



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 adolescente: Caso
Clínico debido a otros hechos estresantes que afectan a la
familia y al hogar**

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

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora: Ochoa Luna, Suanny Marlene

Director: Cabrera Sandoval, Pablo Andrés

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, 24 de Septiembre del 2024

Magíster

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad.-

De mi consideración:

El presente Trabajo de Integración Curricular denominado: "Intervención Cognitivo Conductual en adolescente: Caso Clínico debido a otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar" realizado por Suanny Marlene Ochoa Luna, 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,

Director: Mgtr. Pablo Andrés Cabrera Sandoval

C.I.: 1104027394

Correo electrónico: pcabrera15@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Suanny Marlene Ochoa Luna, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado “Intervención Cognitivo Conductual en adolescente: Caso Clínico debido a otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar” de la carrera de Psicología Clínica específicamente de los contenidos comprendidos en: Capítulo uno. Marco Teórico en el cual constan datos de identificación, proceso de evaluación y diagnóstico del caso clínico. Capítulo dos. Metodología, en donde se detalla el tratamiento y el plan de intervención aplicado en el paciente. Capítulo tres. Se exponen los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, siendo el Mgtr. Pablo Andrés Cabrera Sandoval, director 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: Suanny Marlene Ochoa Luna

C.I.: 1150061347

Correo electrónico: smochoa2@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Dedico esta tesis a mis padres. Este logro es un reflejo del inmenso esfuerzo que han invertido y que hoy, después de un largo camino, ha dado frutos. A mi papi Jorge, aunque no esté físicamente presente para celebrar este logro, su espíritu ha estado conmigo en cada paso del camino. Desde el inicio encomendé este proyecto a tu guía y fortaleza, gracias por haberme inspirado y hacerme creer siempre en mis capacidades. Tu memoria vivirá por siempre en mi corazón y en cada uno de mis logros. A mi mami, por su valentía y ejemplo constante de que todo lo que nos propongamos se puede alcanzar, ha dejado una huella imborrable, y este éxito alcanzado es el testimonio de su inquebrantable dedicación a sus hijas. Esta tesis es un tributo a la eterna admiración que siento por ustedes.

De igual manera a mis hermanas, ya que de una u otra forma siempre han sido mis otros pilares fundamentales en mi formación como persona, han sabido ser mi guía y mi inspiración en todo momento, este logro es tan suyo como mío. A mis hermosos sobrinos Benjamín y María Paz, que éste trabajo sea un reflejo del amor y la esperanza que deposito en cada uno de ustedes.

Agradecimiento

En primer lugar, doy gracias a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto, a pesar de altos y bajos destacó en mi la perseverancia para así lograr y merecer todo lo que tengo hoy en día. En segundo lugar, agradezco inmensamente a mi querida familia por ser mi principal motor en este proceso. A José Sebastián, por brindarme su compañía y apoyo incondicional, por cada consejo y por cada una de sus palabras que me han dado ánimos a continuar cuando todo se me venía abajo. Al prestigioso establecimiento educativo, mi UTPL, por brindarme constantes aprendizajes y las herramientas necesarias para forjarme en una profesional, como también a mi centro de prácticas, el cual me abrió las puertas desde el día uno para desarrollarme como futura profesional, me otorgó un entorno lleno de sabiduría y permitió empaparme de gran conocimiento dentro de mi área. Así mismo, doy gracias a mi tutor de tesis el Mgtr. Pablo Andrés Cabrera Sandoval, que hizo parte de este largo proceso integral de formación.

Índice de Contenido

<i>Caratula</i>	I
<i>Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular</i>	ii
<i>Declaración de autoría y cesión de derechos</i>	iii
<i>Dedicatoria</i>	v
<i>Agradecimiento</i>	vi
<i>Índice de Contenido</i>	vii
<i>Resumen</i>	1
<i>Abstract</i>	2
<i>Introducción</i>	3
<i>Capítulo uno</i>	7
<i>Marco teórico</i>	7
1.1 Presentación del caso	7
1.1.1 Identificación del paciente	7
1.1.2 Motivo de consulta	8
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología	8
1.2 Proceso de evaluación	9
1.3 Proceso diagnóstico	22
1.3.1 Diagnóstico presuntivo	23
1.3.2 Diagnóstico diferencial	23
1.3.3 Diagnóstico definitivo	25
Capítulo dos	26
Metodología	26
2.1 Tratamiento/Intervención	26
2.1.1 Objetivos terapéuticos	26
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención	27
2.1.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico	31
Capítulo tres	51

Resultados	51
3.1 Análisis de resultados cuantitativos	51
3.2 Análisis de resultados cualitativos.....	54
Discusión.....	56
Conclusiones	62
Recomendaciones	63
Referencias	64

Índice de tablas

Tabla 1 Resultados de la aplicación de Reactivo Mayo.....	12
Tabla 2 Resultados de la aplicación de Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños y adolescentes	13
Tabla 3 Resultados de la aplicación de Cuestionario de Depresión Infantil (CDI).....	14
Tabla 4 Resultados de la aplicación de Escala de Estrés Percibido (PSS)	15
Tabla 5 Resultados de la aplicación de Inventario de Personalidad para Jóvenes (MILLION) ..	17
Tabla 6 Resultados de la aplicación de Escala para la Evaluación de la Expresión, Manejo y Reconocimientos de Emociones.....	19
Tabla 7 Resultados de la aplicación de Escala para la Evaluación de Habilidades Sociales.....	21
Tabla 8 Resultados de la aplicación de Test de Frases Incompletas para Adolescentes	22
Tabla 9 Plan de Intervención.....	27
Tabla 10 Resultados cualitativos del paciente posterior a la intervención psicológica	54
Tabla 11 Resultados cualitativos de Test de Frases Incompletas para Adolescentes	55

Índice de figuras

Figura 1 Genograma Familiar	7
Figura 2 Puntuaciones Pre y Post tratamiento de Escala de Estrés Percibido PSS-14	51
Figura 3 Puntuaciones Pre y Post tratamiento Escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones	52
Figura 4 Puntuaciones Pre y Post tratamiento Escala de Habilidades Sociales	53

Resumen

El presente estudio de caso titulado “Intervención Psicoterapéutica basada en un Enfoque Cognitivo Conductual de un caso clínico debido a problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar” describe el proceso terapéutico desarrollado en un paciente de 14 años, quien acude a servicios psicológicos derivado por el DECE institucional por la presencia de sentimientos de preocupación y angustia excesiva por su figura materna diagnosticada de depresión debido al abandono e infidelidad de su conyugue en estado de embarazo. El estudio abarca diversas etapas, iniciando por la evaluación, misma que se desarrolló a través de entrevista clínica y aplicación de reactivos psicológicos. A partir de los resultados obtenidos, se clarifica el diagnóstico en base al DSM-5 y CIE-10; y finalmente, se realiza el plan de tratamiento con enfoque y técnicas cognitivo conductual. Se plantearon 12 sesiones, las cuales tuvieron como objetivo principal el afrontar situaciones conflictivas que le generan estrés. Tras la intervención se obtuvieron resultados significativos, demostrando así la eficacia de ésta en población adolescente.

Palabras clave: adolescente, estrés, intervención.

Abstract

The present case study entitled “Psychotherapeutic Intervention based on a Cognitive Behavioral Approach of a clinical case due to problems related to other stressful events affecting the family and home” describes the therapeutic process developed in a 14 years old patient, who comes to psychological services referred by the institutional DECE due to the presence of feeling of worry and excessive anguish for her maternal figure diagnosed with depression due to the abandonment and infidelity of her pregnant spouse. The study covers several stages, starting with the evaluation, which was developed through a clinical interview and application of psychological reagents. From the results obtained, the diagnosis is clarified bases on the DSM-5 and ICD-10; and finally, the treatment approach and techniques. Twelve sessions were planned, the main objective of which was to confront conflictive situations that generate stress. Significant results were obtained after the intervention, demonstrating its efficacy in the adolescent population.

Keywords: adolescent, stress, intervention.

Introducción

El estrés, una respuesta natural del organismo ante situaciones demandantes, se intensifica en la adolescencia debido a los cambios físicos, emocionales y sociales que experimentan los jóvenes. A partir de las alteraciones que el estrés provoca en el individuo, según Silva et al., (2020), lo define como una respuesta desfavorable que genera un desequilibrio en las personas que la experimentan debido a las disparidades entre la presión dada por un sin número de situaciones complicadas y la capacidad para manejarla.

A su vez, dicha terminología se asemeja a la conceptualización de Ávila, (2014) en donde expone al estrés como una reacción fisiológica y psicológica del organismo ante una situación que lo percibe como amenazante o desafiante.

El estrés, entendido como un conjunto de respuestas fisiológicas y psicológicas del organismo ante situaciones desafiantes, puede clasificarse en dos tipos: estrés positivo (eustress) y estrés negativo (distress). El estrés positivo se caracteriza por ser de corta duración y estar asociado a actividades estimulantes que se pueden realizar de forma voluntaria, como el juego, el deporte, etc. Por el contrario, el estrés negativo se caracteriza por ser prolongado y escapa el control del individuo. Este tipo de estrés genera un desequilibrio en el organismo debido a que el cuerpo no tiene tiempo para descansar o recuperarse. (Bairero, 2017).

El estrés se manifiesta en todas las áreas de actividad de una persona, ya sea académico, cambios hormonales, búsqueda de identidad o problemas relacionados con la familia. Silva et al., (2020). Un ambiente familiar disfuncional, caracterizado por comunicación deficiente, malas relaciones intrafamiliares, conflictos entre padres, separaciones, divorcios, entre otras exigencias excesivas, intensifica el estrés y lo convierte en un enemigo silencioso con graves consecuencias.

En el ámbito de la investigación social, la satisfacción familiar ha adquirido un papel fundamental como área de estudio, debido a su estrecha vinculación con diversos indicadores de bienestar individual y familiar. Entre estos indicadores se encuentran la calidad de vida, el ajuste psicológico, la salud física y mental, y la capacidad para afrontar el estrés. La

satisfacción familiar, entendida como un estado positivo resultante de la interacción dinámica entre los miembros, se ha convertido en un elemento clave para comprender el funcionamiento familiar y su impacto en el desarrollo individual y social. En el caso específico de adolescentes y jóvenes, la familia se erige como una fuente primordial de apoyo emocional, amor, consuelo y sobre todo una fuente de protección. (Viqueira & López, 2017).

La separación de padres, una experiencia que afecta a millones de adolescentes alrededor del mundo, se asocia a un aumento significativo en los niveles de estrés en esta población. Diversos estudios han documentado las consecuencias negativas de este evento en el bienestar emocional y psicológico de los jóvenes, como es la investigación de Gómez Sánchez et al., (2020), en donde menciona existir consecuencias divididas en dos grupos siendo estas consecuencias emocionales mismas que incluyen sentimientos como culpa, abandono, estrés, ansiedad, depresión; y las consecuencias conductuales las cuales se manifiestan en agresividad repentina o problemas en el ámbito escolar.

La disolución del vínculo conyugal es un evento familiar que puede generar un impacto significativo en la vida de los hijos. En el 2006, el Departamento de Comunicación de la Fundación BBVA realizó un estudio exhaustivo sobre la realidad de los jóvenes españoles. Sus resultados revelaron que la familia ocupa un lugar fundamental en su vida personal, constituyéndose en un pilar de apoyo incondicional ante cualquier eventualidad o problema personal. (Fundación BBVA, 2006).

Dentro del estudio de Demera et al., (2024), han encontrado que los adolescentes que experimentan la separación de sus padres presentan niveles más altos de estrés, ansiedad y depresión en comparación con aquellos que viven en hogares con ambos padres juntos y estos síntomas pueden manifestarse de diversas maneras, incluyendo cambios en el estado de ánimo, dificultad en el enfrentamiento de situaciones, irritabilidad, problemas de sueño, dificultad en la toma de decisiones, dificultad para concentrarse, disminución del rendimiento académico y comportamientos de riesgo.

América Latina no está ajena a las tasas de separación y divorcio ocasionando en los adolescentes un gran impacto: en un estudio realizado en Colombia reportada el censo nacional del 2005 de dicho país, éste es el tercer país más poblado de Latinoamérica y el 28° del mundo, con 41 242 948 habitantes. De ellos el 4.9% se encuentra en temas de separación o divorciado, el 4,1% es viudo y el 21,1% convive en uniones de hecho, por ende, tras esta información la investigación de Agudelo (2008), procede a indagar sobre las posibles repercusiones de la separación de los padres en la salud mental en sus hijos (niños y adolescentes). En cuanto a sus resultados, dentro de su población encuestada se obtuvo datos significativos con respecto al área más afectada como es el rendimiento académico. El porcentaje de mejor rendimiento académico consistía a los encuestados de familias estables con el 32.1% que el de separados con 24.7%.

En Ecuador, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en el año 2023 se registró 23 556 separaciones conyugales, indicando consecuencias en los infantes como deterioro en el proceso de socialización, ansiedad, problemas de aprendizaje, problemas de estrés y bajo rendimiento.

Un estudio realizado en Ecuador realizado por Chávez & Lima (2023), se encontró una serie de factores que inciden significativamente en el bienestar de los adolescentes como preocupación excesiva por la salud de familiares o allegados, dificultades socioeconómicas, problemas de salud personal, dificultad en las relaciones sociales o aquellos conflictos familiares como las peleas constantes o la disfunción familiar, mismos que generan un ambiente hostil y toxico que afecta negativamente la salud emocional y el desarrollo social de los adolescentes, obteniendo resultados que un 17.9% manifestaba estrés constante, 17.9% depresión y un 30.3% ansiedad.

Por esta razón se realiza la presente investigación centrada en el análisis del estrés en adolescente producto de la separación de sus padres, tomando en cuenta el contexto familiar y su impacto en el bienestar emocional y psicológico de los jóvenes. Se pretende abordar las repercusiones de este evento familiar en el desarrollo individual y social de los adolescentes, considerando las variables que inciden en la magnitud del impacto y las

estrategias de afrontamiento que poder ser implementadas para así mitigar sus efectos negativos como futuras patologías.

En el presente caso se expone una evaluación e intervención clínica de un adolescente de 14 años con diagnóstico de problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar; este trabajo se encuentra comprendido en tres capítulos, los cuales incluyen: Primer capítulo, en donde consta la presentación del caso, identificación del paciente, motivo de consulta y la historia de la enfermedad, además el proceso de evaluación, en el cual se explica acerca de las herramientas utilizadas como la observación, entrevista semiestructurada y la aplicación de reactivos psicológicos. En el segundo capítulo encontramos el proceso de intervención, explicando el enfoque utilizado, los objetivos y el plan terapéutico; finalmente, el tercer capítulo se exponen los resultados cuantitativos y cualitativos, discusión, conclusiones y recomendaciones. Es así como el objetivo de este caso clínico es brindar las herramientas psicológicas a futuras investigaciones que busquen un abordaje cognitivo conductual en problemática de hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

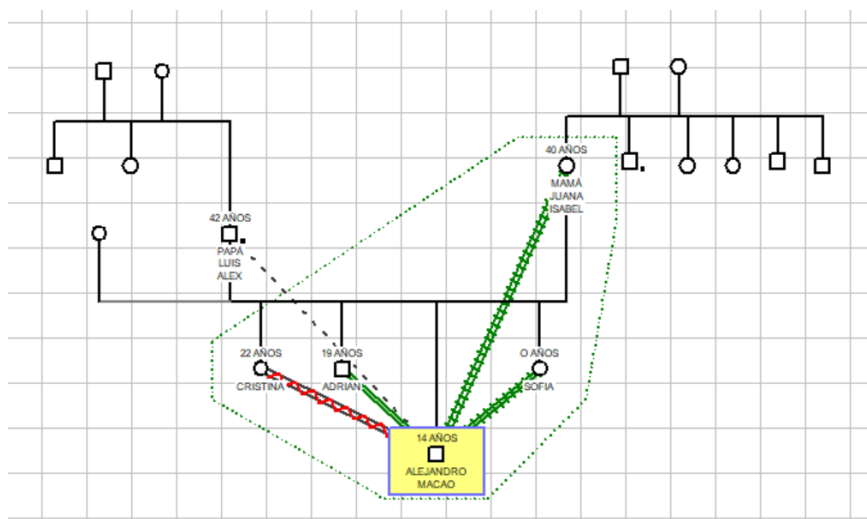
La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 Identificación del paciente

Paciente de 14 años de edad, sexo masculino, soltero, estudiante con escolaridad de

Figura 1

Genograma Familiar



Paciente menor de edad, proveniente de un hogar monoparental, ocupando el tercer lugar de cuatro hermanos. Dentro del hogar convive con la figura materna y sus hermanos. Con respecto a las relaciones familiares, el usuario relató tener una relación muy amena y cercana con su mamá, al igual que con su hermano mayor de 19 años y su hermana recién nacida. Indicó una relación cercana pero hostil con su hermana mayor de 22 años, por otra parte, con su figura paterna mantiene una relación distante y pobre desde que se excluyó del hogar.

