensión y entrar a un estado de relajación muscular de manera simbólica y lúdica. Para la ejecución se sigue el siguiente procedimiento:

Se le pide a la paciente que imagine ser un muñeco de nieve, totalmente congelado, posteriormente deberá tensar los músculos quedando en un estado de inmovilidad, luego se indicará que visualice como llega la primavera y se derrite poco a poco, finalmente de forma progresiva relajará los músculos y ejecutará un estiramiento, llegando a convertirse en un charco de agua.

Visualización guiada. Núñez (2021) señala que la visualización guiada permite utilizar la imaginación para reducir la ansiedad y alcanzar un estado de relajación; es decir, conduce al organismo a experimentar estados de tranquilidad a través de instrucciones verbales. Es importante considerar los siguiente pasos:

Para iniciar la paciente deberá ponerse cómoda, luego para reducir la tensión realizará la respiración diafragmática de cuatro tiempos, seguidamente se guía mediante instrucciones verbales para que pueda imaginar un lugar tranquilo, sin olvidar preguntar por los detalles y finalmente se le pide que vuelva a dirigir su atención a la habitación, para esto se contará tres segundos.

Primero se realizó un feedback de la primera sesión y se concientizó sobre la importancia de conocer técnicas terapéuticas que disminuyan la sintomatología ansiosa, posteriormente se le preguntó a la paciente si le gusta la nieve o si desearía conocerla para hacer la técnica más interesante, luego se le explicó que para la ejecución debe utilizar su imaginación y se procedió a llevar a la práctica los pasos establecidos anteriormente.

Para realizar la siguiente técnica la tensión muscular debe estar ya disminuida, primero se preguntó acerca de los eventos agradables que quisiera recordar o que desearía

vivir y se procedió a ejecutar una lista, después se seleccionó el evento más importante para la paciente con el objetivo de utilizarlo dentro de la imaginación, se comenzó por la respiración diafragmática enseñada en la primera sesión y se guio a la paciente para que pueda entrar a un estado de calma. Las tareas sugeridas fue la ejecución del ejercicio de relajación tres veces al día, por la mañana, por la tarde y por la noche, durante 10 minutos e imaginar un evento positivo como un paisaje o un recuerdo agradable.

Para finalizar la sesión, la paciente aprendió a reducir la tensión muscular y a tener un mayor control de la mente y el cuerpo por medio de la imaginación.

Sesión 3:

Respiración Diafragmática. La información se encuentra plasmada en la primera sesión.

Ruleta de las emociones. Esta técnica permite potencializar la inteligencia emocional, cuya finalidad es identificar, gestionar, reconocer, expresar y validar emociones básicas primordiales para la supervivencia y resolver conflictos, así como también educar en emociones y detectar situaciones que a los niños, niñas y adolescentes les resulte difíciles de expresar. Brinda un espacio para fortalecer la empatía con uno mismo y con los demás (López, 2021).

González et al. (2016) indica el siguiente procedimiento:

Para la ejecución se requiere de una ruleta dinámica, está va a contener emociones como alegría, tristeza, enojo, miedo, vergüenza, sorpresa y desagrado, posteriormente la paciente girará la ruleta hasta que se marque una emoción y se procederá a realizar una serie de preguntas, las cuales podrán ir surgiendo en cuanto a lo que se haya respondido, finalmente se realizará una retroalimentación de todas las emociones y situaciones mencionadas.

Antes de iniciar con el plan ya establecido, se realizó un feedback de la anterior sesión donde se trabajó la técnica muñeco de nieve y visualización guiada. Posteriormente, se ejecutó el ejercicio de respiración diafragmática enseñada en la primera y segunda sesión para conseguir un estado de bienestar en la paciente y se pueda realizar la técnica prevista.

Se presentó la ruleta a la paciente, la cual fue diseñada en el aplicativo “App Sorteos” y se procedió a explicarle en qué consistía la dinámica, para ello giró una vez la ruleta como forma de prueba, posteriormente se la invitó a empezar con la ejecución de la técnica, de tal manera que las emociones fueron marcadas aleatoriamente y se le realizaron las siguientes preguntas ¿Te has sentido así antes? ¿Puedes contarme, cuándo fue? ¿Por qué crees que te sentiste así? ¿Qué cosas te hacen sentir así? ¿Qué notas en tu cuerpo cuando sientes dicha emoción?, las mismas que se emplearon conforme avanzaba la conversación. Finalmente se desarrolló la retroalimentación con la paciente donde se validaron las emociones y las situaciones descritas.

Al concluir con la sesión, N. N logro exteriorizar sus emociones y resolver aspectos inconclusos.

Sesión 4:

Psicoeducación. La información se expone en la primera sesión.

Reestructuración cognitiva de Albert Ellis: Modelo ABC. Según García y Linares (2019) la reestructuración cognitiva consiste en que el paciente identifique y cuestione sus pensamientos desadaptativos, de manera que pueda modificarlos y sustituirlos por otros más apropiados, logrando reducir o eliminar la perturbación emocional y conductual causada por distorsiones cognitivas, la cuales, facilitan la ocurrencia de sesgos y errores en el procesamiento de la información. Esta técnica se realizará mediante el modelo A, B, C de Albert Ellis; el cual, explica porque las personas reaccionamos a un mismo evento de manera diferente en función de las propias creencias, se compone de un acontecimiento activador (A), sistema de creencias (B) y consecuencias (C) (Montagud, 2019).

Menéndez (2022) indica el siguiente procedimiento:

La paciente deberá identificar eventos que le generan malestar emocional, seguidamente se indagará acerca de los pensamientos racionales e irracionales que se manifiesten frente a estos eventos, posteriormente reconocerá cuales son las consecuencias emocionales que ha experimentado a razón de sus creencias, se modifican las cogniciones

a través del cuestionamiento y finalmente, se guía para integrar pensamientos más reales y racionales.

Mediante la psicoeducación se le explicó a la paciente acerca de que es un pensamiento distorsionado y los tipos que existen (personalización, sobregeneralización, filtro mental, catastrofismo, etc.) se utilizó material didáctico como videos, infografías o presentaciones para cautivar su atención. Cuando la paciente se familiarizó con la información se le pidió que identifique que pensamientos similares ha presentado y en que situaciones.

Una vez identificados los pensamientos se le animó a la paciente a que se lleve un registro de sus distorsiones cognitivas para luego presentarle el modelo A, B, C, y pueda reflexionar sobre las consecuencias que traen sus pensamientos y el malestar emocional que generan. Como tarea se envió la ejecución de una lista de pensamientos distorsionados que se presenten durante una semana de manera persistente.

Se concluye que la paciente, adquirió una visión más clara de la relación entre pensamiento, emoción y conducta, además logró identificar pensamientos negativos llevando un autorregistro.

Sesión 5:

Reestructuración cognitiva de Albert Ellis: Modelo ABC. La información se expone en la cuarta sesión.

Diálogo Socrático. El diálogo socrático tiene como finalidad guiar al paciente hacia el descubrimiento de respuestas o soluciones por medio de preguntas inductivas, de tal manera, que pueda considerar otros puntos de vista por sí mismo (Correa, 2021).

A continuación, se explicará el procedimiento de la técnica:

Se expone el problema en forma de pregunta y las respuestas brindadas deberán ser redirigidas por medio de nuevas preguntas, se acompaña en estados de incomodidad o confusión, el diálogo socrático finaliza cuando la paciente haya logrado un razonamiento diferente, lo cual le permitirá disminuir el malestar.

Dentro de esta sesión se cuestionaron los pensamientos irracionales de la paciente para que pueda darse cuenta de la poca validez que tienen. Para empezar, se realizó un feedback de los pensamientos registrados en la sesión anterior y se indagó a más profundidad para comenzar con el debate, luego se le mencionó el pensamiento que más le genera malestar emocional en forma de pregunta, se escuchó atentamente las respuestas otorgadas por la paciente para redirigirlas por nuevas preguntas enfocadas en “que es lo peor que pasaría” o “si existe la posibilidad de que sea verdad o pueda suceder”, acompañándola siempre en momentos de confusión o incomodidad. Al finalizar la sesión, N. N mejoró su nivel de razonamiento y reflexionó en cuanto a la validez de sus pensamientos irracionales, además se evidenció como el malestar emocional disminuyó.

Sesión 6:

Reestructuración cognitiva de Albert Ellis: Modelo ABC. La información se encuentra plasmada en la cuarta sesión.

Flecha Descendente. Esta técnica se realizará mediante la flecha descendente, la cual, busca identificar la creencia nuclear que se encuentra por debajo de varios pensamientos posteriores y desadaptativos, de tal modo que el paciente pueda ser consciente y generar pensamientos adaptativos (Castillero 2019).

Es importante tomar en cuenta el siguiente procedimiento:

Preguntar por el significado de los pensamientos y a partir de las respuestas, realizar otras preguntas equivalentes con la finalidad de buscar pensamientos que sustenten las creencias identificadas, el procedimiento debe ser repetido hasta que la paciente no pueda responder a sus pensamientos o ya no le resulten creíbles.

Stop del pensamiento. Consiste en entrenar a la persona para que excluya pensamientos desadaptativos a través de claves verbales, cuya finalidad es detener el pensamiento displacentero incluso antes de su formulación y minimizar emociones negativas (Guerra y Plaza, 2009).

Ruiz (2019) menciona el siguiente procedimiento:

Identificar y reconocer los pensamientos negativos, posteriormente establecer una señal de alarma como “STOP” o “ALTO”, con la finalidad de permitir la llegada de los pensamientos por tres minutos y al llegar el tiempo activar la palabra clave, luego de la señal la paciente deberá enfocar su atención en una actividad diferente.

Se continuó con la reestructuración cognitiva cuya finalidad era modificar pensamientos intrusivos, para la cual se utilizó la técnica de la flecha descendente que busca identificar de donde surgen los pensamientos irracionales o el pensamiento nuclear. Para su ejecución se preguntó ¿Qué significa para ti este pensamiento? ¿Por qué es importante para ti? o ¿Qué implica en ti este pensamiento?, el objetivo fue lograr que la paciente ya no pueda responder y que sus pensamientos ya no le resulten válidos. El pensamiento nuclear que se pudo evidenciar en la paciente fue su miedo a la soledad; por lo que, se realizó una actividad denominada “mi mapa de soporte emocional”, en este mapa plasmó sus amigos más cercanos y miembros de su familia importantes para ella; esta actividad ayudó a concientizar a la paciente y a que genere pensamientos más realistas como “no estoy sola, aún hay personas que me quieren y les importo”. Posteriormente, se desarrolló la técnica del stop; la cual evitó que los pensamientos irracionales vuelvan aparecer, para esto se creó una señal de alarma “basta”, luego se indicó que cuando estos pensamientos aparezcan se permita su llegada por tres minutos e inmediatamente active la señal establecida dentro de consulta y se alentó a la paciente para que enfoque su atención en una actividad distinta como identificar objetivos del mismo color en el lugar en el que se encuentre, cuya finalidad será que no vuelva a sumergirse en pensamientos desagradables. Como tarea se solicitó escribir otra opción de pensamiento aprendidos en sesión frente a la lista de pensamientos distorsionados.

Al concluir, la paciente cuestionó y desafió sus pensamientos, logrando generar pensamientos racionales.

Sesión 7:

Role Playing. Es una técnica psicoterapéutica que consiste en simular una situación de la vida diaria donde el terapeuta y el paciente representan un personaje concreto, la teatralidad ayudará al reconocimiento de emociones y conductas produciendo cambios

positivos, tiene como objetivo mejorar la asertividad, desarrollar la empatía y la comprensión (Montagud, 2020).

Se indica seguir el siguiente procedimiento:

Establecer un clima de confianza para preparar la dramatización, luego se explica el conflicto y se designa los papeles a representar, posteriormente se ejecuta la dramatización y se analiza, tomando en cuenta como se ha sentido la paciente.

Técnica del semáforo. Está orientada al control de impulsos y gestión de las emociones, tiene como objetivo aprender a manejar la impulsividad que se presenta por emociones desagradables como la tristeza, enfado o frustración (Seppi, 2023).

A continuación, se explica el procedimiento de la técnica:

Imprimir o dibujar un semáforo con sus respectivos colores, se explica su funcionamiento y el significado de cada color, y finalmente se señala a lado de cada color las soluciones posibles.

Se proporcionó información educativa acerca de los estilos de comunicación (asertiva, pasiva y agresiva) utilizando material didáctico, posteriormente se presentó una situación; la cual fue simulada por la coterapeuta y la paciente, se asignaron roles y se brindó un espacio para la preparación de la misma, luego se procedió a dramatizar la situación que tuvo como temática los tres tipos de comunicación enseñados al inicio de la sesión. Para finalizar se indagó a la paciente acerca de cómo se sintió con la actividad y se reflexionó acerca de la importancia del estilo asertivo, los beneficios que posee y las ventajas de ponerlo en práctica en la vida cotidiana.

Dentro de la sesión también se enseñó la importancia del control de impulsos mediante la técnica del semáforo, se le pidió a la paciente que dibuje un semáforo y le agregue los colores correspondientes, se felicitó por el dibujo y se explicó el funcionamiento que tiene dentro de terapia, juntamente con la paciente se estableció posibles soluciones al lado de cada color, de tal manera que las pueda utilizar cuando se encuentre en una situación conflictiva o de tensión. La tarea solicitada al paciente consiste en escribir en una hoja las situaciones donde pondría en práctica las técnicas presentadas.

Para finalizar, N. N desarrolló habilidades para comunicarse de manera asertiva y la capacidad para gestionar sus emociones.

Sesión 8:

Entrenamiento en resolución de problemas y toma de decisiones. Es una técnica psicoterapéutica que se caracteriza por su efectividad y fácil aplicación mediante la identificación de posibles soluciones, se puede utilizar para abordar conflictos de la vida diaria en la que se encuentra sometido el ser humano y que generan estrés y ansiedad (Campayo et al., 1999).

Díez (2023) indica el siguiente procedimiento:

Reconocer la naturaleza del problema y abordar qué importancia tiene para la persona, de donde proviene y su definición, seguidamente se generan soluciones variadas, sin importar si son realistas o no, luego se consideran las consecuencias y ventajas de cada alternativa para elegir una opción y poner en marcha el plan, finalmente se comprueba si el plan dio resultados positivos o negativos.