1.1.2 Motivo de consulta

Paciente acude a consulta remitido por parte del DECE de su institución, por presentar sentimientos de preocupación y angustia excesivos al ver a su figura materna en estado de embarazo y a su vez diagnosticada con un trastorno depresivo por un profesional de la salud debido al abandono e infidelidad de su conyugue. Paciente refiere: *“Cuando veo a mi mamá llorar por mi papá o la veo en la espera de que él la llame o así, eso es como que me desespera y así, la veo llorar no sé qué hacer, la intento consolar, pero más me desespero de que pues no la puedo ayudar mucho entonces agarro voy a mi cuarto quiero llorar, pero las lágrimas no me salen, quiero gritar por esa angustia que siento.”*, situación que llega a influir en el rendimiento escolar del paciente desencadenando síntomas como: sudoración, nerviosismo y preocupación constante, sentimientos de angustia, aumento de apetito, inquietud, agitación, respiración agitada, dificultad para dormir, para concentrarse, dificultad en la toma de decisiones, morderse las uñas, dolores estomacales, temblores en las manos, hormigueo por el cuerpo.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

Paciente refiere experimentar por primera vez varios síntomas mencionados hace aproximadamente tres meses. Con el paso del tiempo, su principal sintomatología como preocupación, angustia excesiva, nerviosismo, dificultad para conciliar el sueño, alteraciones en su ámbito educativo, entre otros, se han incrementado con el tiempo, siendo éstos constantes, y generando en la mayor parte de sus días un deterioro en la parte personal, familiar como educativa.

Paciente refiere que experimenta con gran frecuencia e intensidad dicha sintomatología en situaciones como inconvenientes en casa con sus padres, ver a su madre desconsolada por motivos de la infidelidad y separación con su pareja, cuando se sentía con excesivas actividades académicas, manifestándose en alteraciones de concentración y memoria. Lo que desencadena conductas inesperadas como llanto fácil y en ocasiones dificultad para expresar emociones, acompañados de pensamientos disfuncionales relacionados a: “en todo creo que me va mal” “Me va a ir mal en tal examen” “Las cosas en mi casa no pueden

mantenerse siempre bien” “Me desespero siempre por cualquier cosa” “Cuando algo me sale mal me enojo conmigo” entre otros pensamientos que se le dificultaba controlar.

Dichas situaciones intensificaron el estado del paciente por lo que es remitido a consulta psicológica por parte del DECE de su institución.

1.2 Proceso de evaluación

Dentro del proceso evaluativo se realizó el uso de entrevista semiestructurada y no estructurada, como también la observación clínica y el uso de reactivos psicológicos. Con el paciente se trabajó alrededor de cuatro sesiones terapéuticas, las mismas que se dividen en las dos primeras sesiones dirigidas a la recolección de información y las otras dos sesiones usadas en la aplicación de reactivos, recalcando con una duración de 50 minutos cada una de estas sesiones.

1.2.1 Entrevista con el paciente

La entrevista semiestructurada es un tipo de entrevista frecuentemente empleada en el ámbito psicológico con el único fin de la recolección de información.

Esta entrevista semiestructurada se desarrolla de manera abierta según lo que sucede en ella y en la que no existen reglas. Aunque no haya preguntas específicas, si se establece una dirección clara y una serie de asuntos a esclarecer que servirán como guía. (Ríos, 2019)

Por otro lado, la entrevista no estructurada o en profundidad se lleva a cabo sin un guion preestablecido, siguiendo un formato entre pares. En este enfoque, el papel del entrevistador implica no solo obtener respuestas, sino también discernir que preguntas formular y cuales evitar. Este tipo de entrevista prescinde de un guion predeterminado, en su lugar se dispone de una serie de temas junto con posibles interrogantes que puedan plantearse a la persona entrevistada. (Folgueiras, 2016)

Primera entrevista: Dentro de la primera sesión se dio la bienvenida al paciente continuando de la misma manera con la presentación del psicólogo y estableciendo así un rapport con el usuario, luego se presentó el encuadre psicológico donde disponemos en el mismo la información de cómo se llevarán a cabo cada una de las sesiones, así como el número aproximado de sesiones, horario en el que se trabajará con el paciente y reglas

establecidas durante el proceso terapéutico. Se inicia la sesión con la recolección de información para conocer el motivo por el cual asiste a consulta y así realizar la historia clínica.

Segunda entrevista: En la segunda sesión se dio lugar a informar acerca del consentimiento informado para que así se proceda a firmar. Se continúa con la recolección de información para la elaboración de la historia clínica, como historia de la enfermedad, abarcando información de sus diferentes ámbitos, social, educativo, familiar y personal.

1.2.2 Observación clínica

La observación es un método clínico que permite al profesional obtener información crucial a partir de la anamnesis y la inspección, proporcionando una visión integral del paciente, de esta manera le permitirá al profesional tomar decisiones clínicas acertadas contribuyendo a sentar bases para un diagnóstico preciso y un tratamiento efectivo. (López Palma et al., 2019)

Por medio de la observación clínica en el usuario N.N, se analizó sus funciones mentales concluyendo que, en el momento de la evaluación, mostró una orientación alopsíquica y autopsíquica. Lucidez clara, presentó euprosia (atención normal) y presentó una concentración acorde en cada una de las sesiones. En cuanto a su memoria, indicó una memoria retrógrada y anterógrada conservadas, ya que al momento de evaluación expuso aspectos de su infancia y adolescencia sin problema alguno. En cuanto al pensamiento, sensopercepción y psicomotricidad el usuario no presentó alteración alguna. Tiene un lenguaje adecuado y acorde a su edad. En su contenido afectivo el paciente expone hipotimia, ansiedad situacional, angustia, aplanamiento afectivo dentro de las primeras sesiones, su voluntad no se ve alterada, es decir, es colaborador, en la parte de introspección indicó ser pobre, es decir existió una interpretación y comprensión de las propias emociones y conductas baja. Sus hábitos e inteligencia son acorde a la edad. Con respecto a sus instintos, expuso alteraciones en el sueño, alteraciones en su alimentación, es decir en ocasiones presenta de inapetencia (falta de apetito) como también de hiperfagia (aumento excesivo de la sensación de apetito e ingestas descontroladas de alimentos). Se percibe un adecuado

juicio y razonamiento de realidad. El paciente mantenía una apariencia limpia, vestido adecuadamente con respecto a su edad, en cada consulta portó uniforme de su institución, visualmente todo en orden.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Los instrumentos psicológicos aplicados son una parte fundamental dentro de una práctica, proceso o evaluación clínica con el único objetivo de permitir clarificar el problema del individuo o grupo. Según (González, 2007) los instrumentos de evaluación psicológica son las herramientas utilizadas para recopilar información sobre las características psicológicas de las personas objetos de estudio, existiendo así numerosos instrumentos que cumplen esta función, los cuales presentan diversas formas, modos de presentación, materiales utilizados y objetivos específicos.

La administración de los instrumentos de evaluación se realizó en la tercera y cuarta sesión para así permitir al paciente familiarizarse con el proceso y establecer confianza y obtener una adecuada recolección de datos.

Test de Mayo

El reactivo aplicado encuentra sus raíces en instrumentos diseñados para detectar alteraciones cognitivas, como es el caso del Mini mental, desarrollado por Folstein (1975), instrumento estandarizado de uso específico que proporciona una evaluación concisa del estado mental, aplicable a la población en general. Este test mide el nivel de déficit y/o deterioro cognitivo y está destinado a ser utilizado de manera individual, abarcando a la población general desde los 12 años en adelante, lo que permite detectar el deterioro cognitivo a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital.

El reactivo cuenta con ocho subescalas: orientación, atención, aprendizaje-fijación, cálculo, abstracción, información, construcción (Praxis), Renovación. Para su calificación, el reactivo cuenta con los siguientes puntos de corte: 15 puntos o menos: deficiencia/deterioro mental grave; 16 a 23 puntos: Deficiencia/deterioro mental moderado; 24 a 27 puntos: Deficiencia/deterioro mental leve; 28 a 33 puntos: Deficiencia/deterioro mental límite; 34 a 38 puntos: No existen signos de deficiencia. Cada ítem puede ser repetido hasta tres ocasiones

en caso de que el sujeto parezca no haber comprendido. En caso de una respuesta incorrecta o de intentar responde sin éxito, se asigna un puntaje de 0 (cero); de lo contrario, la calificación se realiza conforme a la puntuación otorgada en cada subescala. (Ministerio de Salud Pública, 2016)

Tabla 1

Resultados de la aplicación de Reactivo MAYO

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Test de MAYO	37 puntos	El usuario no presenta deterioro cognitivo

El paciente puntúa 37/38, encontrándose dentro del rango 34 a 38 puntos: “no existen signos de deficiencia. Con respecto al Test de Mayo, considerando las puntuaciones y sus interpretaciones acorde al mismo, se concluye que el paciente no presenta ninguna alteración significativa con respecto a sus funciones cognitivas.

Cuestionario De Ansiedad Estado-Rasgo Para Niños Y Adolescentes (STAIC)

El instrumento denominado STAIC, Cuestionario de Ansiedad Estado/Rango, cuyo nombre original es “State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)”, fue desarrollado por Spielberger y Cols en 1973. Este cuestionario puede ser aplicado de forma individual o colectiva, dirigido a adolescentes y adultos con un nivel cultural suficiente para comprender las instrucciones y enunciados del mismo. Su duración aproximada es de quince minutos, y su finalidad es evaluar la ansiedad como estado y como rasgo. La baremación se realiza a través de percentiles, considerando la clasificación por sexo de adolescentes y adultos. (Spielberger et al., 1982) El Cuestionario STAIC consta de escalas de autoevaluación en donde abordan dos conceptos distintos de la ansiedad: el estado (E) y el rango (R). Según (Spielberger, 2009) la escala A-Estado (AE) consta de 20 elementos que permiten al niño/adolescente reflejar su “estado emocional en un momento específico” contando con tres opciones de respuesta haciendo referencia a la intensidad (1, nada; 2, algo; 3, mucho),

mientras que la escala A-Rasgo (AR) también consta de 20 elementos con los que el paciente así mismo puede indicar sus “sentimientos en general” tomando en cuenta una de las tres alternativas de respuesta que se expone en el mismo con respecto a la frecuencia de presentación (1, casi nunca; 2, a veces; 3, a menudo).

Tabla 2

Resultados de la aplicación de Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños y adolescentes.

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños y adolescentes (STAIC)	Ansiedad estado: 27 puntos	Normal
	Ansiedad Rasgo: 29 puntos	Normal

Cuestionario que evalúa dos escalas, la primera se basa en “Ansiedad estado” la cual obtiene un resultado de 27 puntos y su segunda escala de “Ansiedad Rasgo” obteniendo 29 puntos, dando así una sumatoria total de 56 puntos entre estas dos escalas, por lo que dicho resultado llega a corresponder dentro de una apta puntuación según de la tabla de conversión.

Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

El Cuestionario de Depresión para Niños (CDI), también conocido como Children’s Depression Scale, fue creado por Kovacs y colaboradores en el año 1983. Este instrumento se emplea tanto de forma individual como colectiva y tiene como propósito evaluar la presencia de depresión en niños y adolescentes. Se aplica desde los 8 años hasta los 16 años, con un tiempo estimado de aplicación de 20 a 30 minutos aproximadamente. Su objetivo principal es llevar a cabo una evaluación exhaustiva y específica de la depresión, utilizando baremos en percentiles. (Lang & Tisher, 2014).

El cuestionario consta de 27 oraciones que están organizadas en grupos de tres, por ende, cada oración por grupo llega a tener un puntaje correspondiente en este caso de 0 a 2; el cero se interpreta como la intensidad o frecuencia de aparición baja, el 1 a una intensidad

o frecuencia media y finalmente el puntaje de 2 a una mayor frecuencia e intensidad. Se debe escoger en cada grupo una oración, la que mejor identifique al paciente acorde a sus conductas dentro de las últimas dos semanas, colocando una X en los espacios que correspondan. El cuestionario llega a evaluar dos escalas disforia y autoestima negativa. El reactivo puede ser contestado directamente por los niños evaluados o por adultos de referencia, como el padre, madre o cuidador del paciente. Al hablar de la corrección es sencilla, ya que implica sumar las puntuaciones de los ítems que conforman cada una de las escalas. La suma de las puntuaciones en ambas escalas resulta en una puntuación total de depresión. Las puntuaciones directas pueden convertirse en puntuaciones percentiles correspondientes a las tablas de baremos diferenciadas por edad y sexo. En general, una puntuación en el percentil 90 indica la presencia de sintomatología depresiva en el sujeto. A partir del percentil 96, se considera que la presencia de esta sintomatología es severa. (Gándara & Carrasco, 2004).

Existen categorías diagnósticas según a los percentiles como es de 1-25 “No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales”, 26-74 “Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada”, 75-89 “Presencia de síntomas depresivos marcada o severa”, y de 90-99 “Presencia de síntomas depresivos en grado máximo”. Su punto de corte es de 19, por lo cual a partir de ese puntaje se llegaría a definir como depresión. Finalmente, el CDI tiene una confiabilidad que oscila entre 0,71 y 0,94, indicando así que de un 71% a 94% sus puntuaciones llegan a ser correctas. (Gándara & Carrasco, 2004).

Tabla 3

Resultados de la aplicación de Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Cuestionario de Depresión Infantil (CDI)	25 puntos	No hay presencia de síntomas depresivos

De acuerdo a los resultados expuestos en la tabla 5 sobre la aplicación del Cuestionario de Depresión Infantil, se indica que el paciente refleja un puntaje de 25 puntos,

estableciéndose dentro de la categoría percentil de 1-25, reflejando encontrarse dentro de los límites normales, es decir, no existe presencia alguna de síntomas depresivos.

Escala De Estrés Percibido (PSS)

Una de las herramientas más utilizadas para medir el estrés es la Escala de Estrés Percibido (Perceived Stress Scale PSS), desarrollada por Cohen, S., Kamarch, T., & Mermelstein, R. en 1983. Se exponen diferentes versiones de tipo estructurada, incluyendo la original que consta de 14 preguntas (PSS-14), como otra versión más corta de 10 preguntas, la misma que se puede administrar de manera individual o colectiva a población adolescente y adulta, en un tiempo aproximado de 8 a 10 minutos. (PSS-10). (Reyna et al., 2019). La escala consta de 14 ítems diseñados para evaluar el grado en que diversas situaciones de la vida son percibidas como estresantes. Cada ítem se califica en una escala tipo Likert de 5 puntos (0= nunca, 4=muy frecuente). Los ítems 1,2,3,8,11,12 y 14 están relacionados con la percepción del estrés, mientras que los ítems 4,5,6,7,9,10 y 13 abordan el afrontamiento del estrés percibido. La puntuación de estos últimos ítems se invierte para obtener una puntuación total. (Reyna et al., 2019). La escala puntúa de 0 a 56 en donde una puntuación alta indica un mayor nivel de estrés percibido. Sus puntos de corte están distribuidos de la siguiente manera: 0-14: indican una frecuencia muy baja o nula, 15-28: presencia ocasional de estrés, 29-42: a menudo está estresado y de 43-56: muy a menudo está estresado. La validez y confiabilidad de la escala PSS-14 para evaluar el estrés en diversas poblaciones de ambos sexos ha sido demostrada, con coeficientes alfa de Cronbach que oscilan entre 0.82 y 0.85. (Torres Lagunas et al., 2015).

Tabla 4

Resultados de la aplicación de Escala de Estrés Percibido (PSS)

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala de Estrés Percibido	29 puntos (Rango 29-42)	A menudo está estresado

Usuario refleja dentro del reactivo aplicado un total de 29 sobre 56 puntos, encontrándose dentro de los puntos de corte 29-42, por lo que arroja un resultado de que a menudo se encuentra estresado.

Inventario de Personalidad para jóvenes (MILLON)

El inventario de Personalidad para Jóvenes de T. Millon, también conocido como Millon Adolescent Personality Inventory (MAPI), creado por Theodore Millon, Catherine J. y Robert B. Meagher, Jr., diseñado para evaluar la personalidad, características y problemas de comportamiento de adolescentes. Su adaptación española creada por Fernando Jiménez Gómez y Alejandro Ávila Espada. (1991-1996). Consta de 160 items que se responden en formato verdadero-falso, y puede ser aplicado de manera individual o grupal a adolescentes de 13 a 18 años, con una duración aproximada de 20 minutos. (Jiménez & Avila, 1992).

El Inventario Millon evalúa diferentes aspectos de la personalidad a través de 23 escalas, divididas en cuatro grupos: *escalas de validez* (fiabilidad, validez e incoherencia), *estilos básicos de personalidad* (Escala 1: introvertido, Escala 2: inhibido, Escala 3: cooperativo, Escala 4: sociable, Escala 5: seguro, Escala 6: violento, Escala 7: respetuoso y Escala 8: sensible), sentimientos y actitudes (Escala A: Deterioro del autoconcepto, Escala B: deterioro de la autoestima, Escala C: malestar corporal, Escala D: inaceptación sexual, Escala E: sentimiento de ser diferente, Escala F: intolerancia social, Escala G: clima familiar inadecuado, Escala H: desconfianza escolar) y *Escalas comportamentales* (Escala SS: Inadecuado control del impulso, Escala TT: Disconformidad social, Escala UU: Inadecuado Rendimiento escolar, Escala WW: Desinterés por la escuela). Los baremos se basan en una población española de 2.108 adolescentes considerados normales con diversos niveles socioeconómicos y culturales, diferenciados por grupos de edades (13-15 años y 16-18 años) y sexo. Para la validez de la prueba se utilizan el índice de fiabilidad (items 95, 11, 134) y el índice de validez (items 58, 85 y 124). Finalmente, su coeficiente alfa obtenido es de 0.7778, lo que indica un nivel satisfactorio de fiabilidad. (Jiménez & Avila, 1992).