Se concientizó a la paciente indicándole que los problemas forman parte de la vida diaria de las personas y la importancia de saber resolverlos. Antes de comenzar con la ejecución de la técnica, se identificó los problemas que le causaban malestar, de tal manera que se creó una lista y se procedió a seleccionar el problema con el que la paciente deseaba trabajar. En el primer paso se preguntó ¿De qué manera percibe el problema? ¿Qué poder se tiene sobre él? o ¿Qué tan importante es para mí?, lo que se busca es conseguir una orientación. Posteriormente se guio a la paciente para que pueda discriminar la situación utilizando preguntas como ¿Qué sucede? ¿Qué me molesta? ¿Creo que puedo resolverlo?, etc. Cuando la paciente comprendió que los conflictos tienen cierto grado de solución se generaron alternativas como una lluvia de ideas con la finalidad de llegar al siguiente paso: el cual trata, de considerar las consecuencias y ventajas de cada alternativa para tomar una posible solución haciéndose preguntas como ¿La idea es práctica y la puedo ejecutar?, ¿Es realista?, ¿Es costosa?, ¿Cuánto tiempo requiere?, etc. Finalmente, se debe poner en marcha el plan, indicando que si la solución no resulta como se esperaba, se podrá utilizar

otra alternativa siempre alentando a la paciente. Con respecto a la tarea, se indicó que mediante la escritura identifique los conflictos que considere que no tienen de solución.

Se puede concluir que la paciente tuvo dificultad para identificar los problemas y definirlos; sin embargo, logró generar habilidades para la solución de conflictos y desarrolló competencias para tomar decisiones de manera adecuada y asertiva.

Sesión 9:

Árbol de logros. El árbol de logros es una técnica que permite trabajar la autoestima, analizar la imagen que tiene una persona de sí misma y centrarse en los aspectos positivos, se utiliza para reflexionar logros personales o cualidades positivas e identificar el estado anímico del paciente (Farias, 2023).

El procedimiento a considerar es el siguiente:

Realizar una lista de virtudes y logros obtenidos desde la infancia, luego dibujar un árbol que contenga frutos y raíces, seguidamente procederá a pintarlo y escribirá los valores en las raíces y los logros en los frutos, finalmente se elabora una reflexión.

Antes de comenzar con la ejecución de la técnica se le brindó a la paciente una lista de virtudes o cualidades que puede tener una persona, debido a que, tiene dificultad para reconocer las propias, con la ayuda de esta lista la adolescente pudo realizar su propia lista de virtudes, posteriormente se indagó acerca de los logros obtenidos desde la infancia con la finalidad de guiar y hacer una nueva lista. Luego se le animó a la paciente para que dibuje un árbol, el cual, contenga frutos y raíces con sus respectivos colores. Después se procedió a ubicar las virtudes en las raíces, los logros en los frutos y su más bonito recuerdo en el tronco. Finalmente se desarrolló un análisis y reflexión acerca de la valía personal de la paciente, recalando siempre un elogio positivo.

Al concluir, N. N desarrolló pensamientos positivos de su persona, reconoció sus logros fortaleciendo y reafirmando su autoestima y autoconcepto.

Sesión 10:

Carta a mi querido yo. Está actividad le permitirá realizar un cierre a través del fortalecimiento de la autoestima y la seguridad personal, ayudará a externalizar como ha sido

su crecimiento personal desde la primera sesión a la última y a reflexionar de lo duros que somos con nosotros mismos por medio de la escritura (Sánchez, 2022).

Para la ejecución de la técnica se toma en cuenta el siguiente procedimiento:

Explicar la actividad y realizar preguntas que ayuden con la sensibilización, posteriormente escribir una carta dirigida a nuestro yo del pasado y una segunda carta a mi yo del futuro, finalmente se sugiere quemar la carta negativa y conversar la positiva.

Restest. Consiste en aplicar un mismo instrumento a una misma muestra de sujetos en dos momentos diferentes, no existe un criterio único en cuanto al lapso de tiempo entre la primera y segunda aplicación; por lo tanto, se indica que la aplicación va en función de los fines del instrumento o la investigación (Macías, 2007).

Para concluir con el plan terapéutico se realizó una retroalimentación de todas las técnicas aplicadas durante el proceso, la paciente mencionó que ejecutaba la técnica de respiración diafragmática cuando tenía muchas ganas de llorar, además recordamos los nuevos pensamientos que se habían generado y se sugirió que siga realizando las técnicas aprendidas.

Por último, se aplicó nuevamente los instrumentos psicológicos a la paciente para evaluar los logros obtenidos dentro del proceso terapéutico. Por indicación de la psicóloga del centro no se realizó la actividad de la carta, debido a que mencionó que este tipo de actividades se ejecutaban cuando los pacientes están estables emocionalmente, lo que no sucedía con N. N por el reciente fallecimiento de su progenitora, por lo tanto, se hizo una retroalimentación de todo el proceso.

Al finalizar la sesión, la paciente recordó las actividades y técnicas aprendidas en sesión, y presentó colaboración para dar cumplimiento a la aplicación de los instrumentos.

Capítulo tres

Resultados

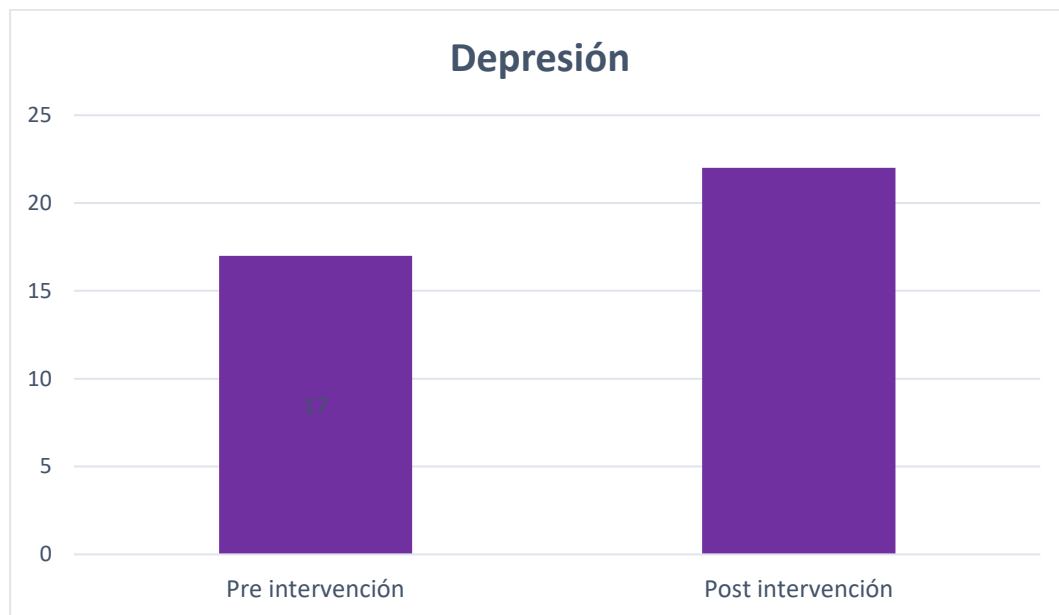
Se proporcionó una intervención psicoterapéutica a la paciente en base a las necesidades encontradas durante el proceso de evaluación; sin embargo, los resultados obtenidos en los instrumentos psicológicos aplicados en el pre y post- tratamiento no fueron los esperados; debido a que, los puntajes no disminuyeron notablemente luego de la intervención. Esto se puede explicar por la presencia de variables y factores externos que incidieron en el estado de ánimo de la paciente, tales como: la falta de interés en la reinserción por parte de la familia extendida, la aparición de su padre biológico y el evento final como fue el fallecimiento de la progenitora.