Tabla 5

Resultados de la aplicación de Inventario de Personalidad para Jóvenes (MILLON)

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Inventario de Personalidad para Jóvenes (Millon)	Pesimista 75/160	Área problemática
	Inclinación abuso de sustancias	Área problemática
	75/160	

A partir del Inventario de Personalidad para Jóvenes (MILLON) aplicado en el usuario, arroja algunos rasgos en cuanto a la personalidad del paciente, resaltando dos escalas de los diferentes prototipos de personalidad que son pesimista e inclinación a un posible abuso de sustancias con el respectivo puntaje de 75, indicando de esta manera las más alteradas.

Escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones

La escala es una adaptación realizada en 2004 por Fernandez-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) desarrollado por Salovoy, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai en 1995. Consta de 24 ítems y puede ser aplicada tanto de forma individual como colectiva, con una duración aproximada de 5 minutos. Su propósito es evaluar la inteligencia emocional intrapersonal percibida, abordando la atención a las emociones, claridad emocional y reparación emocional. (Oliva Delgado et al., 2011). Además, se tipifica mediante una baremación de centiles considerando el sexo y la edad del individuo. La escala cuenta con 24 ítems que deben ser evaluados utilizando una escala tipo Likert de cinco puntos (1=nada de acuerdo, hasta 5= totalmente de acuerdo). Estos ítems se organizan en las siguientes dimensiones: Atención emocional, se relaciona con la percepción de las propias emociones y la capacidad para experimentar y expresarlas de manera apropiada. (8 ítems); Claridad emocional, evalúa la percepción sobre la comprensión de los propios estados emocionales (8 ítems); y reparación emocional, que mide la habilidad percibida para regular los propios estados emocionales de manera adecuada (8 ítems). (Oliva et al., 2011).

Quien responda el cuestionario debe indicar su nivel utilizando la escala (1=nada de acuerdo hasta 5= totalmente de acuerdo). El participante no debe limitarse a seleccionar únicamente las puntuaciones extremas. Dentro de sus normas de corrección, es necesario totalizar las puntuaciones otorgadas a los ítems que conforman cada una de las escalas o dimensiones, éstas se agrupan de la siguiente manera: Atención a las emociones (percepción): ítem 2+ ítem 3+ ítem 4+ ítem 5+ ítem 6+ ítem 7+ ítem 8 (8-40); Caridad emocional (comprensión): ítem 9+ ítem 10+ ítem 11+ ítem 12+ ítem 13+ ítem 14+ ítem 15+ ítem 16 (8-40); Reparación emocional (regulación): ítem 17+ ítem 18+ ítem 19+ ítem 20+ ítem 21+ ítem 22+ ítem 23+ ítem 24 (8-40). (Oliva et al., 2011)

Después de calcular la puntuación directa de cada dimensión, se convierten en puntuaciones baremadas (centiles) mediante el uso de las tablas específicas correspondientes al sexo y edad del individuo. De igual manera sus puntos de corte están establecidos según su sexo (hombre-mujer) acorde a cada una de las dimensiones definidas. Dentro de la dimensión "Atención a los sentimientos" para los hombres, una puntuación por debajo de 21 indica la necesidad de mejorar la atención a los sentimientos, mientras que, en las mujeres, una puntuación por debajo de 24. Una puntuación entre 22 y 32 sugiere una atención adecuada en hombres, en mujeres, una puntuación entre 25 y 35. Una puntuación por encima de 33 en hombres indica la necesidad de mejorar la atención, ya que presta demasiada atención, y en mujeres una puntuación por encima de 36. Su segunda dimensión referente a la claridad emocional, en hombres una puntuación por debajo de 25 indica la necesidad de mejorar la claridad emocional, en mujeres una puntuación por debajo de 23. Una puntuación entre 26 y 35 sugiere una claridad emocional adecuada en hombres, mientras que una puntuación entre 24 y 34 en mujeres. Una puntuación por encima de 36 indica una excelente claridad emocional en el sexo masculino, mientras que en el sexo femenino indica una puntuación por encima de 35. Finalmente, en la dimensión "Reparación de las emociones", una puntuación por debajo de 23 indica la necesidad de mejorar la reparación emocional tanto para hombres como para mujeres. Una puntuación entre 24 y 25 sugiere una reparación adecuada en ambos sexos. Por último, una puntuación por encima de 36

indica una excelente reparación emocional y en mujeres una puntuación por encima de 35. (Oliva et al., 2011).

Tabla 6

Resultados de la aplicación de Escala para la Evaluación de la Expresión, Manejo y Reconocimientos de Emociones.

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala para la Evaluación de la Expresión, Manejo y Reconocimiento de emociones	Atención a las emociones: 13 puntos (2 centiles aproximadamente)	Alteración significativa
	Claridad Emocional: 23 puntos (20 centiles)	Alteración significativa
	Reparación Emocional: 27 puntos (27 centiles)	Normal

Después del reactivo aplicado, el paciente indica los siguientes resultados:

- Atención a las emociones: resultado de 13 puntos correspondiendo a 2 centiles aproximadamente según la tabla de baremos indicando así una alteración significativa.
- Claridad Emocional: resultado de 23 puntos correspondiendo a 20 centiles según la tabla de baremos, indicando de igual manera una alteración significativa.
- Reparación Emocional: resultado de 27 puntos correspondiendo a 27 centiles según la tabla de baremos, indicando normalidad en el mismo.

Escala para la evaluación de habilidades sociales

El instrumento de evaluación denominado “Escala de habilidades sociales”, consta de 12 items, y está diseñado para ser aplicado tanto de forma individual como colectiva a adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 17 años. Su aplicación tiene una duración estimada de aproximadamente 5 minutos y tiene como objetivo evaluar la percepción que los adolescentes tienen sobre sus propias habilidades sociales. Los

resultados obtenidos son tipificados mediante baremos en centiles, considerando el sexo y la edad del individuo evaluado, lo que permite una comparación precisa con poblaciones similares. (Oliva et al., 2011). Compuesta por tres dimensiones: Habilidades comunicativas o relacionales (5 ítems), Asertividad (3 ítems), y Habilidades de resolución de conflictos (4 ítems). El evaluado al ir contestando la escala debe indicar en qué medida se identifica con cada una de las expresiones presentadas en los ítems, utilizando una escala que va del 1=totalmente en desacuerdo al 7=totalmente de acuerdo. (Oliva et al., 2011). Es esencial instruir al participante para que no limite únicamente sus elecciones hacia las puntuaciones extremas. Para sus normas de corrección es muy importante indicar que es necesario realizar una inversión de las puntuaciones de los ítems 1,3,5,6 y 8, lo que implicaría cambiar las puntuaciones de la siguiente manera: 1=7, 2=6, 3=5, 4=4, 5=3, 6=2, 7=1. Además, se requiere sumar las puntuaciones asignadas a los ítems que conforman cada una de las escalas o dimensiones, las mismas que se agrupan de la siguiente manera: Habilidades comunicativas y relacionales: ítem 1 + ítem 3 + ítem 5 + ítem 6 + ítem 8 (5-35); Asertividad: ítem 2 + ítem 7 + ítem 11 (3-21); y Habilidades de resolución de conflictos: ítem 4 + ítem 9 + ítem 10 + ítem 12 (4-28). Después de obtener las puntuaciones directas, es posible convertirlas en puntuaciones baremadas (Centiles) mediante el uso de tablas específicas que toman en cuenta el sexo y la edad del individuo. En cuanto a la confiabilidad de la escala en su totalidad, se ha obtenido un índice de consistencia interna alfa de Cronbach de .69. (Oliva et al., 2011)

Tabla 7

Resultados de la aplicación de Escala para la Evaluación de Habilidades Sociales

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Escala para la Evaluación de Habilidades Sociales	Habilidades Comunicativas: 19 puntos (50 centiles) Habilidades relacionadas con el asertividad: 14 puntos (25 centiles) Habilidades de resolución de conflictos: 13 puntos (17 centiles)	No existe alteración alguna Alteración significativa Alteración significativa

El paciente indica los siguientes resultados referente a sus tres esferas evaluadas. “Habilidades comunicativas y relaciones”, en donde arroja una puntuación de 19 correspondiendo a 50 centiles según la tabla de baremos, indicando no existir alteración significativa. Sus esferas, “Habilidades relacionadas con la asertividad”, arroja un resultado de 14 puntos, encontrándose en una puntuación de 25 centiles y, “Habilidades de resolución de conflictos”, dando una puntuación de 13, refiriéndose a 17 centiles, encontrándose estas dos últimas esferas alteradas en gran medida.

Test de Frases Incompletas para Adolescentes

El Test de Frases Incompletas de Joseph M. Sacks (FIS) fue desarrollado en 1948 en colaboración con otros psicólogos con el objetivo de obtener información clínica en varias áreas significativas del individuo. El reactivo ofrece la oportunidad para que el individuo manifieste sus deseos, temores y actitudes, permitiendo al examinador deducir las tendencias dominantes de la personalidad del examinado. (Martinez & Ponce, 2013). Este test puede ser aplicado de manera individual o grupal, y al ser una prueba semiestructurada, puede considerarse tanto como un reactivo proyectivo como psicométrica. Su tiempo de aplicación oscila entre 20 y 40 minutos y está dirigido a personas de 14 años en adelante contando con 60 items los cuales exploran 15 actitudes divididas en diferentes áreas: Familiar: actitud hacia

el madre, actitud hacia la madre, y hacia la unidad familia (items 12, 27, 42,57); en el área del sexo; actitud hacia los hombres/mujeres (items 10, 25, 40, 55); actitud hacia las relaciones heterosexuales (items 11, 26, 41, 56); área de las relaciones interpersonales: actitud hacia amigos y conocidos (items 8, 23, 38, 53), actitud hacia colegas en el trabajo o escuela (frases 6, 21, 36, 51), actitud hacia los subordinados (items 4, 19, 34, 48). Finalmente, el área de concepto de su persona: temores (items 7,22,37,52), sentimientos de culpa (frases 15, 30, 45, 60), metas (items 2, 18, 33, 49), propias capacidades (items 2, 17, 32, 47), actitud hacia el pasado (items 9, 24, 39, 54), actitud hacia el futuro (items 5, 20, 35, 50). Las puntuaciones del test como prueba psicométrica se presentan de la siguiente manera: 2 (seriamente perturbado), 1 (levemente perturbado) y 0 (ningún trastorno significativo observado). Respecto a la confiabilidad y validez, se encontraron coeficientes de contingencia de 0.48 y 0.57 con errores estándar de 0.02 y 0.03. (Martinez & Ponce, 2013)

Tabla 8

Resultados de la aplicación de Test de Frases Incompletas para Adolescentes

Instrumento	Resultado cuantitativo	Interpretación
Test de Frases Incompletas para Adolescentes	7 puntos en categoría: Padre y figura de autoridad y Culpas.	Discordia dentro de su entorno.

Acorde al Test de Frases Incompletas para Adolescentes, el paciente arroja una puntuación de 7 puntos en dos categorías primordiales como son: Padre y figura de autoridad y en la categoría de Culpas, indicando así la existencia de discordia en gran nivel dentro de su entorno familiar.

1.3 Proceso diagnóstico

Cuando se habla de un proceso diagnostico se refiere aquel procedimiento de inferencia, apoyado en cierta evaluación sobre los signos y síntomas que forman el cuadro clínico, generando así un objetivo claro y preciso para definir la enfermedad que afecta al paciente. (Beatón, 2009), lo señala como un proceso de adquisición de conocimientos sobre

un tema en el que se plantea intervenir. Cualquier especialista o profesional con la intención de ayudar o tratar, requiere al menos tener un entendimiento de aquellas manifestaciones que presenta el objeto, la situación o proceso que los genera.

Para el proceso diagnóstico se tuvo en cuenta las interpretaciones de los reactivos aplicados, la observación clínica y la información expuesta por el paciente dentro de las entrevistas semiestructuradas y no estructuradas, por lo cual se accedió a los manuales del DSM-V y CIE-10 para llegar a un diagnóstico.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

Un diagnóstico presuntivo se refiere a aquella suposición o hipótesis que se genera tras el análisis de una evaluación clínica en donde se toman en cuenta síntomas expuestos por parte del paciente y signos que el profesional observa dentro del espacio de consulta. (Díaz et al., 2006). Se toma en cuenta los siguientes códigos del manual DSM-V:

- F41.1: Trastorno de Ansiedad Generalizada
- F43.0: Trastorno de Estrés Agudo

De la misma manera, como diagnóstico presuntivo en el CIE-10, se tomó en cuenta los siguientes códigos:

- F 43.2: Trastorno de adaptación
- Z: 63.7: Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar.

1.3.2 Diagnóstico diferencial

Posterior al diagnóstico presuntivo, se determinó el diagnóstico diferencial, el cual está constituido por una comparación de signos y síntomas dentro de un proceso facilitando así la identificación de similitudes y diferencias entre diagnósticos en relación a sus características con el fin de precisar el diagnóstico. (Álvarez et al., 2023). En el DSM-V se logró diferenciar que:

F41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada no llega a cumplirse por motivos de tiempo, es decir, los criterios A y C establecen un periodo mínimo de seis meses en donde la sintomatología debería estar presente, por ende, se descarta de manera inmediata dicho

diagnostico ya que el usuario no cumple con ese lapso de tiempo, su sintomatología se encuentra expuesta aproximadamente tres meses.

Tras evaluar detalladamente referente a F43.0 Trastorno de Estrés Agudo, se determinó que el diagnóstico no se ajusta a la situación presentada, ya que no cumple con algunos de los criterios del DSM-V, es decir, la exposición del niño a la separación de sus padres no cumple con la condición de haber experimentado directamente una amenaza de muerte, lesión grave o violencia sexual como lo indica el criterio A. Además, dentro del criterio B se presentan diferentes categorías en donde únicamente se encuentran presentes síntomas de alerta como alteración del sueño, comportamiento irritable y arrebatos de furia, problemas con la concentración, por ende, las demás categorías como los síntomas de intrusión llegan a ser mínimas, no se presentan síntomas disociativos ni de evitación repetida o extrema, escasos detalles de repulsión del suceso traumático, como se requiere para el diagnóstico del mismo. Con lo que respecta a su criterio C, en donde indica que la duración del trastorno (Síntomas del criterio B) es de tres días a un mes después de la exposición al trauma, este llega a estar ausente, ya que acorde a nuestro paciente cuenta con un periodo de tiempo de tres meses. Finalmente, su criterio E (atribuir los efectos fisiológicos a una sustancia u otra afección medica) se muestra ausente.

F43.2 Trastorno de adaptación, este diagnóstico no es aplicable al caso, dado que no se cumplen con ciertos criterios establecidos. Aunque el adolescente experimenta estados de angustia subjetiva y perturbación emocional con motivos de la separación de sus padres, éstos no interfieren de manera significativa con su desenvolviendo social, lo cual contradice el criterio A de interferencia significativa en el funcionamiento social. En cuanto al criterio B, el individuo no cumple con el mismo, el cual manifiesta que el individuo presenta síntomas o alteraciones del comportamiento del tipo de los descritos en cualquiera de los trastornos del humor (afectivo) (F30-F39), de cualquiera de los trastornos en F40-48 como de trastornos disociales. Es así que por la falta de problemas conductuales adicionales no concuerdan con los criterios establecidos para dicho trastorno según el CIE-10.

1.3.3 Diagnóstico definitivo

Se trata de un diagnóstico final, en donde el profesional determina de manera certera dicho resultado tras varios análisis y pruebas de forma exhaustiva durante la evaluación. Según Dresch et al., (1998), refiere un diagnóstico definitivo como aquella conclusión precisa y certera que se puede alcanzar a partir del transcurso estudiado sobre la situación del paciente, basándose en la evidencia y el conocimiento del profesional.

Finalmente, para conducir con el diagnóstico definitivo, el usuario presenta un cuadro clínico según el CIE-10 de Z 63.7: Problemas relacionados con otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar. Este diagnóstico cumple con los siguientes criterios:

- Ansiedad (normal) por una persona enferma en la familia.
- Familia aislada.
- Miembro de la familia enfermo o trastornado.
- Problemas de salud en la familia.

Cada uno de estos puntos expuestos, llegan a cumplirse de manera directa con el usuario. El paciente cuenta con una serie de desafíos emocionales y sociales por contar con su figura materna diagnosticada por depresión, relaciones interfamiliares alteradas entre miembros del hogar, ausencia de figura paterna dentro del domicilio, conflictos en su ambiente educativo entre otros. Crea un entorno que carece de Apoyo necesario para ayudar al paciente a manejar estas situaciones difíciles. Estos factores contribuyen a un mayor estrés emocional y dificultad para que el individuo enfrente los desafíos que pueden llegar a presentarse en el transcurso de su ciclo vital.