3.1. Análisis de resultados cuantitativos

Posterior a la evaluación psicológica y aplicación del plan psicoterapéutico, los resultados obtenidos al finalizar la intervención fueron medianamente favorables, los cuales se verificaron en la aplicación del test-retest, tal como se presenta a continuación.

Figura 2

Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

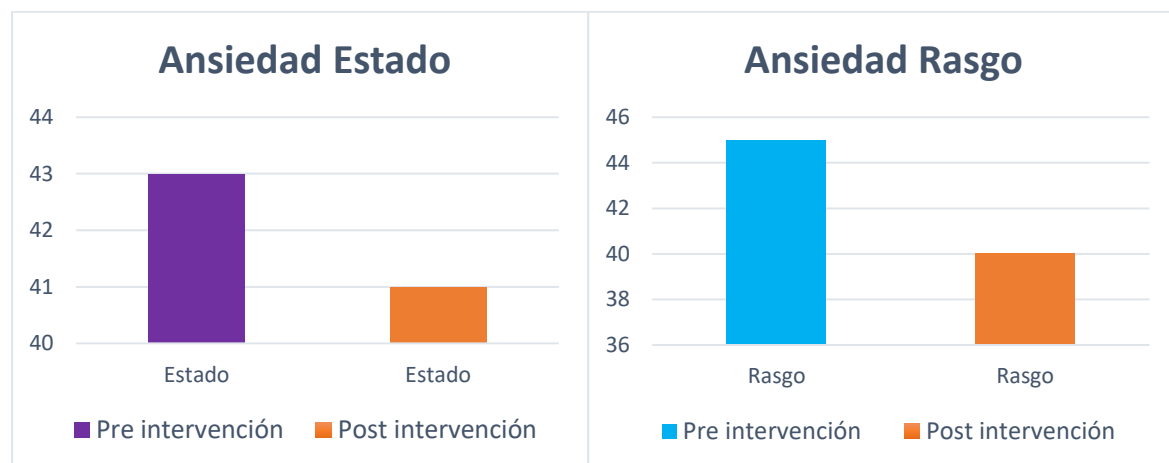


Nota. La figura muestra los resultados obtenidos en la pre y post- intervención.

Con respecto a los resultados del Cuestionario de Depresión Infantil, previo a la intervención la adolescente presentó 17 puntos, sin evidenciarse sintomatología depresiva; sin embargo, al realizar la aplicación del cuestionario post intervención existió un incremento en la calificación a 22 puntos dando un resultado de depresión leve.

Figura 3

Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAIC)

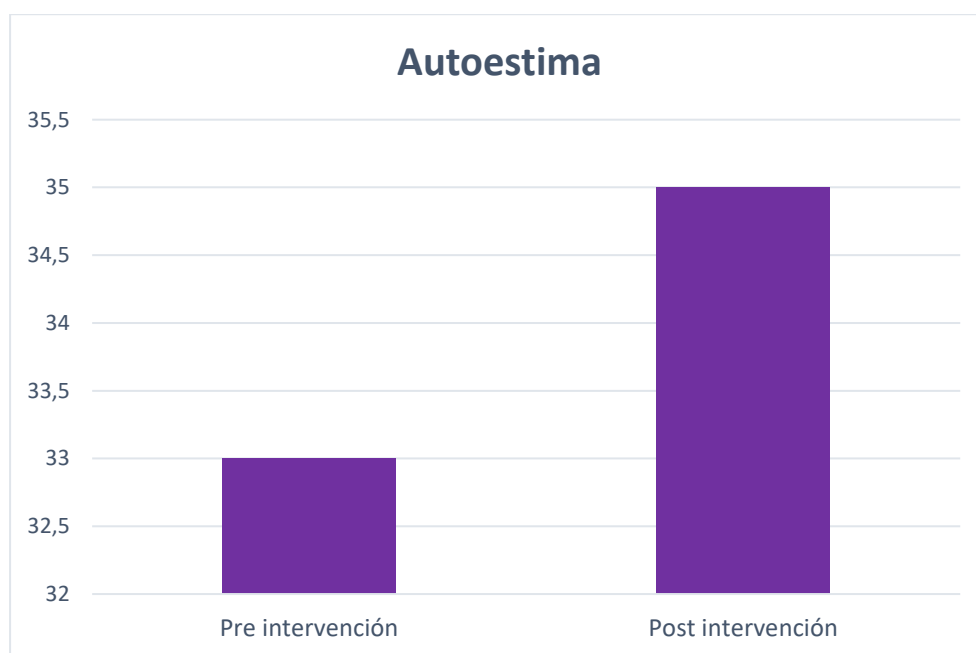


Nota. La figura muestra los resultados obtenidos en la pre y post- intervención.

En el Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo, N. N obtuvo una puntuación inicial de 43 puntos en estado y 45 puntos en rasgo, evidenciándose una ansiedad alta en ambas dimensiones; no obstante, existió una leve reducción de estos valores, denotando 41 puntos en estado y 40 puntos en rasgo. Si bien los valores disminuyeron, la dimensión estado sigue dentro del rango de una ansiedad alta y la dimensión rasgo se posiciona sobre el promedio.

Figura 4

Cuestionario de Autoestima de Lucy Reidl



Nota. La figura muestra los resultados obtenidos en la pre y post- intervención.

En relación a los resultados del Cuestionario de Autoestima de Lucy Reidl, en la pre intervención la paciente obtuvo una puntuación de 33 puntos denotando autoestima baja e insuficiente; sin embargo, tras la intervención se evidenció un incremento de 35 puntos manifestando autoestima media regular.

3.1. Análisis de resultados cualitativos

Tabla 5

Ficha de Observación

Conductas y aspectos de afectación inicial	Se mantuvo, es decir, no hubo cambio	Evolución Cambió parcialmente	Se extinguió o modificó	Observación
Actitudes agresivas y expansivas.			X	Ausencia de gritos, golpes y empujones.
Rebeldía y hostilidad.		X		Considera las reglas y normas del centro, pero no está de acuerdo con las mismas.
Conductas impulsivas.			X	Antes de actuar, analiza la situación y la manera adecuada de hacerlo.
Dificultad en las relaciones sociales.		X		Mayor interacción con los miembros del centro; sin embargo, tiende a aislarse.
Retraimiento y miedo a comunicarse.			X	Comunica como se siente y lo que le sucede.

Angustia y tristeza.	X	Se mantiene, debido al fallecimiento de su progenitora.
Dificultad en la toma de decisiones.	X	Toma decisiones conscientes, pero aún duda al momento de hacerlo.
Presencia de distorsiones cognitivas.	X	Elimina los pensamientos negativos.

Nota. Ficha comparativa entre las conductas y aspectos inicialmente afectados en la paciente con los comportamientos post- intervención.

De acuerdo con los datos obtenidos en la tabla 5, se evidenció mejoría en los comportamientos iniciales de la paciente; por lo tanto, se modificaron las actitudes agresivas y expansivas con las demás personas, denotando ausencia de gritos, golpes y empujones; de igual manera las conductas impulsivas, debido a que antes de actuar, analiza la situación y procede adecuadamente; asimismo se obtuvo un cambio en el retraimiento y el miedo a comunicarse, dado que tiende a comunicar como se siente y lo que le sucede, especialmente con las personas que tiene confianza; no obstante, hubo un cambio parcial en la rebeldía y la hostilidad con las figuras de autoridad, puesto que, considera las reglas y normas, pero manifiesta no estar de acuerdo con las mismas; lo mismo sucedió con la dificultad en las relaciones sociales, si bien interactúa tiende a aislarse; al igual que en la toma de decisiones, por lo que aún duda al momento de decidir. Cabe mencionar que el sentimiento de angustia y tristeza se mantuvo, debido a la pérdida de su progenitora, lo que la llevó a tener incertidumbre de su futuro. Finalmente, la eliminación de distorsiones cognitivas fue significativo en el tratamiento, ya que, la paciente generó pensamientos adaptativos

disminuyendo el malestar emocional y reforzando parcialmente su autoestima; sin embargo, es importante seguir trabajando en reestructuración cognitiva.

Discusión

En el presente trabajo se detalla el proceso de evaluación e intervención psicoterapéutica realizado en una paciente de 14 años de edad, quien presentaba problemas relacionados con baja autoestima, negligencia en la crianza y patrones familiares alterados en la infancia y actualmente se encuentra institucionalizada en un Centro de Acogimiento para Niñas y Adolescentes.

El proceso de evaluación se llevó a cabo a través de la entrevista clínica y la aplicación de instrumentos psicológicos; por lo tanto, para evaluar la sintomatología depresiva se utilizó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), en el cual, previo a la intervención N. N obtuvo un puntaje de 17 puntos sin evidenciarse sintomatología depresiva y posterior al tratamiento existió un incremento a 22 puntos manifestando sintomatología depresiva leve, resultado posiblemente obtenido, debido al fallecimiento de su progenitora dentro del proceso, en ese sentido Camarillo et al. (2020) realizó un estudio con adolescentes en edades comprendidas entre 12 a 15 años de edad, donde se obtuvieron resultados de depresión leve, identificando que las edades más vulnerables son de 13 a 14 años, lo que coincide con la edad de la paciente y se demostró que existen factores internos y externos que afectan en el desarrollo, así mismo, dentro de la investigación los autores refieren haber utilizado el mismo test que el del presente estudio de caso y determinan que este instrumento permite una correcta valoración al momento de identificar la depresión infantil y cuenta con una confiabilidad que oscila entre 0,71 y 0,94.

En cuanto al Cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo (STAIC), cuyo objetivo fue evaluar la sintomatología ansiosa presente en N. N, en donde existió un resultado inicial de 43 puntos en estado y 45 puntos en rasgo, lo que se interpreta como una ansiedad alta en ambas dimensiones, posterior al tratamiento se evidenció una leve reducción en los puntajes, denotando 41 puntos en estado ubicándose dentro del rango de una ansiedad alta y 40 puntos en rasgo posesionándose sobre el promedio; dichos resultados se pueden contrastar por

medio de un estudio realizado por D. García-Rodríguez y C. García-Rodríguez (2021) donde aplicaron el mismo instrumento e intervinieron 212 adolescentes de ambos sexos, de los cuales 55 personas obtuvieron ansiedad alta en la dimensión estado y 91 personas en la dimensión rasgo posesionándose sobre el promedio, dichos resultados implican que los adolescentes evaluados pueden presentar sentimientos de tensión y elevación en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo, similar a los síntomas presentados por la paciente; por lo cual, se puede concluir que el STAIC es apto para evaluar la sintomatología ansiosa en niños y adolescentes de entre 12 a 18 años de edad.

Con respecto al Cuestionario de Autoestima de Lucy Reidl utilizado para evaluar el nivel de autoestima en sujetos de 12 a 18 años; inicialmente N. N presentó una puntuación de 33 puntos denotando autoestima baja y tras la intervención se evidenció un incremento a 35 puntos mostrando autoestima media regular; lo cual, se asemeja con el estudio de Romero et al. (2024), quienes trabajaron con una muestra de 29 estudiantes del décimo año de educación básica, donde 17 personas presentaron un nivel de autoestima regular (59%), lo que puede incidir en las relaciones interpersonales de los estudiantes. Si bien el estudio fue llevado a cabo en adolescentes de otras edades los resultados coinciden con los de la paciente, además se concluye que el test es idóneo para evaluar autoestima física, ética, de competencia, académica, emocional y de relaciones con otros

Asimismo, se utilizó el test proyectivo de la persona bajo la lluvia, el cual permite interpretar al sujeto bajo condiciones adversas, desagradables o tensas, en los resultados de N. N se evidenció necesidad de atención, conductas agresivas y hostiles, extraversión, conflictos sin resolver, ansiedad, tensión, dificultad en la toma de decisiones, dependencia, rebeldía, temor, mecanismo de defensa de anulación y neurosis fóbica lo que es similar a un estudio realizado por Mac (2023) en una muestra de 10 niños menores de edad que han sido sustraídos del hogar por razones de seguridad, debido a que 2 presentaron la anulación como un mecanismo de defensa, al igual que la neurosis fóbica; por lo tanto, los resultados indican que las afectaciones emocionales negativas se atribuyen a la separación del núcleo familiar. Los autores del estudio refieren utilizar el test porque es adecuado para trabajar con personas

de todas las edades, tiene peso dentro de las investigaciones, no toma mucho tiempo y pertenece al área de psicología clínica.

Finalmente, se hizo uso del test proyectivo de la familia administrado para conocer las dificultades del entorno familiar y los aspectos emocionales, en la interpretación de los resultados se evidenció en N. N falta de comunicación con su hermana menor, desvalorización o distancia afectiva con su madre, abuela y hermana menor, opresión por parte de la progenitora, supresión del padre biológico del cuadro familiar, hostilidad, conductas impulsivas y necesidad de estabilidad, firmeza y seguridad; resultados que son similares a los Checa et al. (2019) quienes en su estudio trabajaron con 30 niños en edades comprendidas entre 6 a 11 años, los cuales presentaron rechazo a sus hermanos, discusiones familiares, ausencia de miembros de la familia y falta de atención, cariño y cuidado por parte de los padres. Si bien las edades no son iguales a las de la paciente se presentan resultados semejantes, además estos hallazgos ayudan a concluir que el Test de la familia es competente para evaluar el funcionamiento familiar en niños y adolescentes.

Después de analizar las diferentes investigaciones en relación a los test aplicados en el presente caso, se puede concluir que son idóneos para analizar sintomatología ansiosa y depresiva, como también los niveles de autoestima en adolescentes; de igual manera, los test proyectivos permitieron obtener mayor información sobre la situación familiar y características personales de N. N.

Referente a los diagnósticos determinados: Z61.3 Hechos conducentes a la pérdida de la autoestima en la niñez, Z62.5 Otros problemas relacionados con la negligencia en la crianza del niño y Z61.2 Patrones de relaciones familiares alterados en la infancia, se justifican debido a eventos de irregularidad en la asistencia a la escuela, limitaciones en la educación e interacción con los pares, desatención de las necesidades básicas en la infancia, ausencia de expresiones afectivas, presencia de expresiones de violencia física y psicológica por parte de la progenitora y crianza en diferentes ambientes familiares, los cuales han desencadenado en N. N sentimientos de inferioridad y desvalorización, como también escasas habilidades sociales y de comunicación. Lo que es similar a un estudio realizado por

Maldonado et al. (2021) acerca del abandono y negligencia infantil en Ecuador, el cual indica que existe una cantidad significativa de niños/as en casas de acogida, debido al descuido grave y reiterado, donde no se cubrían las necesidades básicas de alimentación, educación y cuidado; de igual manera, según Losada y Porto (2019) señala que en la negligencia es frecuente la inasistencia a la escuela y el bajo rendimiento académico, y expone que las respuestas emocionales como miedo, ansiedad, angustia, entre otras, deteriora las habilidades de interacción y regulación de emociones. Del mismo modo, Méndez et al. (2019) en su estudio con niños y adolescentes revela que el estar institucionalizado en un centro de acogida limita el desarrollo psicosocial y la estimulación cognitiva, afectiva y emocional, además pueden presentar ansiedad de rasgo, sensación de encierro, pensamientos irracionales, trastornos psicósomáticos, sentimientos de inferioridad y soledad, baja autoestima y tolerancia a la frustración, impulsividad e inestabilidad emocional.