Se destaca que el CIE-10 no cuenta con criterios diagnósticos más detallados. Es importante que dicho diagnóstico se encuentra dentro del apartado de clasificación Z63: Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

Para el tratamiento terapéutico del usuario se aplicó tanto enfoque como técnicas de Terapia Cognitivo Conductual (TCC), el plan psicoterapéutico contó con 12 sesiones con una duración entre 50-60 minutos aproximadamente, se aplicó una sesión semanalmente de manera presencial.

Como breve introducción, la TCC tuvo sus inicios en la década de 1960. Su base conceptual se fundamentó en dos aspectos muy significativos: el énfasis en las variables que median entre estímulos y respuestas, y la relevancia de las operaciones cognitivas en el desarrollo de las disfunciones emocionales. (Fernández-Álvarez & Fernández-Álvarez, 2017).

Es así como indica que dentro de las últimas décadas la TCC ha surgido como la corriente psicoterapéutica respaldada por la mayor evidencia empírica en cuanto a su eficacia y efectividad en una amplia gama de trastorno y problemas psicológicos. Esta circunstancia ha propiciado una expansión progresiva de sus campos de aplicación, no solo debido a su capacidad para abordar problemas, sino también por su enfoque rentable en términos coste-beneficio. Las intervenciones son de duración limitada, pueden realizarse en grupo y se integran fácilmente en entornos interdisciplinarios. De este modo, la TCC se presenta como una modalidad capaz de satisfacer de manera óptima las necesidades de intervención social, educativo, comunitario, incluso industrial. (Ruiz et al., 2012).

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

Tomando en cuenta que el plan terapéutico se encuentra ajustado a la Terapia cognitivo conductual, se manifiestan los siguientes objetivos terapéuticos:

- Facilitar el desarrollo de habilidades efectivas para afrontar el estrés y gestionar situaciones conflictivas en la vida cotidiana del paciente.
- Mejorar habilidades de afrontamiento y resolución para gestionar situaciones conflictivas y disminuir el estrés, promoviendo el bienestar emocional y la adaptación saludable.

- Promover en el paciente la organización eficiente del tiempo para reducir el estrés, a través del establecimiento de metas, la priorización de tareas y el entrenamiento en la toma de decisiones.

2.1.2 Plan de tratamiento/intervención

Tabla 9

Plan de Intervención

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	TÉCNICA/ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN
1	Fomentar el desarrollo de habilidades efectivas de afrontamiento y resolución, con el propósito de gestionar de manera exitosa situaciones conflictivas y disminuir la sintomatología principal asociada al estrés promoviendo así un bienestar emocional sostenible y una adaptación saludable a los desafíos futuros.	Reducir estados emocionales negativos del paciente logrando una relajación física.	Respiración diafragmática.	
2	Facilitar el desarrollo de habilidades efectivas para afrontar el estrés y gestionar situaciones conflictivas en la vida cotidiana del paciente.	Promover el bienestar psicológico y emocional por medio de un control mental efectivo sobre sus pensamientos y emociones.	Técnica de control mental: Técnica de visualización Guiada.	Cuestionario "Test de frases incompletas para adolescentes" para evaluar áreas afectadas.
3	Facilitar el desarrollo de habilidades efectivas para afrontar el estrés	Concientizar la importancia del autocontrol.	Psicoeducación: Importancia del autocontrol.	

	y gestionar situaciones conflictivas en la vida cotidiana del paciente.	Promover una mayor capacidad de análisis frente a situaciones estresantes y adversidades, permitiendo una gestión más efectiva de las mismas.	Inoculación de estrés	
4	Fomentar el desarrollo de habilidades efectivas de afrontamiento y resolución, con el propósito de gestionar de manera exitosa situaciones conflictivas y disminuir la sintomatología principal asociada al estrés promoviendo así un bienestar emocional sostenible y una adaptación saludable a los desafíos futuros	Concientizar la importancia de técnicas fisiológicas y cognitivas. Reducir pensamientos distorsionados que conducen al malestar emocional.	Psicoeducación: Técnicas para la prevención de estrés Reestructuración cognitiva: Flecha Descendente	Se sugiere realizar actividades que fomente el autocuidado una buena alimentación, desarrollo de un buen estado físico, apoyo social, actividades de distracción.
5	Facilitar el desarrollo de habilidades efectivas para afrontar el estrés y gestionar situaciones conflictivas en la vida cotidiana del paciente.	Desarrollar la capacidad de afrontamiento ante situaciones que generen estrés.	Técnica de resolución de problemas.	Enlistar situaciones estresantes.
6	Mejorar habilidades de afrontamiento y resolución para gestionar situaciones conflictivas y disminuir el	Reducir la frecuencia e intensidad de pensamientos intrusivos por pensamientos más adaptativos que promuevan una	Técnica Stop de Pensamiento Diálogo Socrático	

	estrés, promoviendo el bienestar emocional y la adaptación saludable.	visión realista y adaptativa.		
7	Facilitar el desarrollo de habilidades efectivas para afrontar el estrés y gestionar situaciones conflictivas en la vida cotidiana del paciente.	<p>Concientizar sobre la importancia de la Resiliencia frente al estrés.</p> <p>Fomentar el desarrollo y fortalecimiento de la resiliencia emocional como herramienta para gestionar el estrés de manera efectiva y así promover un bienestar psicológico sostenible.</p>	<p>Psicoeducación acerca de la Resiliencia.</p> <p>Técnica Centrar, Sostener y Expandir.</p>	Línea de tiempo indicando los momentos más conflictivos que ha enfrentado en su vida según su criterio y recuerdos.
8	Mejorar habilidades de afrontamiento y resolución para gestionar situaciones conflictivas y disminuir el estrés, promoviendo el bienestar emocional y la adaptación saludable.	Facilitar el proceso de autoconocimiento, identificando fortalezas personales, habilidades y recursos internos para fomentar una mayor confianza en sí mismo. Mejora autoestima y promover la confianza en su persona para la superación de obstáculos.	<p>Elaboración y análisis de FODA.</p> <p>Técnica del espejo</p>	<p>Lista de gratitud</p> <p>Práctica de técnicas de autoconcepto.</p>
9	Mejorar habilidades de afrontamiento y resolución para gestionar situaciones conflictivas y disminuir el estrés, promoviendo el	<p>Reforzar autoconcepto y autoestima sobre tarea enviada.</p> <p>Modificar el dialogo interno para evitar dificultades con el</p>	<p>Listado de fortalezas.</p> <p>Técnica de Autoinstrucciones</p>	

	bienestar emocional y la adaptación saludable.	abordaje adecuado de una situación.		
10	Promover en el paciente la organización eficiente del tiempo para reducir el estrés, a través del establecimiento de metas, la priorización de tareas y el entrenamiento en la toma de decisiones.	<p>Concientizar acerca de la importancia de organización vs inestabilidad emocional.</p> <p>Desarrollar en el paciente la distribución de su tiempo y actividades de manera efectiva para mejorar su funcionamiento diario y su bienestar general.</p> <p>Establecer metas realistas en términos de gestión del tiempo.</p>	<p>Psicoeducación: Importancia de organización vs inestabilidad emocional y cómo influye en su diario vivir</p> <p>Técnica de Programación de actividades</p> <p>Proyecto/Plan de vida a corto plazo.</p>	
11	Promover en el paciente la organización eficiente del tiempo para reducir el estrés, a través del establecimiento de metas, la priorización de tareas y el entrenamiento en la toma de decisiones.	Concientizar acerca de las consecuencias a nivel psicológico que trae la procrastinación. Identificar puntos negativos de la procrastinación en la vida diaria del paciente.	<p>Psicoeducación: Procrastinación</p> <p>Técnica Pomodoro</p>	
12		Facilitar un cierre significativo y satisfactorio del tratamiento terapéutico.	Cierre: Actividad de despedida "Un espacio de reflexión y crecimiento"	

2.1.3 Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

Sesión uno:

Durante la primera sesión psicológica, se implementó la técnica de respiración diafragmática. La respiración profunda, también llamada respiración diafragmática o abdominal, es un tipo de respiración relajante que implica inhalar profundamente para así garantizar un suministro completo de oxígeno al cuerpo. Esta técnica es eficaz para promover la calma y reducir la ansiedad, y puede ser controlada por el individuo. Por consiguiente, una respiración regulada y controlada puede contribuir a mantener un estado de ánimo positivo y favorecer la relajación. Dentro del personal de salud esta técnica de respiración profunda es muy empleada, ya que ayuda a reducir la ansiedad y a prevenir posibles complicaciones durante el proceso de atención. (Martínez et al., 2018).

Se hace uso de esta técnica debido al desequilibrio emocional presentado por el usuario dentro de la sesión, quien manifestó una tendencia al llanto fácil. Se le explicó la importancia y los beneficios de dicha técnica, enfatizando su capacidad para promover el bienestar emocional. Así mismo, se le manifestó adquirir una posición cómoda para dar inicio con la técnica. Se le indicó colocar una mano en el pecho y la otra en el abdomen, manteniendo la primera inmóvil. La mano sobre el abdomen le permitía percibir el movimiento ascendente y descendente al respirar. Se le señaló respirar profundamente por la nariz durante un lapso de 3 a 5 segundos, retener el aire durante otros 3 a 5 segundos, y finalmente exhalar por la boca en un período de 3 a 5 segundos y mantener esa sensación de calma durante cinco segundos adicionales tras la exhalación repitiendo el ejercicio hasta experimentar una sensación física de relajación. Por ende, a partir de la implementación de la técnica, se obtuvo mejorías en el paciente con respecto a su estado físico y emocional, es decir eliminamos dicha sintomatología negativa fisiológica.

Sesión dos:

Durante la segunda sesión psicológica, se implementó la Técnica de Visualización como herramienta terapéutica para fomentar la introspección y autoconocimiento en el paciente.

Dentro de la investigación de Tenelanda et al., (2019), refiere el legado de algunos autores, los mismos que mencionan que la visualización es una técnica efectiva para afrontar situaciones de estrés contribuyendo al alivio de tensiones y fatiga, lo que facilita que el cerebro entre en un estado de mayor apertura y comprensión generando un mejor control en el individuo.

La técnica de Visualización guiada se llevó a cabo mediante los siguientes pasos que exponemos a continuación. En primer lugar, se indica al paciente adoptar una postura confortable para que su mente pueda iniciar el proceso de visualización. A continuación, se le pide al paciente que imagine un entorno apacible que le resulte atractivo en ese momento, como una playa, un bosque o una reunión social. Posteriormente, se le incita a describir con detalle todo lo que ve, escucha, toca e incluso lo que puede percibir mediante el gusto y olfato. Se procede luego con el entrenamiento y práctica de técnicas de respiración y se le indica al paciente inhalar y exhalar durante cuatro o cinco segundos mientras mantiene la visualización. Finalmente, una vez que el paciente comunica sentirse más relajado y tranquilo, procede a abrir los ojos.

Como parte del proceso, se asignó al paciente el Cuestionario “Test de frases incompletas para adolescentes” con el fin de evaluar áreas afectadas y permitirle responder con tranquilidad y a su propio ritmo. Esta tarea se planteó como una oportunidad para explorar sus pensamientos y emociones de manera más profunda. Al finalizar la sesión, el paciente manifestó sentirse más cómodo consigo mismo, evidenciando los beneficios del uso de la técnica de visualización en su bienestar emocional.

Sesión tres:

La sesión se dividió en dos partes con enfoques distintos. En la primera parte, se llevó a cabo una sesión de psicoeducación con una duración máxima de 30 minutos, donde se abordaron aspectos relacionados con el autocontrol emocional.

La Psicoeducación es un enfoque terapéutico en el que un profesional de la salud brinda al paciente o familiares información educativa detallada sobre la enfermedad o cualquier otro

asunto relevante, con el fin de capacitar y mejorar la condición del paciente. (Cuevas & Moreno, 2017).

Se utilizó la técnica de psicoeducación para explorar temas como la importancia del autocontrol, sintomatología que se genera a partir de un desbalance o descontrol emocional como el estrés y posibles causas y consecuencias de la falta de éste. A través de un dialogo interactivo, se destacaron situaciones que podrían surgir debido a la falta de autocontrol, tales como dificultades en las relaciones sociales, problemas psicológicos y conductuales. Además, se ofrecieron recomendaciones para mejorar el autocontrol en situaciones conflictivas.

En la segunda parte de la sesión, se implementó la técnica de inoculación del estrés para abordar situaciones que generen ansiedad o tensión en el paciente. Esta técnica busca preparar al individuo para enfrentar y superar desafíos emocionales mediante la exposición controlada a estresores. La Inoculación de estrés es un método estratégico concebido para la gestión de situaciones generadoras de estrés, como ansiedad, ira y enojo con su único propósito de brindar a los individuos habilidades que les permitan reducir o eliminar la tensión y reconocer situaciones estresantes. (Ibáñez & Manzanera, 2012).

El proceso de la técnica se la llevó a cabo por medio de tres fases. En la primera fase, se llevó a cabo a identificar las situaciones generadoras de estrés para el paciente. La segunda fase se enfoca en la adquisición de habilidades, abordando el entrenamiento en técnicas de respiración y relajación. Finalmente, la tercera fase implica la implementación practica de todas las habilidades adquiridas previamente.

A partir de la psicoeducación anteriormente realizada, dentro de la misma ya se proporcionó algunos puntos sobre el estrés, mismos que nos favorecen para la realización de la técnica, ya que dentro de la primera fase proporcionamos una pequeña educación sobre el estrés para así identificar las situaciones generadoras de estrés para el paciente y trabajar con alguna de ellas dentro de sesión. Luego de realizar un análisis, el paciente identifica la siguiente situación que genera estrés: "Me causa un poquito de estrés cuando sé que mi papá se va a pasar un rato por la casa, porque osea mi mamá cuando él llega y está ahí se ve

tranquila y lo maneja bien, pero se va mi papá y se queda llorando muchísimo y pues es ahí cuando yo no sé que hacer, que decirle y cosas así, entonces eso”. Seguidamente, procedemos con la fase dos la cual consiste en la adquisición de habilidades, es decir, enseñar al adolescente técnicas de respiración como la técnica aplicada en la primera sesión (Respiración diafragmática) como también la respiración profunda, para así permitir la relajación y pueda manejar de manera más efectiva.

Y como tercera fase se implementa la práctica, es decir la aplicación de las técnicas aprendidas en situaciones reales de estrés. Entonces en esta fase hacemos que el adolescente imagine encontrarse nuevamente en la situación identificada en la primera fase, preguntamos cómo se puede estar sintiendo en ese momento, que es lo que ve, etc., para que así el adolescente sienta que se encuentra en la escena real para proseguir con lo aprendido, es decir, conocer cómo enfrentaría la situación por medio de la aplicación de la técnica que se habló dentro de la fase dos y de esta manera minimizar su sintomatología y regular dichas emociones.

Al término de la sesión, el paciente expresó su aceptación por el trabajo realizado dentro de la sesión y reafirmó su compromiso con el proceso terapéutico.

Sesión cuatro:

De igual manera la cuarta sesión se la manejó en dos partes. La primera, en donde se dedicó aproximadamente 30 minutos por medio de la técnica de psicoeducación, explorando el tema de la importancia de las técnicas para la prevención del estrés. Se abordaron diversos puntos, incluyendo ¿Qué es el estrés?, ¿Cómo se genera?, ¿Cómo manejarlo?, la clasificación de técnicas para su prevención y su finalidad como la respiración diafragmática, técnicas de visualización, entre otras las mismas que en sesiones anteriores se revisaron, de esta manera generando interés y conciencia en el usuario a la vez.

En la segunda parte de la sesión, se aplicó la técnica de reestructuración cognitiva, la cual nos permitió reducir los pensamientos distorsionados que el paciente refirió tener en el transcurso de la semana, los mismo que conducían al malestar del usuario. La reestructuración cognitiva constituye una técnica fundamental dentro del ámbito de la terapia cognitivo

conductual, en donde su objetivo primordial radica en la identificación y modificación de las cogniciones desadaptativas, también conocidas como creencias irracionales, pensamientos distorsionados o autoverbalizaciones negativas. (UNIR, 2021)

Se inició proporcionando una pequeña información acerca de la misma, seguidamente como primer paso identificamos un pensamiento automático para trabajar dentro de la sesión, mismo que refirió el paciente como “Mi familia se destruyó, eso es prácticamente un fracaso en mi vida”. Al tener claro el pensamiento automático, procedemos al segundo punto que consiste en cuestionar el pensamiento automático, es decir, nos basamos en algunas interrogantes como “¿Qué evidencia respalda la idea de que la destrucción de tu familia es un fracaso en tu vida?”, “¿Es justo culparte por la destrucción de tu familia?”, “¿Tenías control total sobre las circunstancias que llevaron a esta situación?”, “¿Existen otras formas de interpretar lo que sucedió con tu familia?”, “¿Podrías verlo como una experiencia de aprendizaje y crecimiento?”, “¿Qué aspectos positivos puedes rescatar de tu experiencia familiar, a pesar de su finalización?”.