Luego de analizar los diagnósticos definitivos y las investigaciones similares acerca de las consecuencias que deja la negligencia infantil, se concluye que el abandono emocional y físico en la niñez por parte de los progenitores puede ocasionar manifestaciones significativas, especialmente en niños/as que son sustraídos de su hogar para ser institucionalizados, debido a que experimentan sentimientos y pensamientos negativos al igual que N. N.

En cuestión al proceso de intervención se trabajó con la Terapia Cognitivo Conductual (TCC); no obstante, es importante mencionar que las técnicas utilizadas fueron adaptadas a las necesidades de la paciente, tales como psicoeducación, técnicas de respiración y relajación, reestructuración cognitiva, habilidades sociales y resolución de conflictos, evidenciándose mejoría en los comportamientos iniciales de la paciente, como es el hecho de reducción de actitudes agresivas y expansivas con las demás personas, así como el cambio en actitudes retraimiento y temor a comunicarse, denotando mayor seguridad a la hora de comunicar e interactuar. Dichos cambios, se asemejan con estudio de Delgado-Redrován (2021) quien realizó una investigación para conocer la eficacia de la terapia cognitiva conductual en el abordaje de adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar con

sintomatología depresiva, ansiosa y de estrés, obteniendo resultados positivos; por lo que, demostró que este modelo contribuye al desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas y disminuye considerablemente los niveles de dichas sintomatologías; de tal manera, que recomienda este tipo de intervención en adolescentes que se encuentran en casas de acogimiento.

Referente a las técnicas empleadas se utilizó la psicoeducación para informar acerca de la ansiedad y los tipos de distorsiones cognitivas en N. N, según una investigación realizada por Arredondo et al. (2021), quien trabajó con pacientes con trastorno depresivo persistente y trastorno de ansiedad generalizada provenientes del estrés post- traumático, señala que la psicoeducación es un proceso educativo que está encaminado a estimular los recursos psicológicos y que promueve el bienestar emocional, menciona escoger dicha técnica para enseñarle a la paciente acerca de su sintomatología y a manejar las diferentes situaciones que se le presenten. Dentro de la intervención, se pudo evidenciar que N. N comprendió las temáticas expuestas, debido a que se utilizó material didáctico para la misma.

Otra de las técnicas utilizadas fue la respiración diafragmática, cuyo objetivo fue disminuir la sintomatología ansiosa y generar un estado de calma en la paciente, de acuerdo a un estudio realizado por Molina y García (2024) en adolescentes con sintomatología ansiosa y depresiva, indican que la eficacia de la técnica se encuentra en una correcta ejecución, los resultados de su intervención mostraron efectos significativos, debido a que los niveles de la sintomatología disminuyeron. En el presente trabajo, se evidenció que la paciente lograba reducir los síntomas ansiosos a través de la respiración, además refirió que la técnica era de mucha ayuda para ella.

También se utilizó la técnica de relajación “muñeco de nieve” para niños y adolescentes; la cual, consistió en ayudar a reducir la tensión muscular y lograr un estado de relajación de manera lúdica y la eficacia se respalda en un estudio realizado por Rubiales et al. (2021) quien trabajó con niños y adolescentes diagnosticados con TDAH menciona que esta técnica ayuda a regular las emociones y liberar la tensión, especialmente en niños que

suelen ponerse ansiosos. En la intervención, la paciente logró conseguir un mayor autocontrol emocional y un estado de relajación agradable por medio de la imaginación.

De igual manera, se empleó la técnica de reestructuración cognitiva con el objetivo de identificar pensamientos negativos y generar pensamientos adaptativos que disminuyan el malestar emocional o conductual, similar a lo alcanzado en el estudio realizado por García y Linares (2019) quienes al utilizar la reestructuración en adolescentes que enfrentaban duelo por el fallecimiento de sus padres, concluyeron que el uso contribuyó a disminuir la persistencia de distorsiones relacionadas con el abandono, la culpa y el desamparo, semejante al el caso de N. N, que logró modificar los pensamientos desadaptativos, debido a que sentía culpa por el fallecimiento de su progenitora y presentaba sentimientos de abandono.

Del mismo modo, se utilizó la técnica de habilidades sociales cuyo propósito es desarrollar competencias para comunicarse de manera asertiva y al compararlo con el estudio ejecutado por García y Álvarez (2022) en adolescentes con adicción se determinó que este recurso brindó resultados favorables en la disminución del consumo, debido a las orientaciones dadas como la forma de socializar, aprender a decir que no y mantener una comunicación asertiva con las demás personas. Durante el proceso de intervención N. N adquirió nuevas habilidades como a comunicarse de manera asertiva con su hermana menor e incluso con las personas que laboran dentro del centro, otorgándoles mayor seguridad y confianza personal.

Por otra parte, también se hizo uso de la técnica resolución de conflictos y toma de decisiones con la finalidad de que la paciente adquiera competencias para la solución de los problemas de la vida diaria y genere alternativas al momento de tomar una decisión; lo cual, dio buenos resultados dentro de la intervención, debido a que N. N logró identificar sus problemas y definirlos, generando habilidades de solución y toma decisiones de manera adecuada, lo que se asemeja a la investigación de Burbano et al. (2019) quien trabajó con estudiantes en edades comprendidas entre 15 y 18 años evidenciándose una mejora

significativa en la autoasertividad y conductas asertivas; si bien las edades no coinciden con la paciente el estudio obtuvo resultados favorables y similares.

En función a lo citado anteriormente, el presente trabajo de investigación tiene implicación en el ámbito clínico, debido a que, en la actualidad existen múltiples casos de negligencia infantil e institucionalización en casas de acogida; es por ello, que este caso aporta información significativa acerca de la eficacia de la TCC y sus técnicas, las mismas que fueron adaptadas a las necesidades de la paciente y que pueden ser utilizadas por futuros profesionales en trabajos similares, además es importante destacar la adherencia al tratamiento y el compromiso de N. N para la obtención de resultados favorables a pesar los eventos externos.

No obstante, entre las limitaciones y factores que influyeron dentro de la intervención, se destaca principalmente la falta de predisposición y apertura para la realización de las sesiones planificadas con la paciente por parte de las tutoras del centro, el fallecimiento de su progenitora y la aparición del padre biológico, el cual está interesado en una reinserción. Por otra parte, existe poca información sobre los diagnósticos Z, lo que dificulta encontrar artículos con validez científica.

Conclusiones

En cuanto al proceso de evaluación, se concluye que los test aplicados como el cuestionario de Depresión Infantil, cuestionario de Ansiedad Estado y Rasgo, cuestionario de Autoestima de Lucy Reidl y los test proyectivos de la familia y la persona bajo la lluvia, son instrumentos idóneos, válidos y eficaces para identificar sintomatología significativa y la intensidad de la misma en población infanto- juvenil; los cuales, fueron analizados en conjunto con la información obtenida de fuentes directas e indirectas a través de la entrevista clínica y la observación, permitiendo así realizar un adecuado descarte de hipótesis diagnósticas.

Con respecto al diagnóstico, se efectuó con la información obtenida a través de la entrevista psicológica de fuentes directa e indirectas, aplicación de reactivos y la observación, dichas herramientas permitieron conocer sintomatología, situación familiar y características de la adolescente; no obstante, se constató que la paciente no cumplía con los criterios establecidos en los manuales para un trastorno específico, aunque presentaba síntomas ansiosos, baja autoestima e impulsividad; es por ello, que se trabajó en restablecimiento del equilibrio emocional y en el desarrollo de estrategias de afrontamiento.

Finalmente, en el proceso de intervención se utilizó el enfoque cognitivo-conductual, el cual, ha sido eficaz en la evolución de la paciente, debido a que, a través de la utilización de técnicas como psicoeducación, reestructuración cognitiva, ejercicios de respiración y relajación, entrenamiento en resolución de conflictos y habilidades de afrontamiento, se evidenciaron cambios positivos como la modificación de conductas agresivas o impulsivas y distorsiones cognitivas; así como también en la mejoría de toma de decisiones, comunicación asertiva, solución de conflictos y relación con sus pares; sin embargo existió un incremento de la sintomatología depresiva presentando tristeza y angustia ocasionado por el fallecimiento de su progenitora.

Recomendaciones

Se sugiere realizar nuevamente la aplicación de instrumentos psicológicos específicos para la población infantil, especialmente los que estén encaminados en la evaluación de sintomatología depresiva con la finalidad de conocer su estado emocional actual, que se vio afectado a raíz del fallecimiento de la progenitora y así brindar una intervención oportuna ajustada a sus nuevas necesidades.

Se recomienda que se inicie nuevamente un proceso psicológico bajo el enfoque cognitivo conductual en situaciones que le generen malestar y desbordamiento para lograr la estabilidad emocional, debido al reciente fallecimiento de su progenitora, por lo que ha sido eficaz en el tratamiento con niños, niñas y adolescentes.

Finalmente, se propone que se realice un seguimiento a la paciente con el objetivo de verificar el mantenimiento de logros conseguidos en el proceso; así como, también que se sigan utilizando las técnicas aprendidas durante terapia y trabajando en conductas de rebeldía y hostilidad frente a las normas del centro y emociones de angustia y tristeza que dejó la irremediable pérdida de su progenitora.

Referencias

- Arredondo, A., Mera, M., y Ponce, J. (2021). Trastorno Depresivo Persistente y Trastorno de Ansiedad Generalizada Proveniente de un Caso Clínico. *Revista Científica Arbitraria en Investigaciones de la Salud GESTAR*, 4 (8), 2-18. <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0027>
- Burbano, L., Pantoja, M., Sierra, J., Arias, W., y Enríquez, J. (2019). Impacto de un programa de intervención en la asertividad de estudiantes adolescentes de dos preuniversitarios. *Revista Espacios*, 40(21). 1-10. <https://www.revistaespacios.com/a19v40n21/a19v40n21p26.pdf>
- Camarillo, A., García de Jesús, M., y Morales, U. (2020). Características sociodemográficas y Depresión en Adolescentes de Escuelas Secundarias Públicas del Municipio Camerino Z. Mendoza, Veracruz. *European Scientific Journal January*, 16(2), 1-10. <https://doi.org/10.19044/esj.2020.v16n2p1>
- Campayo, J. G., Vega, L. M. C., Tazón, P., y Aseguinolaza, L. (1999). Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, 24(10), 594-601. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7481712>
- Capurro, D., y Rada, G. (2007). El proceso diagnóstico. *Revista Médica de Chile*, 134(4), 534-538. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000400018>
- Castillero, O. (2019). *La técnica de la flecha descendente: qué es y cómo se usa en terapia*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnica-flecha-ascendente>
- Checa, V., Orben, M., y Zoller, M. (2019). Funcionalidad familiar y desarrollo de los vínculos afectivos en niños con problemas conductuales de la fundación "Nurtac" en Guayaquil, Ecuador. *Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(2), 149, 163. <https://doi.org/10.30545/academo.2019.jul-dic.5>
- Cordero, T. (2019). Evaluación psicológica de la personalidades asociados al cutting y baja autoestima en adolescentes. *Revista Psicología UNEMI*, 3(5), 18-25. <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol3iss5.2019pp18-25p>

- Correa, S. (2021). *Diálogo socrático, qué es, objetivos y aplicaciones*. *Mente y Ciencia*.
<https://www.menteyciencia.com/dialogo-socratico-que-es-objetivos-y-aplicaciones/>
- Correa, T., y Bedoya, D. (2020). Programas de intervención del maltrato infantil implementados en América Latina, un Estado del Arte entre 2013-2020. *Revista de Psicología GEPU*, 11(1), 159-177.
<https://core.ac.uk/download/pdf/511512772.pdf#page=159>
- Delgado-Redrován, A. (2021). La terapia cognitiva conductual en el abordaje de adolescentes víctimas de violencia intrafamiliar. *Centros: Revista Científica Universitaria*, 10(2), 92-108. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/228/2282279006/html/>
- Díaz, Y., Morales, V., Peraza, K., Mayorga, M., y Ábalo, R. (2014). Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes de 12 a 15 años. *Revista del Hospital Psiquiátrico de la Habana*, 11(1), 1-11.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revhospsihab/hph-2014/hph141a.pdf>
- Díez, A. (2023). *La técnica de solución de problemas de D'Zurilla y Goldfried*. La mente es maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/la-tecnica-solucion-problemas-dzurilla-goldfried/>
- Farias, I. (2023). *El árbol de los logros: cómo trazarlo*. PsicoActiva.
<https://www.psicoactiva.com/blog/el-arbol-de-los-logros-como-trazarlo/>
- Fernández, A., Ortiz, J., Estéven, C., y Gualotuña, V. (2019). Influencia del marketing social en la disminución de la violencia infantil. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(20). <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/505/247>
- Fernández, G., Farina, P., Arráiz, C., y Troya, E. (2020). Consecuencias del maltrato infantil en un hospital de Maracaibo-Venezuela. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(1), 187-202. <https://www.redalyc.org/journal/280/28063104016/html/>
- Galán, M. (2019). *Técnicas de relajación infantil*. DKV Quiero cuidarme.
<https://quierocuidarme.dkv.es/salud-para-ninos/tecnicas-de-relajacion-infantil>