Como tercer paso iniciamos descendiendo a la creencia subyacente, usando interrogantes como: “¿Por qué crees que la destrucción de tu familia es un fracaso?”, “¿Qué te hace pensar que tu valor como persona está ligado al éxito de tu familia?”, “¿Qué creencias has aprendido sobre ti mismo y sobre el mundo a través de tu experiencia familiar?”.

El paciente a partir de estas interrogantes da a conocer algunas creencias subyacentes como “Es que a veces me siento responsable de la felicidad y el bienestar de mi familia, a veces”, “De repente siento que mi valor como persona depende del éxito de mis relaciones familiares”, “A veces me cuestiono y digo si no fui suficientemente bueno para haber tenido una familia unida y bonita, que me podría esperar después”. En caso de que persistan estas creencias como cuarto punto procedemos a repetir el segundo y tercer paso, es decir cuestionamos nuevamente para así descender a la creencia subyacente.

Como quinto paso analizamos y modificamos la creencia usando otras interrogantes como: “¿Esta creencia es útil? ¿Te permite sentirte bien contigo mismo y afrontar las dificultades?”, “¿Cómo afecta esta creencia en tu autoestima, en tus relaciones, y en el

aspecto emocional?”, “¿Qué creencias más positivas y adaptativas puedes adoptar en su lugar?”. A partir de esta última interrogante, junto al paciente planteamos algunas creencias alternativas como: “Mi valor como persona no depende de las circunstancias externas, como el éxito o fracaso de mi familia”, “Soy capaz de afrontar las dificultades y encontrar el bienestar, incluso si mi familia no está unida”, “Mi felicidad y bienestar dependen de mis propias acciones y decisiones, no de las acciones o decisiones de los demás”.

Para terminar con la técnica pedimos una pequeña reflexión ante lo trabajado, en donde el paciente manifestó “La destrucción de mi familia puede ser una experiencia dolorosa y difícil de procesar, sin embargo, es importante que tenga en cuenta todos los días que esta situación no define mi valor como persona ni marca completamente mi futuro”.

A través de este proceso, pudimos identificar las creencias negativas que limitaban al paciente y gracias a la reflexión comprendimos que se logró reemplazarlas por otras más positivas y adaptativas.

Para finalizar, se sugirió al paciente realizar actividades que fomenten el autocuidado, como mantener una buena alimentación, desarrollar un buen estado físico, en su caso continuar con entrenamientos de fútbol el cual es su hobby, o participar en actividades de distracción.

Sesión cinco:

Se da inicio con una conversación amigable y pasiva acerca de las actividades que se le sugirió al paciente en la sesión anterior para fomentar al autocuidado.

Seguidamente, se inicia la sesión indicando sobre la técnica de Resolución de problemas, al paciente para posteriormente aplicarla. La técnica de resolución de problemas constituye un proceso psicológico que involucra la interacción de tres dimensiones siendo la cognitiva, afectiva y conductual la misma que busca de manera activa identificar o descubrir una solución o estrategia de afrontamiento efectiva para abordar un problema específico. (Bados & Grau, 2014).

La técnica de resolución de conflictos o problemas consta de una variedad de puntos a seguir, se inició junto al paciente identificando el problema primordial que generaba conflicto

para él. El niño presenta un conflicto emocional significativo experimentando tristeza, confusión, angustia, preocupación debido a la separación de sus padres a causa de una infidelidad, lo que ha generado altos niveles de estrés que interfieren en su ámbito personal y rendimiento académico. Seguidamente al recopilar información para la identificación del problema, continuamos con un análisis del problema, es decir analizando los sentimientos, experiencias relacionadas con la separación, como también aquellas causas sobre el tema que le genera conflicto como el miedo a los cambios futuros, la sensación de abandono o la incertidumbre sobre su futuro, es decir se inició este segundo paso preguntándole al paciente cómo se siente desde que sus padres se separaron, si ha notado algún cambio en su vida o en la de sus padres, y que le gustaría que sucediera en el futuro. Como tercer punto generamos una búsqueda de soluciones a partir de las respuestas brindadas por el paciente, como la importancia de que otra persona nos brinde su apoyo, es decir animar a hablar sus conflictos con un amigo cercano, el fomentar la comunicación hablando sobre sus preocupaciones con sus padres, maestros, u otra persona de confianza, establecer rutinas y horarios, como también el promover la realización de actividades físicas en su caso continuar con sus entrenamientos ya sea comidas, actividades extracurriculares, tiempo libre como el continuar practicando fútbol para así proporcionar al paciente una mejor minimización de estrés y mejorar su estado de ánimo.

Como cuarto punto realizamos una evaluación de las soluciones, por medio de una priorización de soluciones que mejor se ajustaron al paciente. Posteriormente continuamos con el quinto paso que consiste en una selección de solución, en donde se consideraron tanto las ventajas como desventajas. Como sexto punto indicamos al paciente la aplicación de la solución elegida de manera organizada y finalmente la realización de evaluación de los resultados, es decir, se evalúan los resultados que tan eficaz resultó la aplicación de la misma.

Es así como se proporcionó la habilidad de encontrar soluciones constructivas y duraderas a los desacuerdos por medio de la reflexión y aprendizaje.

Seguidamente, se enfocó en enviar al paciente la tarea de enlistar situaciones que él sienta estresantes hasta la próxima sesión, con el fin de identificar y cuantificar las mismas.

Posteriormente, se dedicó un breve periodo de tiempo para dialogar con el paciente acerca de las conclusiones y aprendizajes obtenidos durante la sesión.

Sesión seis:

Se dio inicio la sesión implementando la técnica de Stop de Pensamiento con el propósito de ofrecer herramientas al paciente para manejar de manera efectiva dichos pensamientos.

La técnica de la detención del pensamiento (STOP), inicialmente propuesta en 1928 por Alexander Bain, tiene como finalidad la disminución del nivel de estrés experimentado por el paciente a través de estrategias cognitivas específicas. (Lozano et al., 1999). Fundamentalmente, el procedimiento implica la identificación y pronta eliminación de pensamientos disfuncionales que han sido previamente identificados seguidamente la eliminación se realiza a través de un estímulo verbal y/o físico. (Barraca, 2011).

La realización de la técnica se desarrolló en los siguientes pasos. Su primer paso fue la identificación de aquellos pensamientos intrusivos, relacionados con las diversas situaciones conflictivas del paciente, para ello, se utilizó la técnica de escritura en donde los iría anotando uno a uno mediante el uso de pequeñas cartulinas circulares de diferentes colores. Entre los pensamientos expresados por el paciente se encuentran: “Mi familia se arruinó después de lo que hizo mi papá”, “Nunca más podré tener a mis padres juntos”, “No puedo soportar el ver a mi madre así, pierdo el control”, “No soy suficiente buen hijo, porque no sé cómo ayudar a mi mamá”, “Me da miedo que mi mamá se decepcione también de mi por cosas del colegio”, “Creo que nada puedo hacer bien”.

Seguidamente, como segundo paso se mezclaron las tarjetas y se seleccionó aleatoriamente uno de los pensamientos intrusivos. El paciente escogió la tarjeta que refleja el pensamiento “No soy suficientemente buen hijo, porque no sé cómo ayudar a mi mamá”. Al haber identificado el pensamiento intrusivo, indicamos al paciente que se debe decir en voz alta y con firmeza la palabra “Stop” o “Basta”. Este acto funcionaria como una señal de alerta para interrumpir el flujo automático del pensamiento intrusivo. Para su tercer paso aclaramos la importancia de realizar simultáneamente un estímulo físico como aplausos, apretar el puño, saltar, etc., al decir “Stop” o “Basta”, ya que de igual manera reforzará el paso

anterior. Como cuarto paso indicamos al paciente que, una vez interrumpido el pensamiento intrusivo, se debe dirigir la atención hacia un pensamiento alternativo positivo y realista, en donde se establecieron pensamientos como “Soy buen hijo y me preocupo por mi mamá”, “Estoy haciendo todo lo posible para apoyarla en este momento difícil”, “Mi amor y presencia son valioso para ella, incluso si no puedo resolver todos sus problemas”, “Es normal no saber cómo solucionar todos sus problemas”.

Indicamos al paciente practicar con regularidad la técnica para así fortalecer su efectividad y se recomendó realizarla varias veces al día, especialmente cuando se experimenten este tipo de pensamientos intrusivos.

Finalmente, para una mejor resolución acerca de estos pensamientos intrusivos, hicimos uso de la técnica del diálogo socrático. El dialogo socrático se presenta como una herramienta valiosa en la terapia cognitivo-conductual para promover el cognitivo conductual en el paciente a través de un proceso de cuestionamiento sistemático y guiado, el terapeuta ayuda al paciente a identificar y modificar sus creencias irracionales, promoviendo su bienestar emocional y psicológico. (Partarrieu, 2011).

Para el desarrollo de la técnica de Dialogo Socrático nos basamos en los pensamientos intrusivos que el paciente había expuesto en la técnica anterior, es decir definimos el tema o aspectos que nos interesa explorar. Nos enfocamos en otro pensamiento que se habían escrito en las cartulinas. Iniciamos planteando preguntas abiertas que inviten a la reflexión como “¿Qué opinas sobre esto?, ¿Por qué crees que eso es así?”, ¿Qué evidencia tienes para apoyar tu afirmación?, ¿Cómo se relaciona este tema con otras ideas que conocemos? A partir de las respuestas brindadas por el paciente se expone claramente una mejor comprensión por su parte con respecto a que sus pensamientos por lo general no tienen veracidad.

Se instruyó al paciente a practicar ambas técnicas cada vez que los aquellos pensamientos no deseables surgieran, y se le solicitó que compartiera su experiencia con las mismas en la próxima sesión. A medida que el paciente contestaba a cada interrogante se formulaban otras preguntas de seguimiento para así profundizar en sus ideas y explorar

diferentes perspectivas como “¿Podrías explicar más detalladamente tu punto de vista?, ¿Qué implicaciones tiene lo que estás diciendo?, “¿Has considerado otras perspectivas sobre el tema” ?,” ¿Como se conecta esto con lo que ya hemos discutido?”. Tras un exhaustivo análisis de cada interrogante procedemos a desafiar suposiciones de la otra persona para que pueda llegar a sus propias conclusiones, ¿usando interrogantes como “¿Qué pasaría si tuvieras que reconsiderar tu postura?, “¿Existen otras formas de ver este problema?”.

Al final del diálogo se procedió a sintetizar los pasos para que el paciente las tenga claras y las aplique fuera de terapia, a su vez se conoció el logro obtenido por medio del criterio del paciente, mismo que expuso lo siguiente “Sentí muy útil la técnica sentí que luché conmigo mismo con esos pensamientos negativos. Osea al principio me sentí un poco incómodo al ser interrogado de esa manera, pero luego vi que las preguntas me ayudaban a profundizar mis pensamientos”.

Sesión siete:

Durante esta sesión se implementaron dos técnicas terapéuticas, la psicoeducación y la técnica “Centrar, Sostener y expandir”. En primer lugar, se llevó a cabo la psicoeducación centrada en la resiliencia, abordando conceptos claves como su definición, importancia y características de una persona resiliente, todo esto por medio de una infografía didáctica. Además, para comprender el aprendizaje de la información proporcionada al paciente, junto al usuario se exploraron posibles rasgos resilientes de su persona, tales como el tener a su madre y hermanos en donde los consideraba como una red de apoyo, acceso a servicios de apoyo profesional como es el estar en un proceso terapéutico, el ser empático, su sentido del humor.

Posteriormente, se aplicó la técnica “Centrar, sostener y expandir”. Es una herramienta efectiva que ayuda en la modificación del estado base, con el fin de fomentar transformaciones fisiológicas positivas y duraderas, siendo esencial para establecer una nueva base de resiliencia. (Institute of HeartMath, 2014)

Para la administración de la técnica como primer paso consistió en instruir al paciente para que concentre su atención en la región cardíaca y visualice el flujo de la respiración,

tanto al inhalar como al exhalar, con una pauta más lenta y profunda de lo habitual. Seguidamente, se le solicitó al paciente que active y mantenga un estado emocional regenerativo, como por ejemplo un sentimiento de aprecio, afecto o felicidad. Por último, se le indicó que imagine cómo este sentimiento se expande o irradia hacia si mismo o hacia otros, con el propósito de acumular energía y revitalizar su sistema emocional.

Como tarea adicional, se le asignó al paciente la creación de una línea de tiempo en donde identifique los momentos más desafiantes de su vida, con el fin de fomentar en la próxima sesión su autoconciencia sobre la capacidad que mantuvo al haber afrontado dificultades pasadas y a su vez fortalecer y empoderar su autoestima.

Sesión ocho:

Durante la sesión, se llevó a cabo la elaboración y análisis FODA, con el fin de explorar en detalle las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas presentes en la vida del paciente. Un Análisis FODA es un recurso fundamental para realizar una examinación exhaustiva de la situación actual de una entidad o individuo, tomando como referencia sus puntos vulnerables y áreas de excelencia, así como las posibilidades y desafíos que presenta su entorno circundante. (Sánchez, 2020). Antes de llevar a cabo el análisis FODA, proporcionamos al paciente información detallada sobre su propósito, alcance y metodología. Posteriormente, iniciamos el proceso determinando las fortalezas del paciente, presentando ejemplos concretos y planteándole preguntas orientadoras (¿Qué cosas se te dan bien?, ¿En qué eres bueno?, ¿Qué habilidades tienes que te ayudan a superar los desafíos?, ¿Qué te hace sentir orgulloso de ti mismo?, ¿Qué te dicen tus amigos y familiares que te hacen fuerte?) para mejorar su comprensión frente a cada punto a trabajar. A partir de las misma se pudieron identificar fortalezas como “Soy bueno en el futbol”, “Tengo buenos amigos que me escuchan”, “Soy atento con las personas que me importan, son prioridad”, “Soy buen compañero, soy bueno escuchando, osea les escucho sus problemas”. Se continúa con la identificación de las debilidades del paciente, ofreciendo igualmente preguntas para un mejor desarrollo del FODA. (¿Qué cosas te cuesta hacer?, ¿En qué áreas te gustaría mejorar?, ¿Qué te causa estrés o ansiedad?, ¿Qué te impide alcanzar tus metas?) Entre sus principales

debilidades pudimos identificar las siguientes: “A veces me cuesta controlar mi temperamento cuando estoy enojado”, “A veces me da miedo hablar en público y me pongo nervioso cuando tengo que presentar algo”, “No soy muy organizado con tareas o con mis actividades”, “Me cuesta un poquito tomar decisiones”, “A veces me siento solo y extraño mi familia”. Luego nos enfocamos en el reconocimiento de las oportunidades con ayuda de algunas interrogantes (¿Qué recursos tienes a tu disposición para ayudarte a superar los desafíos?, ¿Qué cosas o experiencias te ayudan a crecer y desarrollarte como persona?, ¿Qué factores te ayudan a sobresalir frente a los demás?) en donde el paciente reconoce las siguientes: “Tengo a mi mamá”, “Estoy en atención psicológica que me está ayudando mucho”, “Tras mi experiencia puedo ayudar a otros que quizá me comenten que pasan por lo mismo”, “Puedo pasar más tiempo con mis amigos y familia que me hacen sentir bien”; y finalmente la evaluación de las amenazas que de igual manera por medio de cuestiones se le facilitó el desarrollo de las mismas (¿Qué obstáculos te impiden avanzar en tu vida?, ¿Qué problemas enfrentas en tu familia, escuela o comunidad?, ¿Qué te hace sentir vulnerable o inseguro?) reconociendo las siguientes amenazas: “Siento que soy vulnerable por lo de mis padres”, “La preocupación de cómo será a partir de esto la relación entre mis padres”, “Mi poca dedicación quizá”, “A veces me siento inseguro, muy pocas veces pero pues eso hace afectar mi concentración en el colegio creo yo”. De esta manera, el análisis FODA le permitió al paciente reconocer y potenciar al máximo sus fortalezas para aprovechar las oportunidades disponibles. Así mismo, el reconocimiento y manejo de las debilidades le permitirá mitigar las posibles amenazas derivadas de estas áreas vulnerables.

Posteriormente, se aplicó la técnica del espejo, enfocada en mejorar la autoestima y fomentar la confianza del paciente para superar obstáculos. Blasco en 1992, introdujo la técnica del espejo para explicar el proceso de constitución del sujeto para un mejor reconocimiento y construcción de la imagen propia. (Caicedo, 2019). Para la implementación de dicha técnica se inició proporcionando al paciente un espejo para que observara claramente su rostro, explicándole que la técnica a utilizar se denomina “espejo”. Luego, se le indicó realizar algunas respiraciones profundas para facilitar su relajación y concentración.