- García, A., García, C., y Orihuela, S. (2019). Negligencia infantil: una mirada integral a su frecuencia y factores asociados. *Acta Pediátrica de México*, 40(4), 200-210. <https://www.redalyc.org/journal/4236/423665713003/423665713003.pdf>
- García, C., y Linares, N. (2019). Efecto de la reestructuración cognitiva sobre las distorsiones cognitivas de los adolescentes frente al duelo por fallecimiento de sus padres. *Boletín Médico de Postgrado*, 36(1), 38-42. <https://revistas.uclave.org/index.php/bmp/article/view/2618/1617>
- García, J., y Álvarez, D. (2022). Técnica de entrenamiento en habilidades sociales y factores de riesgo en adolescentes con adicción a la marihuana: una revisión bibliográfica. *Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(42), 279- 290. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42.2022pp279-290>
- García-Rodríguez, D., y García-Rodríguez, C. (2021). Funcionamiento familiar y ansiedad estado-rasgo en adolescentes. *Journal of neuroscience and public health*, 1(1), 19-26. <https://doi.org/10.46363/jnph.v1i1.3>
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.005>
- González, T., Argüello, M., Canalejas, C., González, C., Oter, C., Torres, A., del Río, P., y de la Morena, T. (2016). Ruleta de emociones: el juego como estrategia para la educación emocional en el grado de enfermería. *Metas de Enfermería*, 19(8), 20-25. <https://bit.ly/3V8Sm8h>
- Guerra, C., y Plaza, H. (2009). Tratamiento Cognitivo-Conductual del Estrés Postraumático en un caso de violación infantil. *Revista de Psicología*, 18(1), 103-126. <https://revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/view/17130/17856>
- Guillén, R., y Reidl, L. (2021). Autoestima y su medición. *Revista Psic-Obesidad*, 11(43), 23-29. <https://doi.org/10.22201/fesz.20075502e.2021.11.43.83658>
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de Depresión Infantil (CDI)*. TEA Ediciones, S. A

- López, A. (2021). *La Ruleta de las Emociones*. Lucentum Psicología.
<https://www.lucentumpsicologia.com/infanto-juvenil/la-ruleta-de-las-emociones/>
- López, A., Benítez, X., León, M., Maji, P., Domínguez, D., y Báez, D. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2), 1-9.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcur/v21n2/1817-5996-rcur-21-02-e94.pdf>
- Losada, A., y Marmo, J. (2016). Persona bajo la lluvia y trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(2), 737-772.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2016/epi162o.pdf>
- Losada, A., y Porto, M. (2019). Familia y abuso infantil. *Revista Neuronum*, 5(2), 7-32.
<https://eduneuro.com/revista/index.php/revistaneuronum/article/view/192/176>
- Mac, L. (2023). Afectaciones emocionales en niños sustraídos del hogar por razones de seguridad indicados a través de la prueba de la persona bajo la lluvia en menores de edad. *Revista de investigación en ciencias de la salud*, 6(2), 17- 27.
<https://revistas.ulatina.edu.pa/index.php/conductacientifica/article/view/290/340>
- Macías, A. (2007). Cómo valorar un coeficiente de confiabilidad. *Investigación educativa duranguense*, 6 (6), 6-10. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2292993.pdf>
- Maldonado, R., Vinuesa, N., y Bajaña, L. (2021). Estudio sobre el abandono físico o negligencia infantil en el Ecuador. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 9(1), 1-26. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.2998>
- Méndez, R., Villafuerte, M., Sánchez, J., y Rosales, I. (2019). Vivencias en el proceso de institucionalización e inteligencia emocional en niños y adolescentes: diferencias según variables sociodemográficas. *Revista Costarricense de Psicología*, 38(2), 179-204. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v38i02.04>
- Menéndez, N. (2022). *¿Qué es el Modelo ABC de Ellis? Definición y principios*. Médico Plus.
<https://medicoplus.com/psicologia/modelo-abc-ellis>
- Meza, L., y Navarro, D. (2022). Maltrato infantil según las características sociodemográficas de las madres en Sucre, Colombia. *ISPA Scientia, revista científica multidisciplinaria*, 7(2), 24-35. <https://doi.org/10.25214/27114406.1410>

- Merchán, M., Márquez, V., Yanez, J., y Estrella, L. (2021). Estilos de crianza ante la violencia infantil. *RECIAMUC*, 5(1), 416-429. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.\(1\).ene.2021.416-429](https://doi.org/10.26820/reciamuc/5.(1).ene.2021.416-429)
- Molina, J., y García, A. (2024). Eficacia de un programa de entrenamiento en fortalezas personales para reducir la sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 11(1), 1-13.
doi: 10.21134/rpcna.2024.11.1.6
- Montagud, N. (2019). *Modelo ABC de Ellis: qué es y cómo describe los pensamientos*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/modelo-abc-ellis>
- Montagud, N. (2020). *Técnicas de la Reestructuración Cognitiva*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/clinica/tecnicas-reestructuracion-cognitiva>
- Navarro, M. (2023). Fortalezas y debilidades de las visitas domiciliarias en intervención social en una casa de acogida ubicada en la provincia de Pichincha. *Derecho y Sociedad UTE*, 1(2), 97-111. <https://doi.org/10.29019/rdsu.v1i1>
- Núñez, M. (2021). *Qué es y cómo se hace la visualización guiada*. Cuerpo y mente. https://www.cuerpomente.com/salud-natural/terapias-naturales/visualizacion-guiada_7644
- Pelaz, A., Bayón, C., Fernández, A., y Rodríguez, P. (2008). Temperamento, ansiedad y depresión en población infantil. *Revista de Pediatría Atención Primaria*, 10(40), 617-625. <https://www.redalyc.org/pdf/3666/366638709005.pdf>
- Pérez, J. F. (2010). Ansiedad y respiración diafragmática. *Enfermería integral: Revista científica del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia*, 1(89), 16-18. https://www.enfervalencia.org/ei/89/ENF_INTEG_89.pdf
- Rodríguez, A., Domínguez, B., Leija, G., Ortiz, M., y Carreño, C. (2018). Efectos psicofisiológicos de la respiración diafragmática y la estimulación térmica sobre la actividad autonómica del estrés agudo. *Acta de investigación psicológica*, 8(2), 101-113. <https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2018.2.09>

- Romero, J., Bustamante, F., Bustamante, S., y Yépez, L. (2024). La autoestima en las relaciones interpersonales de los estudiantes de décimo año de la Escuela de Educación Básica José Isaac Montes. *Revista InveCom*, 4(1), 1-12. <https://doi.org/10.5281/zenodo.10524922>
- Rubiales, J., Bakker, L., Paneiva, J., Alle, A., y De Pizzol, S. (2021). Familias de niños y adolescentes con diagnóstico de TDAH: Estrategias y Pautas para el periodo de aislamiento social por el covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología*, 15(3), 54-62. DOI: 10.7714/CNPS/15.3.204
- Ruiz, L. (2019). *Técnica de detención del pensamiento: característica y uso en terapia*. Psicología y Mente. <https://psicologiymente.com/clinica/tecnica-detencion-pensamiento>
- Sánchez, G. (2022). *Querido yo, merezco que me trates mejor*. La mente es maravillosa. <https://lamenteesmaravillosa.com/querido-yo-merezco-que-me-trates-mejor/>
- Seppi, M. (2023). *Aprende la técnica del semáforo para el control de emociones*. Mejor con Salud. <https://mejorconsalud.as.com/tecnica-semaforo-control-emociones/>
- Spielberger, C., Edwards, C., Lushene, R., Montuori, J., y Platzek, D. (1990). *Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAIC)*. TEA Ediciones, S. A
- Vargas, N., Norza, E., Amaya, L., Cárdenas, L., Delgado, E., González, K., y Zamora, M. (2019). La evaluación psicológica en los campos de la psicología jurídica en Colombia: psicología forense. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 15(2), 315-333. <https://doi.org/10.15332/22563067.5403>
- Wald, A., Hamuy, E., Guerendian, N., y San Sebastián, M. (2012). Transformaciones de los procesos imaginativos en la producción gráfica de niños en tratamiento psicopedagógico. *Anuario de Investigaciones*, 19(1), 289-294. <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v19n1/v19n1a30.pdf>