A continuación, se le pidió al paciente que se mirara fijamente en el espejo durante todo el proceso mientras se le formulaban algunas preguntas las mismas que fueron: “Al observar tu reflejo en el espejo, ¿te percibes atractivo?”, “¿Consideras que posees atributos positivos que puedas compartir con los demás? ¿Cuáles son?”, “¿Opinas que tus amigos, familiares, etc. te aceptan tal como eres?”, “¿Hay algún aspecto de tu apariencia que desearías cambiar? y “¿Cuándo experimentas una sensación de bienestar y te ves bien, te sientes más seguro de ti mismo?”. El paciente respondió a cada pregunta sin ninguna dificultad. Finalmente, se le pidió que expresara cómo se sentía al experimentar la técnica, por lo que refirió: “Me gustó mucho en realidad, me ayudó a mirarme a mí mismo con nuevos ojos. Me ayudó a reconocer o resaltar mis fortalezas y debilidades de una manera más clara y me hizo dar cuenta de una u otra forma que soy una persona valiosa con muchas cosas para dar”. En resumen, la técnica del espejo se aplicó de manera exitosa, logrando a que el paciente obtuviera una mayor autoconciencia y expresión emocional.

Para cerrar con la sesión, se le asignó como tarea la escritura diaria de una fortaleza identificada al finalizar cada día, hasta la próxima sesión, con el fin de promover el reconocimiento y confianza hacia su persona.

Sesión nueve:

En la sesión se comenzó revisando el listado de fortalezas enviado como tarea dentro de la sesión anterior, destacando cada una de ellas con el fin de reforzar el autoconcepto y la autoestima del paciente.

Posteriormente, se implementó la técnica de Auto instrucciones, para así modificar el dialogo interno y evitar dificultades en el abordaje adecuado de situaciones, a su vez promoviendo un mayor bienestar emocional y favoreciendo un cambio positivo en la percepción de sí mismo. El entrenamiento autoinstruccional es una técnica cognitiva, la cual se centra en la modificación del comportamiento a través del cambio de las autoverbalizaciones, ya sean internas o pensamientos, que una persona experimenta ante situaciones o problemas específicos. Consiste en sustituir estas autoverbalizaciones por otras más beneficiosas. Esta técnica se aplica en casos en los que las autoinstrucciones internas

de un individuo se perciben como interferencia o inapropiadas para la ejecución efectiva de una tarea.(Pinos & Álvarez, 2022).

Para la realización de la técnica de autoinstrucciones como primer paso establecimos un ambiente tranquilo y cómodo. Seguidamente, como segundo paso explicamos la técnica, en qué consistía, objetivos como también sus beneficios. Como tercer paso, identificamos los desencadenantes (situaciones o eventos) que generan estrés, en este caso el paciente nos indicó algunos desencadenantes como: “Cuando veo a mi mamá llorar”, “Cuando voy a dar un examen”, “Cuando voy a presentar algún trabajo muy importante en el colegio”: Como cuarto punto nos centramos en seleccionar uno (último desencadenante mencionado) y trabajar con él en la sesión. Con respecto al quinto paso se analiza cómo reacciona habitualmente ante el estrés, tanto física como emocionalmente. Como sexto punto se definió una respuesta alternativa, es decir una forma más saludable y efectiva de responder ante el desencadenante que son las autoinstrucciones. Finalmente se escriben las autoinstrucciones, en donde se redactó frases positivas y motivadoras como fueron: “Respira profundamente y exhala lentamente”, “Recuerda que te preparaste bien para esta presentación”, “Confía en ti A., eres capaz, si puedes, si sabes”.

Para el cierre de sesión, se le recomienda al paciente a aplicar las autoinstrucciones en voz alta por el momento, con un tono calmado y seguro para que así posteriormente con un mejor desenvolvimiento de la técnica las aplique como pensamientos internos.

Sesión diez:

La sesión se inició con una psicoeducación basada en la importancia de la organización vs inestabilidad emocional, y como influye en su diario vivir. Con el propósito de fomentar una eficiente organización del tiempo, de esta manera minimizamos el estrés. Dentro de esta psicoeducación se trataron temas como la importancia de la organización, resaltando su definición, los beneficios de la misma y a su vez algunas consecuencias, otro tema expuesto fue la inestabilidad emocional y su impacto en la organización, así mismo la definición de la inestabilidad emocional, la relación entre inestabilidad emocional y desorganización y algunos ejemplos de cómo se da la inestabilidad emocional por la desorganización. Seguidamente

hablamos sobre la importancia de las técnicas de organización, entre ellas la técnica de Programación de actividades.

Para cerrar la técnica de psicoeducación, junto al paciente realizamos una retroalimentación de la información proporcionada en donde comprobamos la eficacia de la misma a partir de algunos puntos clave adquiridos por el paciente como los beneficios o consecuencias que puede tener la desorganización.

Posteriormente, se continuó utilizando la técnica de Programación de actividades para promover una gestión más efectiva del tiempo. En el ámbito de la psicología, la programación de actividades se define como un proceso sistémico y estructurado que se implementa para asistir a las personas en la administración eficiente de su tiempo. El propósito fundamental de esta metodología radica en otorgar significado y propósito al tiempo del individuo, lo cual se convierte en un elemento esencial para potenciar su salud mental y su bienestar de manera global. (Labrador, 2008).

Para la realización de la técnica como primer paso procedimos a aclarar nuestro objetivo, el cual fue mejorar la organización y manejo del tiempo, para evitar la aparición de sintomatología de estrés en el adolescente. Dentro de la sesión hicimos entrega de una pequeña agenda al paciente para conseguir una mejor motivación y a su vez hacer uso de ella desde ese momento. Como segundo paso evaluamos las dificultades que el adolescente tiene con la organización del tiempo y tareas, por medio de factores como la falta de motivación, distracciones, o mala gestión de tiempo.

Como tercer punto introducimos la técnica de programación de actividades, es decir, explicamos al paciente qué es la técnica y como puede ayudarlo a mejorar su organización de tiempo. Para el cuarto paso, establecimos metas realistas para la organización de su tiempo, como la organización de un horario desde la noche anterior o a primera hora del día para un mejor desenvolvimiento de sus actividades.

Como quinto paso se procedió a establecer un posible horario para su siguiente día el cual lo registramos en su nueva agenda de la siguiente manera: 6:00 am: levantarse, asearse y vestirse para ir a la escuela, 6:30 am: desayunar, 7:00 am a 13:00pm: asistir a clases, 13:00

pm a 14:00pm: llegar a casa y almorzar, 14:00pm a 16:00pm: adelantar un poco de tareas, de 16:00 pm a 18:00 pm: entrenamiento de futbol, de 18:00 a 19:00: revisar cosas que faltan ya sea estudiar, o completar alguna tarea, de 19:00 a 20:00 pm: cenar, de 20:00pm a 21:00 pm: estar con mi mamá y mis hermanos, conversar con ellos, a las 21:00 pm: asearme, cambiarme de ropa y distraerme un ratito en el celular y a las 22:00 pm irme a descansar.

Finalmente, se cerró la sesión proyectando un plan de vida a corto plazo, enfocado en metas realistas relacionadas con la gestión del tiempo. Según las investigaciones de (López, 2023) en donde menciona a Arbocó, quien define a un plan de vida como la elaboración de un proyecto de acción personal, el cual se erige como un instrumento fundamental para la consecución de objetivos a lo largo del desarrollo vital, proporcionando un sentido a la trayectoria individual y a su vez marcando un distintivo en la toma de decisiones, interacciones sociales e interpretación de las experiencias. Como primer paso en el proceso de dicha técnica, se inició con un profundo autoconocimiento del adolescente, explorando sus fortalezas, debilidades, valores y aspiraciones. A partir de este conocimiento, como segundo paso se realizó un análisis exhaustivo del contexto que deseamos mejorar, en este caso nos centramos en el contexto educativo, lo cual provoca dificultades en la organización de tareas y su impacto en el rendimiento académico y el bienestar emocional, incluyendo la sintomatología de estrés y procrastinación. Como tercer paso planteamos el objetivo principal, el cual consistía en optimizar la organización de tareas y tiempo del adolescente para mejorar su desempeño académico, personal, mental y emocional. Para lograrlo, como cuarto punto se establecieron metas específicas, medibles, alcanzables, relevantes, para así priorizarlas según su importancia y urgencia, todo esto con la ayuda de una tabla en donde permitía la escritura de metas, las estrategias a utilizar para cumplir con la meta y la prioridad/urgencia.

Como primer meta junto al paciente, se planteó la implementación de un sistema de organización de tareas escolares por medio de estrategias como el establecer un área de estudio dedicada, es decir tranquilo y ordenado para un mejor desenvolvimiento, otra estrategia llevar una agenda diaria, fue una opción muy acertada para que de esta manera registre todas las tareas, incluyendo fechas de entrega, indicaciones y tiempo estimado de

realización. seguidamente otra estrategia ya conocida por el paciente, el clasificar las tareas según su importancia y urgencia para abordarlas de manera organizada. Como ultima estrategia que se planteó dentro de esta primer meta, fue elaborar un calendario de estudio que distribuya las horas de estudio de manera equilibrada a lo largo de la semana. Como segunda meta que establecimos con el paciente fue la mejora de la gestión del tiempo personal y extracurricular, en donde de igual manera algunas estrategias para la realización de ésta, fue la implementación de una agenda personal en donde incluyan actividades extracurriculares, compromisos sociales y de tiempo libre, debidamente organizado. Otra de nuestras estrategias el establecer límites, decir "no" a compromisos que sobrecarguen su horario. Como ultima estrategia, optimizar el tiempo libre, es decir, utilizar el tiempo de manera libre y satisfactoria, incluyendo actividades que promuevan el bienestar físico y mental.

En este proceso de intervención, el adolescente participó activamente en la definición de metas, elección de estrategias y evaluación del progreso. El apoyo constante de su entorno y la colaboración fueron fundamentales para el éxito.

Para concluir con la sesión, se procede a iniciar el proceso de reevaluación del paciente, este proceso también conocido como Re-Test, con el único objetivo de medir la efectividad del plan de intervención.

Sesión once:

En la sesión se utilizó la técnica de psicoeducación para abordar el tema de la procrastinación, con el fin de proporcionar al paciente información relevante sobre este comportamiento que de cierta manera estaba provocando un malestar significativo en él.

La psicoeducación se impartió mediante una infografía dinámica y atractiva que abordó los aspectos fundamentales de la procrastinación. Se inició preguntando al paciente acerca del tema a tratar, el mismo que negó una definición exacta sobre el tema, es ahí donde se comenzó con una definición clara y precisa del concepto, destacando sus características. Se continuó con una clara diferenciación entre la procrastinación y la pereza o la falta de motivación. La infografía profundizó las diversas causas de la procrastinación, explorando factores psicológicos, sociales y ambientales que pueden contribuir a su desarrollo. De igual

manera se ilustró el impacto negativo que la procrastinación puede generar en diversos aspectos de la vida, incluyendo el ámbito académico, personal y emocional, y finalmente se trató de algunas estrategias para superar la procrastinación, como la exploración de las causas, es decir reflexionar sobre las razones que le impulsan a procrastinar mediante algunas interrogantes como: “Es por miedo al fracaso, la perfección o la crítica?”, “¿Me siento abrumado por la complejidad de la tarea?”, “¿Carezco de motivación o interés en la tarea? ¿Por qué?”, “¿Me distraigo con facilidad o me cuesta concentrarme”? Otra estrategia significativa es el reconocimiento del impacto negativo, es decir evaluar como la procrastinación afecta en su vida en los diferentes aspectos, mediante las siguientes interrogantes: ¿Qué hace esto en mí, me genera estrés, ansiedad o baja autoestima?, ¿Está perjudicando en mi rendimiento, en mis relaciones o bienestar general?

Para una mejor ejecución de la misma recomendamos al paciente algunas destrezas como la visualización del éxito, imaginando cómo se sentirá al completar la tarea o alcanzar su objetivo, siendo así que esta satisfacción y el logro motiven a seguir adelante, como también la existencia de autorrecompensarse por los logros, es decir, reconocer su esfuerzo y recompensarse con pequeñas gratificaciones que motiven a continuar.

En conjunto, la psicoeducación brindó una comprensión de la procrastinación, sensibilizando al paciente sobre sus efectos nocivos y motivándolo a buscar estrategias para superarla.

Posteriormente, se hace uso de la técnica Pomodoro. La técnica llamada “Pomodoro” es una herramienta de gestión del tiempo desarrollada por Francesco Cirillo, la cual ayuda a mejorar la concentración, reducir la procrastinación y aumentar la productividad mediante la división del trabajo en intervalos cortos y enfocados, separados por breves descansos. (Cirillo, 2020). La técnica Pomodoro se basa en cinco etapas tales como: planificación, seguimiento, registro, procesamiento y visualización, las mismas que realizamos de la siguiente manera. Previo a la aplicación de la técnica, se realiza un análisis exhaustivo del contexto que el individuo desea modificar. En este caso, el paciente presenta un contexto educativo específico: la preparación para un examen de física al día siguiente. Con base en esta

información, iniciamos con la primera etapa que es planificación, en donde se establece el objetivo principal, completar 6 pomodoros (intervalos de trabajo de 25 minutos) dedicados exclusivamente al estudio. Luego elegimos las tareas, es decir seleccionar los temas específicos que desea estudiar durante cada Pomodoro. Seguidamente el priorizar las tareas, ordenar las tareas por importancia, considerando cuales son más relevantes para el examen y cuales requieren más tiempo o esfuerzo. Por ejemplo, el paciente en ese momento priorizó de la siguiente manera: Pomodoro 1: Electricidad y magnetismos, Pomodoro 2: fuerzas eléctricas, Pomodoro 3: Magnetismo, Pomodoro 4: Magnitudes eléctricas, y así sucesivamente con el Pomodoro 5 y 6. Continuamos con la segunda etapa que es seguimiento (a lo largo del día), como primer punto utilizamos un temporizador en donde le indicamos al paciente que hay que configurar para cada Pomodoro un tiempo de 25 minutos y otro temporizador para los descansos después de cada Pomodoro. Como segundo punto indicamos que se trata de enfocarse en la tarea, es decir, durante cada Pomodoro debe dedicar toda su atención a la tarea específica, eliminando distracciones como celular, redes sociales, etc. A su vez el ir tomando notas de conceptos clave o preguntas que surjan durante el estudio, para así recoger información y le ayudará a identificar el área que requieren de más concentración, por ejemplo, en el Pomodoro 1: anota fórmulas importantes, Pomodoro 2: esquematiza conceptos, Pomodoro 3: resume conceptos en una tabla o diagrama, Pomodoro 4: registrar soluciones para ejemplos de su libro, Pomodoro 5 sintetizar los temas más importantes y Pomodoro 6: identificar los temas que requieren mayor estudio para así enfocarse nuevamente en aquellos.

Como tercer etapa está el registro (al final del día), que consiste en anotar la cantidad de pomodoros completados, identificar las tareas más productivas es decir, analizar sobre las tareas en las que se encontró más concentrado y productivo y finalmente reconocer las áreas de dificultad, es decir señalar las tareas que se le dificultaron por ejemplo con el paciente imaginamos haber realizado de la siguiente manera: Pomodoro completado 6/6 (3 horas), tareas más productivas: Pomodoro 1, Pomodoro 3 y Pomodoro 5, y área de dificultad: Pomodoro 2 y 4.

Como cuarta etapa, está el procesamiento, reflexionar sobre su desempeño, analizar estrategias que le ayudaron a ser más productivo y que patrones le benefician. Por ejemplo, en sesión proyectamos que un patrón podría ser el que el paciente muestra una mejor concentración en la mañana que en la noche y una estrategia, el estudiar en un lugar tranquilo y tomando breves descansos.

Finalmente, la etapa de visualización (al final del día), la cual se basa por ejemplo en crear una representación gráfica por medio de gráficos, tablas o diagramas para mostrar la cantidad de pomodoros dedicados a cada tarea, el nivel de concentración y productividad a lo largo del día, para así analizarlos y definir metas para próximas tareas utilizando dicha técnica. Para cerrar la sesión, se procede a iniciar el proceso de reevaluación del paciente (Re-Test).

Sesión doce:

En esta sesión, titulada “Un espacio de reflexión y crecimiento”, se procede al cierre terapéutico del paciente. Iniciamos con una cálida bienvenida y una breve introducción sobre el objetivo de la sesión, reflexionar sobre el proceso terapéutico y celebrar los logros obtenidos. A continuación, se realiza una pequeña recapitulación de los momentos importantes del proceso, resaltando el autodescubrimiento, crecimiento y fortaleza personal.

De igual manera se revisó los aspectos o sintomatología inicial, contrastando los pensamientos, emociones y comportamientos. Para consolidar la reflexión y brindar un cierre significativo, se invita al paciente a realizar un collage de emociones. Mediante dibujos, stickers, pinturas, marcadores y cartulinas, el paciente plasma las emociones que ha explorado durante la terapia, creando una representación visual de su proceso personal.

La sesión culmina con un mutuo agradecimiento entre el paciente y el terapeuta. Se reconoce el esfuerzo, la valentía y el compromiso demostrados por ambas partes durante el proceso terapéutico. Se despide al paciente con palabras de aliento y confianza en su capacidad para continuar su camino hacia el bienestar personal.

Capítulo tres

Resultados

3.1 Análisis de resultados cuantitativos

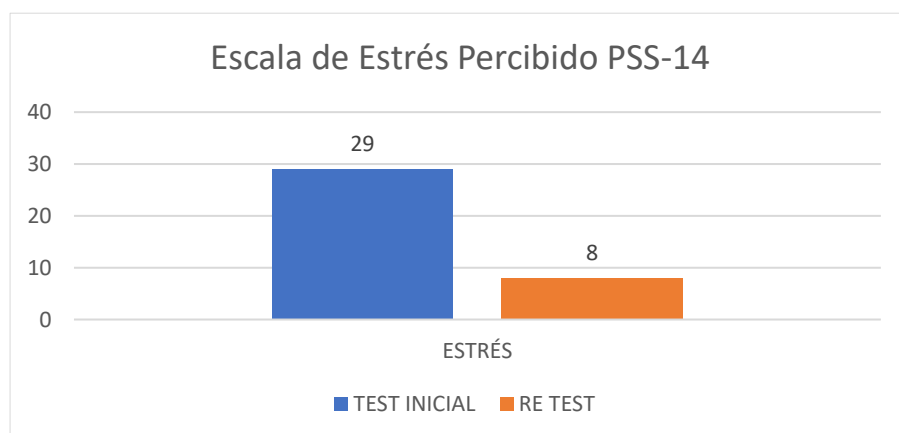
Para el análisis cuantitativo se procedió a realizar un re-test en el paciente. Los primeros reactivos psicológicos fueron administrados en la tercera y cuarta sesión previamente a la ejecución del tratamiento psicoterapéutico con el fin de obtener una perspectiva inicial de la sintomatología, posteriormente se llevó a cabo los re-test en la décima y onceava sesión de tratamiento psicoterapéutico, por ende, se logró establecer una comparación entre ambos resultados de manera simultánea.

Un re-test se lleva a cabo al aplicar el mismo reactivo en dos ocasiones a los mismos individuos, evaluando así la correlación entre las puntuaciones obtenidas en ambas aplicaciones. (Muñiz, 2018)

Para la administración del retest en el usuario se aplicaron tres reactivos psicológicos a evaluar, los mismos que fueron Escala de Estrés Percibido PSS-14, Escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones y Escala de Habilidades Sociales, los cuales se utilizaron para evaluar si la sintomatología persiste o si ha disminuido en donde se ha obtenido distintos resultados, los mismos que se indican en las siguientes tablas.

Figura 2

Puntuaciones Pre y Post tratamiento de Escala de Estrés Percibido PSS-14

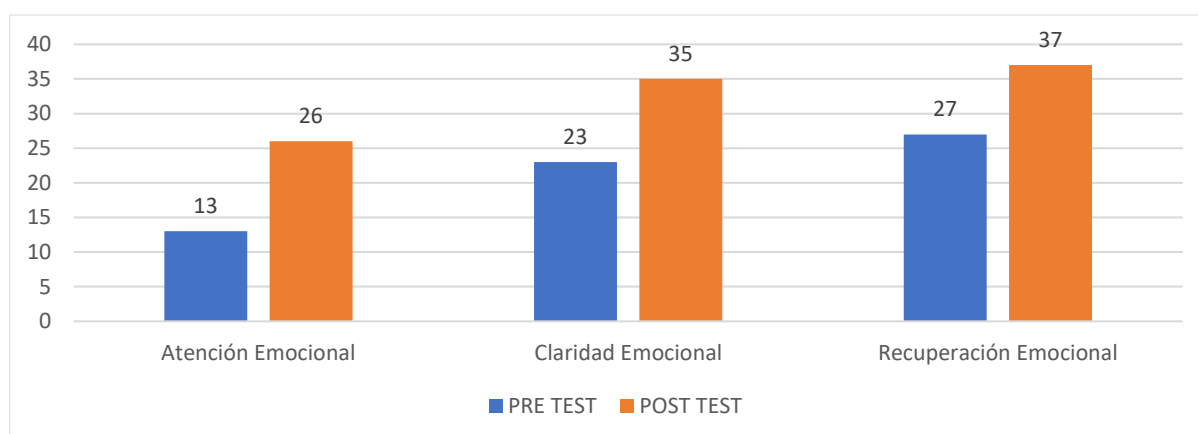


En referencia a los resultados de la Escala de Estrés percibido PSS-14 (Figura 2) se puede evidenciar que dentro del proceso de evaluación el paciente obtuvo una puntuación de 29 lo cual indica la presencia de estrés constante en su diario vivir mientras que posterior al proceso de intervención (Re-Test) indica la disminución de sintomatología arrojando una puntuación de 8, prácticamente un nivel bajo o nulo de dicha sintomatología.

Más allá de los resultados cuantitativos expuestos, es importante resaltar aquellos cambios cualitativos observados en el comportamiento del adolescente. Se ha evidenciado una mayor tranquilidad y control emocional, una disminución de la sintomatología problemática, y una mejora en la calidad de sueño.

Figura 3

Puntuaciones Pre y Post tratamiento Escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones

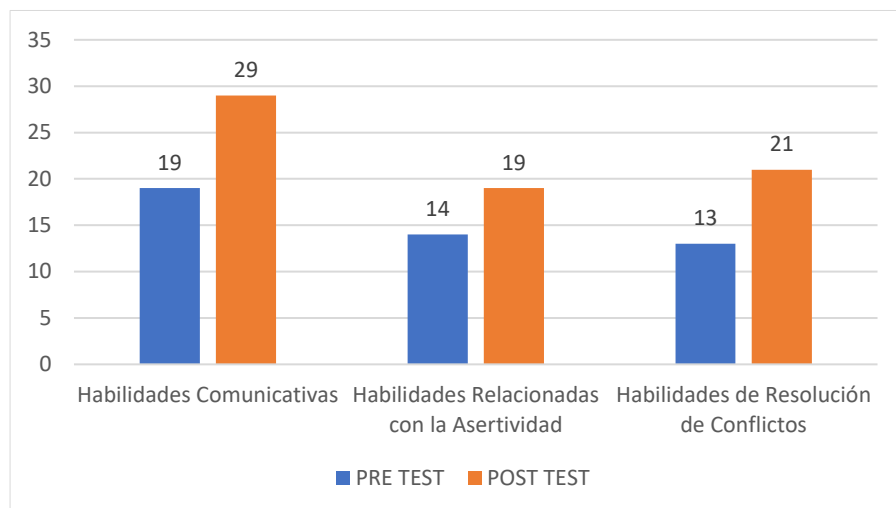


De acuerdo a la Escala para la evaluación de la expresión, manejo y reconocimiento de emociones (Figura 3) dentro del proceso evaluativo indica una puntuación de 13 en la subescala de atención emocional, 23 puntos en la subescala de claridad emocional y 27 puntos en la subescala de recuperación emocional. Se destaca que las dos primeras subescalas mostraron alteraciones significativas desde un inicio. Tras el proceso de intervención (Re-Test) se evidenciaron cambios significativos en las puntuaciones de las subescalas, con 26 puntos correspondientes a una atención emocional adecuada, 35 puntos a una claridad emocional adecuada y 37 puntos indicando una excelente recuperación

emocional, además, el paciente ha demostrado una mayor disposición para el manejo de conflictos a nivel emocional, por ende, ha optado por una actitud más positiva y optimista.

Figura 4

Puntuaciones Pre y Post tratamiento Escala de Habilidades Sociales.



A partir de la Escala de Habilidades Sociales (Figura 4) en el proceso de evaluación se obtuvieron los siguientes resultados: 19 puntos en habilidades comunicativas, 14 puntos en habilidades relacionadas con la asertividad y 13 puntos en habilidades de resolución de conflictos, siendo estas dos últimas subescalas las que presentan el mayor deterioro en el paciente. Posterior al proceso terapéutico (Re-Test) reveló cambios significativos, indicando una notable diferencia en los puntajes de cada de sus subescalas: 29 puntos en habilidades comunicativas, 19 puntos en habilidades relacionadas con la asertividad y 21 puntos en habilidades de resolución de conflictos. Estos resultados muestran una gran relevancia en las habilidades sociales, es decir, gracias a los resultados comprobamos un gran avance en su bienestar integral como un mejor desenvolvimiento en sus relaciones interpersonales tanto en el ámbito familiar y escolar, una mejor comunicación, asertividad, resiliencia, una mejor expresión de ideas con confianza y afrontar los desafíos de la vida de manera efectiva.

3.2 Análisis de resultados cualitativos

Tabla 10

Resultados cualitativos del paciente posterior a la intervención psicológica

Síntomas conductas iniciales	y	Progreso		Resultado	
		Se mantuvo o no hubo cambio	Cambio parcial		Se extinguió o se modificó
Llanto fácil				X	Al expresarse acerca del inconveniente de la infidelidad por parte de su padre, se evidencia una total disminución de llanto.
Preocupación excesiva				X	Se logró disminuir por completo los sentimientos de preocupación respecto al estado dinámico de su familia, sobre todo de su madre.
Alteración en su Estado emocional				X	Existe una mejoría importante, se muestra más animado y tranquilo.
Presencia de Estrés en gran medida				X	Aceptación de cambios patológicos que se pueden dar dentro de la funcionalidad de la familia, en su caso la separación de padres, con una visión más positiva desde su postura como hijo, indicando mejorías en diferentes esferas de su vida.
Afrontamiento de conflictos				X	Se logró la implementación de estrategias para afrontar el estrés y gestionar situaciones conflictivas.
Resiliencia				X	Cambio significativo frente a las diversas adversidades en su vida cotidiana.
Procrastinación				X	Cambio significativo mediante la aplicación de habilidades adquiridas para una mejor organización de actividades.

De acuerdo a la tabla expuesta, el paciente presentaba una sintomatología compleja caracterizada por llanto fácil, preocupación excesiva, alteración del estado emocional, estrés significativo, dificultades para afrontar conflictos, falta de resiliencia y conductas de procrastinación. La intervención psicológica implementada logró la extinción o modificación de las conductas problemáticas, conduciendo a una notable mejoría en el estado emocional y conductual del paciente, se observó una mejor regulación emocional, reducción de estrés, desarrollo de habilidades de afrontamiento, superación de la procrastinación y, en general, una mayor calidad de vida.

Tabla 11

Resultados cualitativos de Test de Frases Incompletas para Adolescentes

Categoría Problemática	Progreso			Resultado
	Se mantuvo o no hubo cambio	Cambio parcial	Se extinguió o se modificó	
Padre y figura de autoridad		X		No acepta la infidelidad del padre hacia la familia, pero se adecua a los cambios que se dieron a partir de aquella problemática.
Culpas			X	Se logró modificar aquellos sentimientos de culpa respecto a su situación familiar.

Según la tabla se manifiesta que, si bien el adolescente no aprueba la infidelidad del padre hacia la familia, ha demostrado una notable capacidad de adaptación a los cambios generados por dicha situación. Es importante destacar que este proceso de adaptación no implica una validación de la conducta paterna, sino más bien un reconocimiento de la realidad y una búsqueda de estrategias para afrontarla de manera saludable. El paciente ha demostrado ser capaz de separar la conducta de su padre de su propia valía personal, lo cual indica un avance significativo en su desarrollo emocional.

Discusión

En la siguiente sistematización Se trabajaron los siguientes objetivos terapéuticos

En la presente sistematización, titulada denominado “Intervención Cognitivo Conductual en adolescente: Caso Clínico debido a otros hechos estresantes que afectan a la familia y al hogar”, se abordaron los siguientes objetivos terapéuticos: Facilitar el desarrollo de habilidades efectivas para afrontar el estrés y gestionar situaciones conflictivas en la vida cotidiana del paciente; Mejorar habilidades de afrontamiento y resolución para gestionar situaciones conflictivas y disminuir el estrés, promoviendo el bienestar emocional y la adaptación saludable; Promover en el paciente la organización eficiente del tiempo para reducir el estrés, a través del establecimiento de metas, la priorización de tareas y el entrenamiento en la toma de decisiones. Cabe destacar que estos objetivos se cumplieron satisfactoriamente.

En este trabajo de investigación, se exploró el impacto del estrés en un adolescente, específicamente en el contexto de una separación de padres por infidelidad. A través de un análisis detallado del caso, se identificaron las principales manifestaciones del estrés en el adolescente, incluyendo dificultades para enfrentar problemas, altos niveles de estrés, manejo deficiente de emociones y habilidades sociales limitadas.

La separación de los padres, en este caso producida por infidelidad, genera un problema significativo en el adolescente, afectando negativamente su bienestar emocional y conductual tal y como lo demuestra el estudio de Bravo et al., (2018), investigación realizada en adolescentes de décimo año de la Unidad Educativa del Milenio de Olmedo periodo 2016-2017, dentro de sus resultados a través de encuestas demuestran un peso ya sea emocional o físico, indicando un 64.29% de influencia que trae dicha situación en el aspecto personal de los adolescentes, comprobando de esta manera la existencia de caos emocional en ambos estudios por la parte conyugal.

Chávez & Lima, (2023), realizaron una investigación sobre la prevalencia de estrés en estudiantes adolescentes de octavo grado hasta segundo año de bachillerato de la ciudad de Guayaquil, en donde la población que predominaba dentro del estudio era entre los 14 a 16

años, edad que concuerda con nuestro paciente. Dentro de sus resultados mostraron que definitivamente el entorno familiar ejerce una influencia crucial en el desarrollo psicosocial del individuo, especialmente durante la adolescencia, por el contrario, el desequilibrio familiar, caracterizado por la desintegración, agresividad y las dificultades afectivas, puede afectar negativamente la salud mental de los adolescentes, siendo los resultados del presente estudio similares a los encontrados por Chávez & Lima (2023). Es así como, la funcionalidad familiar se convierte en un factor protector ante el estrés en los adolescentes, es decir la creación de entornos protectores que fomenten el bienestar emocional y la salud mental de los adolescentes, preparándolos para afrontar con éxito los desafíos de la vida.

Por otro lado, dentro del proceso psicoterapéutico se aplica un reactivo relevante para dicho diagnóstico como es la Escala de Estrés percibido, misma que ha emergido como una herramienta de evaluación valiosa para medir el estrés en adolescentes. La validez y confiabilidad de la Escala de Estrés Percibido (PSS) para medir el estrés en adolescentes ha sido ampliamente documentada en la literatura científica. Un estudio relevante que respalda su efectividad fue realizado por Liu et al., (2020) con adolescentes chinos de secundaria. En esta investigación, la PSS-14 demostró una alta consistencia interna y correlacionó significativamente con otras medidas de estrés, como la sintomatología ansiosa y depresiva. Mismos resultados, que se evidencian en nuestro estudio de caso los cuales avalan la PSS como una herramienta valiosa para evaluar el estrés en esta población.

Dentro del trabajo de investigación se hizo uso del enfoque cognitivo-conductual, el cual se ha posicionado como una terapia altamente efectiva para el tratamiento del estrés, depresión y otros en adolescentes. Diversos estudios e investigaciones respaldan su eficacia en la reducción de síntomas, el mejoramiento del bienestar emocional y el desarrollo de habilidades para afrontar el estrés de manera saludable, es así como lo corrobora el estudio de Treviño & Ramírez (2012), que tuvo como objetivo evaluar la eficacia de técnicas cognitivo-conductuales en la reducción del estrés y determinar las más efectivas para estudiantes mexicanos de bachillerato internacional (BI). La metodología empleó un diseño cuasi-experimental con dos grupos: 16 participantes en la parte experimental y 11 en el grupo de

control. El programa de intervención consistió en cinco sesiones en las que se aplicaron diversas técnicas, evaluando la percepción de efectividad en cada sesión. Los resultados revelaron una disminución significativa de los síntomas de estrés y pensamientos automáticos negativos al finalizar el programa, evidenciando un impacto positivo de las TCC en el bienestar emocional y el proceso de aprendizaje de los estudiantes de BI. Es así como este estudio demuestra la eficacia de implementar intervenciones basadas en TCC, en donde a partir de sus hallazgos, coinciden con los resultados obtenidos de nuestra investigación.

Enfatizamos la reestructuración cognitiva como una técnica altamente efectiva en la reducción del estrés en adolescentes. Esta técnica se basa en la identificación y modificación de patrones de pensamiento negativos y distorsionados que contribuyen al estrés. Al desafiar estos pensamientos y reemplazarlos por interpretaciones más racionales y realistas, los adolescentes pueden desarrollar una mejor capacidad para afrontar situaciones desafiantes y regular sus emociones. La investigación de Treviño & Ramírez (2012), que evaluó la efectividad de algunas técnicas cognitivo conductual en la reducción del estrés en estudiantes mexicanos, respalda sólidamente la utilidad de la reestructuración cognitiva. Este estudio que se propuso probar la efectividad de las técnicas cognitivo conductual en la disminución de estrés en estudiantes mexicanos, encontró que la técnica es particularmente beneficiosa para adolescentes que experimentan estrés relacionado con la escuela, problemas familiares, ansiedad social y baja autoestima. Se observó una reducción significativa en síntomas psicossomáticos, pensamientos automáticos negativos, autorreproches y autoconcepto negativo en el grupo experimental. Además, la técnica demostró ser efectiva al evaluar los niveles de estrés antes y después de cada sesión, reportando un menor nivel de estrés al final de la misma.

Así mismo resaltamos la técnica de resolución de problemas (RP) dentro de la investigación ya que ha sido fundamental dentro del proceso terapéutico por la reducción efectiva del estrés en el paciente al identificar y analizar situaciones problemáticas, generar soluciones creativas y evaluar las consecuencias referentes a diferentes ámbitos alterados. Nuestra investigación, en consonancia con los hallazgos de (Grover et al., 2009) corrobora la

efectividad significativa de la técnica de resolución de problemas. a partir de sus resultados en donde éste actúa como un factor protector, reduciendo el impacto negativo del estrés sobre la conducta y la ideación, por lo tanto, convergen en la eficacia de la RP y en la identificación de situaciones que podrían prevenirse mediante su aplicación.

En línea con lo anterior, el estudio de Grover et al., (2009), destaca la importancia de la RP para comprender la relación entre el estrés y las conductas suicidas en el adolescente. Similarmente a nuestros resultados, se encontró que el estrés generalmente ha sido producido por eventos vitales y es por aquello la incorporación de intervenciones de RP en la investigación, ya que de cierta manera moderó la relación entre el estrés por estos eventos vitales y las conductas suicidas, lo que significa que el impacto del estrés en el riesgo de suicidio fue menor para los adolescentes mejorando así sus habilidades para resolver problemas.

Hemos hablado anteriormente que la etapa de la adolescencia puede contraer diversos cambios y desafíos, tanto físicos como emocionales. En este contexto, el estrés y procrastinación pueden convertirse en problemas comunes que afectan el bienestar y el rendimiento académico de los adolescentes. La organización juega un papel fundamental en el manejo del estrés y procrastinación. Un adolescente desorganizado puede sentirse abrumado por las tareas y responsabilidades, lo que puede llevar a la postergación, generando estrés, ansiedad, depresión entre más. Es por eso, que resaltamos los beneficios que tuvo la implementación de la técnica de programación de actividades dentro del proceso terapéutico en nuestro estudio, ya que ayudó al adolescente a establecer prioridades, visualizar sus tareas y a distribuir de manera eficiente su tiempo, a su vez, reduciendo de manera efectiva sintomatología de estrés causada por dicha situación, siendo éste su punto principal, al tener el adolescente una visión más clara de sus responsabilidades y adoptar un nuevo plan, el adolescente adquiriría destrezas para minimizar su tensión, permitiendo así desarrollar un sentido de responsabilidad, productividad y autonomía sobre su propio desarrollo personal.

De esta manera, la programación de actividades emerge como una técnica psicológica efectiva para promover la organización, gestión del tiempo y el bienestar integral de los adolescentes impactando positivamente no solo en el rendimiento académico, sino contribuyendo al desarrollo de habilidades para la vida adulta. El estudio de Álvarez et al., (2023), nos brinda una valiosa evidencia que corrobora la efectividad de la técnica de programación de actividades en un contexto sintomatológico diferente al nuestro dado tras una ruptura de pareja. En su investigación, se aplicó la técnica a un paciente con sintomatología ansiosa durante un total de 9 sesiones, incluyendo programación de actividades y estrategias de atención plena, logrando así resultados en gran medida como el recuperar aquellas fuentes de reforzamiento social que había perdido, reducción de sintomatología, como también el establecer prioridades. Si bien nuestro estudio se centra únicamente en la reducción del estrés, cabe destacar que la ansiedad y el estrés suelen estar estrechamente relacionados. De hecho, la comorbilidad entre ambas sintomatologías es frecuente. En este sentido, los resultados del estudio de Álvarez et al., (2023), son relevantes para nuestro caso, ya que demuestran que dicha técnica es efectiva para abordar tanto el estrés como la ansiedad, ya que permitió en su paciente nuevamente la sensación de dominio de actividades y placer en la vida diaria, lo que a su vez tradujo en una disminución de los síntomas ansiosos.

En resumen, el presente estudio tuvo como objetivo principal reducir los síntomas del estrés en el adolescente y, a la vez, evaluar la influencia del entorno familiar en su desarrollo personal. Cabe destacar que un entorno familiar disfuncional o conflictivo puede exacerbar los efectos del estrés y aumentar el riesgo de complicaciones futuras. Se postuló que la intervención psicoterapéutica temprana podría prevenir complicaciones futuras como estancamiento personal, severos problemas de conducta, dificultad en relaciones afectivas, dificultades para afrontar problemas según su ciclo vital, limitaciones en el desarrollo personal, abuso de sustancias, ansiedad, depresión y, en casos extremos, ideación o intentos de suicidio. Los resultados del estudio confirmaron la efectividad de la intervención en la reducción del estrés y en la promoción del bienestar emocional del paciente.

Cabe destacar la ausencia de limitaciones que pudieran haber entorpecido el desarrollo del proceso terapéutico ya que la intervención fluyó con gran normalidad cumpliendo con los objetivos establecidos y permitiendo así un avance positivo y satisfactorio.

Finalmente es importante recalcar el aporte que otorga dicha investigación a la institución educativa al ampliar el conocimiento acerca de la TCC dentro de este grupo poblacional y a su vez generando evidencia valiosa para el campo de la psicología. A nivel social, la investigación tiene el potencial de mejorar la salud mental en los adolescentes, prevenir conductas desadaptativas, reducir la carga mental y promover la intervención temprana, de esta manera se genera un impacto positivo y duradero contribuyendo a una sociedad más sana y resiliente.

Conclusiones

Se concluye que un ambiente familiar sano es crucial para el desarrollo integral del adolescente ya que brinda apoyo emocional, orientación y experiencias que promueven el crecimiento saludable en todos los aspectos. Por el contrario, un contexto familiar disfuncional puede generar consecuencias negativas significativas en la vida del adolescente, obstaculizando su progreso y capacidad para enfrentar los desafíos futuros.

Se concluye a través del presente estudio de caso, que la terapia cognitivo conductual (TCC) ha demostrado ser una herramienta fundamental para el abordaje del estrés en el adolescente. Los cambios positivos observados se sustentan en los principios teóricos de la TCC, los cuales han permitido al paciente identificar y modificar patrones de pensamiento y conducta disfuncionales que contribuían a su percepción de estrés.

Se concluye la crucial importancia de una intervención temprana en el adolescente. Abordar de manera eficaz las dificultades emocionales y conductuales que presenta, permitirá prevenir el desarrollo de problemáticas más severas en el futuro, tales como consumo de sustancias, una depresión severa, o suicidio, etc.

Recomendaciones

Se recomienda que los padres o cuidadores trabajen en conjunto para crear un ambiente familiar positivo y estable, esto implica mantener una comunicación abierta y honesta, establecer límites claros y consistentes, y promover el apoyo mutuo entre los miembros de la familia.

Se recomienda la participación activa de los padres dentro del proceso terapéutico de sus hijos ya que éste puede llegar a ser un factor determinante para el éxito del tratamiento, y a partir de esta participación utilizar otro enfoque terapéutico como la Terapia Familiar Sistémica para así trabajar con la familia como un sistema en conjunto.

Se recomienda optimizar el bienestar psicológico por medio del mantenimiento de las habilidades adquiridas, es decir el refuerzo continuo de técnicas de afrontamiento y manejo de estrés; así como el fomento de un entorno familiar favorable.

Referencias

- Agudelo Bedoya, M. E. (2008). Dinámica Familiar y Salud Mental de niños y adolescentes en familias que han vivido la separación de los padres. *Revista Facultad de Trabajo Social, Vol 24*, 47-65.
- Álvarez Álvarez, G., de Armas Prado, J. I., Luna Febles, O., & Hernández García, N. (2023). Diagnóstico diferencial: ¿Qué es, cómo se hace, dónde lo enseñan? *Medicentro Electrónica*, 27(3). <https://n9.cl/rylxj>
- Ávila, J. (2014). El estrés un problema de salud del mundo actual. *Revista Con-Ciencia* , Vol. 2, 115-124.
- Bados, A., & Grau, E. G. (2014). Resolución de Problemas. En *Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics/Universitat de Barcelona*.
- Bairero Aguilar, M. E. (2017). El estrés y su influencia en la calidad de vida. *Multimed. Revista Médica*, 21(6).
- Barraca Mairal, J. (2011). *¿Aceptación o control mental? Terapias de aceptación y mindfulness frente a las técnicas cognitivo-conductuales para la eliminación de pensamientos intrusos*. 37, 43-63.
- Beatón, G. A. (2009). El diagnóstico en la Psicología. *Revista Cubana de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de la Habana* , 2-3.
- Bravo Cedeño, G. del R., Robles Briones, S. D., & Loo Rivadeneira, M. R. (2018). El divorcio de los padres de los adolescentes del décimo año y las consecuencias psicosociales en la Unidad Educativa Milenio Olmedo, Periodo 2016-2017. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://n9.cl/tex9n>
- Caicedo Vallejo, I. O. (2019). La enseñanza de las artes, el desarrollo de la imagen propia y la autoestima en los jóvenes del colegio distrital Hunzá. *Repositorio Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia*.
- Chávez Acurio, A. I., & Lima Rojas, D. (2023a). Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. *REVISTA EUGENIO ESPEJO*, 17(2), 33-45. <https://doi.org/10.37135/EE.04.17.05>
- Chávez Acurio, A. I., & Lima Rojas, D. (2023b). Depresión, ansiedad, estrés y funcionalidad familiar en adolescentes de una unidad educativa de Guayaquil. *Revista Eugenio Espejo*, 17, núm. 2. <https://doi.org/10.37135/ee.04.17.05>

- Cirillo, F. (2020). *La técnica Pomodoro : el famoso método para gestionar el tiempo que ha cambiado la vida a 2 millones de personas* (Ediciones Paidós).
- Cuevas-Cancino, J. J., & Moreno-Pérez, N. E. (2017). *Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora*. 14(3), 207-218. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>
- Demera-Chica, A. D., Alcívar-González, N. D., & Cañarte-Murillo, J. R. (2024). El estrés y su relación con trastornos mentales en América Latina. *MQRInvestigar* , 8(1), 706-724. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.8.1.2024.706-724>
- Díaz Novás, J., Gallego Machado, B., & León González, A. (2006). El diagnóstico médico: bases y procedimientos. *Revista Cubana de Medicina General Integral/Scielo*, 22(1). <https://n9.cl/7qdne>
- Dresch, S., Murno, J., Narvaez, R., Sordo, M., Ainsztein, M., Roccatagliata, M., & Needleman, C. (1998). *Criterio médico. Definición, proceso y evaluación (2ª parte)*. 96:108.
- Fernández-Álvarez, H., & Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 157-169. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>
- Folgueiras Bertomeu, P. (2016). La entrevista. *Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona/Documents de treball / Informes (Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació)*. <https://n9.cl/7m5zf>
- Gándara, V. del B., & Carrasco, M. Á. (2004). *CDI Inventario de Depresión Infantil Manual*. TEA Ediciones.
- Gómez Sánchez, C., Lopera Vanegas, E. N., & Rodríguez Bustamante, A. (2020). Separación conyugal, efectos en la salud mental de los hijos. *Poiésis*, 38. <https://doi.org/10.21501/16920945.3557>
- González Llanezca, F. M. (2007). Instrumentos de Evaluación Psicológica. *Editorial Ciencias Médicas*, 18-19. <https://n9.cl/pfbhp>
- Ibáñez Tarín, C., & Manzanera Escartí, R. (2012). Técnicas cognitivo-conductuales de fácil aplicación en atención primaria. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 38(6), 377-387. <https://doi.org/10.1016/J.SEMERG.2011.07.019>
- Institute of HeartMath. (2014). *Construyendo Resiliencia Personal. Habilidades HeartMath para la Efectividad Personal*. <https://n9.cl/s7a1c>

- Jiménez Gómez, F., & Avila Espada, A. (1992). *Inventario de Personalidad para Jóvenes de Th. Millon (Millon Adolescent Personality Inventory, M.A.P.I.)*. © Copyright by Theodore Millon/Adaptación española . <https://n9.cl/jekyd>
- Labrador Encinas, F. J. (2008). Técnicas de modificación de conducta. En *Ediciones Pirámide*. <https://n9.cl/a4gwm>
- Lang, M., & Tisher, M. (2014). Cuestionario de Depresión para niños. *Madrid: TEA Ediciones.*, 8.^a edición. <https://n9.cl/nm2xh>
- Liu, X., Zhao, Y., Li, J., Dai, J., Wang, X., & Wang, S. (2020). Factor Structure of the 10-Item Perceived Stress Scale and Measurement Invariance Across Genders Among Chinese Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11, 511241. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2020.00537/BIBTEX>
- López Herrera, Y. (2023). *El proyecto de vida de los estudiantes, la afectación de la pandemia del Covid 19 y el apoyo de la institución educativa y la familia a través de la inteligencia emocional*.
- López Palma, A. E., Benítez Hurtado, X. G., León Ron, M. J., Maji Mozo, P. J., Domínguez Montoya, D. R., & Báez Quiñónez, D. F. (2019). La observación. Primer eslabón del método clínico. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(2), 1817-5996. <https://n9.cl/mgsie>
- Lozano Oyola, J. F., Rubio Zarzuela, E. M., & Pérez San Gregorio, Ma. Á. (1999). Eficacia de la técnica de Detención del pensamiento en diferentes trastorno psicopatológicos. *Universidad de Sevilla (España)*, 7, 471-499.
- Martinez, A., & Ponce, J. (2013). *Manual Test de Frases Incompletas (FIS) SACKS*.
- Martínez González, L., Olvera Villanueva, G., & Villarreal Ríos, E. (2018). *Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores*.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Test de Mayo*. www.msp.gob.ec
- Muñiz, J. (2018). *Introducción a la Psicometría Teoría clásica y TRI* (Ediciones Pirámide).
- Oliva Delgado, A., Antolín Suárez, L., Pertegal Vega, M. Á., Ríos Bermúdez, M., Parra Jiménez, Á., Gómez, Á. H., & Reina Flores, M. del C. (2011). *Instrumentos para la evaluación de la Salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven: Vols. 4 (4.8)-(4.10)* (Junta de Andalucía. Consejería de Salud, Ed.).
- Partarrieu, A. (2011). Diálogo socrático en psicoterapia cognitiva. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo*

Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Pinos Sigcha, M. S., & Álvarez Saquinola, D. F. (2022). Descripción de la técnica de autoinstrucciones en profesionales sanitarios ante situaciones de emergencia y desastre sanitario (covid-19). *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(42), 1-18. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol6iss42>
- Reyna, C., Mola, D. J., & Correa, P. S. (2019). Escala de Estrés Percibido: análisis psicométrico desde la TCT y la TRI. *Ansiedad y Estrés*, 25(2), 138-147. <https://doi.org/10.1016/J.ANYES.2019.04.003>
- Ríos Martínez, K. M. (2019). La entrevista semi-estructurada y las fallas en la estructura. La revisión del método desde una psicología crítica y como una crítica a la psicología. *Revista Semestral de Ciencias Sociales y Humanidades*. <https://doi.org/doi:10.33064/41crscsh1203C>
- Ruiz, M. Á., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. <https://n9.cl/eqr7x>
- Sánchez Huerta, D. (2020). *Análisis FODA o DAFO*. Vol. 6. Bubok Publishing S.L.
- Silva Ramos, M. F., López Cocotle, J. J., & Meza Zamora, M. E. (2020). Estrés académico en estudiantes universitarios. *Investigación y Ciencia*, 28, 75-83. <http://orcid.org/0000-0002->
- Spielberger, C. D. (2009). STAIC Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado / Rasgo en niños. *Publicaciones de psicología aplicada*, 160, 6-7. <https://doi.org/doi:10.33064/41crscsh1203>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1982). STAI- Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo-Manual. *Ediciones TEA*, 10.º edición, 9-10.
- Tenelanda, D., Damián, D., Céleri, S., Castillo, M., & Inca, N. (2019). Técnicas Psicológicas Para Manejar El Estrés Académico En El Proceso De Aprendizaje Del Idioma Inglés. *European Scientific Journal*, 15(4), 1857-7881. <https://doi.org/10.19044/esj.2019.v15n4p421>
- Torres Lagunas, M. A., Vega Morales, E. G., Vinalay Carrillo, I., Arenas Montañó, G., & Rodríguez Alonzo, E. (2015). Validación psicométrica de escalas PSS-14, AFA-R, HDRS, CES-D, EV en puérperas mexicanas con y sin preeclampsia. *Enfermería universitaria*, 12(3), 122-133. <https://doi.org/10.1016/J.REU.2015.08.001>
- Treviño, J. R., & Ramírez, M. T. (2012a). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. *Alternativas en Psicología*, 16(26), 26-38. <https://acortar.link/LWT0Ya>

Treviño, J. R., & Ramírez, M. T. G. (2012b). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del estrés en alumnos mexicanos de bachillerato internacional. *Alternativas en Psicología*, 16(26), 26-38. <https://acortar.link/LWT0Ya>

UNIR. (2021). *Técnicas de reestructuración cognitiva: Reaprender a pensar*. <https://n9.cl/hx09p>

Viqueira-Gutiérrez, L., & López-Larrosa, S. (2017). Estrés y Satisfacción Familiar en estudiantes universitarios: ¿afecta el divorcio parental? || Family Stress and Satisfaction in college students: does parental divorce matter? *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, 4(1), 58-63. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.4.1.2026>