



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**INTERVENCIÓN BREVE VIRTUAL A UN GRUPO DE  
ADOLESCENTES CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**MARCO ANDRÉS CORREA CASTELAN**

**ÁREA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**JURADO DE EXAMEN**

**DIRECTORA: DRA. BLANCA ESTELA BARCELATA EGUIARTE**

**ASESORA: DRA. RAQUEL RODRÍGUEZ ALCÁNTARA**

**ASESORA: DRA. GABRIELA ORDAZ VILLEGAS**

**SINODAL: DRA. BERTHA RAMOS DEL RÍO**

**SINODAL: DR. OMAR ALEJANDRO VILLEDA VILLAFAÑA**



**CIUDAD DE MÉXICO**

**ABRIL 2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **AGRADECIMIENTOS**

Especial agradecimiento al Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT) IN308430 “Desarrollo de modelos psicológicos de evaluación-intervención para promover la adaptación positiva en adolescentes y familias vulnerables” por el apoyo económico otorgado para la realización de esta investigación.

A la Dra. Blanca Estela Barcelata Eguiarte, por su apoyo como directora de tesis, por el aprendizaje que obtuve tanto metodológico para el proyecto de investigación, como de trabajo en equipo al estar dentro del programa PAPIIT que coordina. Asimismo, por haberme dado la oportunidad de realizar el proyecto y por la supervisión general del proceso terapéutico.

A mis asesoras, la Dra. Raquel Rodríguez y la Dra. Gabriela Ordaz por su dedicación al revisar y retroalimentar este trabajo desde las primeras etapas de la elaboración, así como su atención y seguimiento a los trámites implicados en la titulación.

A mi sínodo, la Dra. Bertha del Río y al Dr. Omar Villeda, por su disposición a ser parte del sínodo, así como por revisar y retroalimentar mi trabajo desde su experiencia y conocimientos en el ámbito de la psicología clínica.

A la Mtra. Lilia Montalvo, por la supervisión durante las sesiones de terapia, por su retroalimentación después de cada sesión, apoyo con sugerencias y solución de dudas con base en su experiencia en el ámbito práctico.

## DEDICATORIAS

Quiero dedicar esta tesis a las personas más importantes en mi vida. Primero y, ante todo, a mi familia: mi mamá, mi papá, y mis hermanos Javier y Mauricio. Gracias por apoyarme en mis proyectos, que, aunque a veces no supieran exactamente lo que yo estaba haciendo, ustedes confiaban ciegamente en mí, y ponían de su parte para que yo pudiera lograr mis objetivos.

A mis amigas y amigos: gracias por llenar mi vida de risas, amor y mucha diversión. Ustedes me permitieron oxigenarme para seguir trabajando en mi tesis y todos mis proyectos, y han aportado momentos increíbles a mi vida.

A mis profesoras y profesores de la FES Zaragoza, por contagiarme su pasión por la carrera, su empatía, comprensión y mostrarme el pensamiento crítico. Por ser profesionistas ejemplares de la psicología, y por hacer que el ir a la escuela haya sido un hobby antes que obligación.

Finalmente, quiero agradecerme a mí mismo, por aprovechar los elementos de mi contexto, el apoyo de mi familia, mis amigas y amigos, y mis profesores. Esta tesis es un logro totalmente compartido.

## ÍNDICE

	Pág
Resumen	1
Abstrac	2
Introducción	3
<b>CAPÍTULO 1 Adolescencia y Salud Mental</b>	
1.1 Adolescencia	5
1.2 Salud Mental de los Adolescentes	7
1.3 Ansiedad	10
<b>CAPÍTULO 2 Intervenciones Psicológicas para Casos de Adolescentes con Ansiedad</b>	
2.1 Intervenciones de corte Cognitivo-Conductual	17
2.2 Intervenciones desde la Terapia Breve Centrada en Soluciones	18
2.3 Terapia Breve Centrada en Soluciones	20
2.3.1 Principios	20
2.3.2 Técnicas	24
<b>CAPÍTULO 3 Metodología</b>	
3.1 Planteamiento del problema	28
3.2 Pregunta de investigación	29
3.3 Objetivos	30
3.3.1 General	
3.3.2 Específicos	
3.4 Materiales y métodos	30
3.4.1 Diseño de estudio	30
3.4.2 Participantes	31
3.4.3 Variables	31
3.4.4 Instrumentos	32
3.4.5 Procedimiento	34
3.4.5.1 Conformación del grupo terapéutico	35
3.4.5.2 Evaluación inicial	37

3.4.5.3 Intervención	37
3.4.5.4 Evaluación final	40
3.4.5.5 Seguimiento post-intervención	40
3.4.5 Análisis de resultados	40
<b>CAPÍTULO 4 Resultados</b>	
4.1 Participantes	41
4.2 Niveles totales de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad grupal-individual	48
4.3 Niveles individuales de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad por factores	50
<b>CAPÍTULO 5 Discusión y Conclusiones</b>	54
Referencias	59
Anexos	
Anexo 1. Descripción de publicación y cartel	65
Anexo 2. Consentimiento informado	66
Anexo 3. Guía para Identificar Sintomatología Ansiosa Durante la Entrevista Clínica	67
Anexo 4. SCARED	70
Anexo 5. ASI-3	71
Anexo 6. Ejemplo formato de planeación de sesiones	72

## **RESUMEN**

Se presenta una intervención en modalidad virtual y grupal con cinco adolescentes de entre 17 y 18 años con síntomas de ansiedad. La intervención se realizó desde el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y contó con ocho sesiones semanales de aproximadamente hora y media, en las que se incluyeron técnicas como la pregunta del milagro, búsqueda de excepciones, preguntas de escala, elogios y redefiniciones. La evaluación de los cambios se realizó mediante el Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3) y la Escala de Ansiedad para Niños y Adolescentes (SCARED). Se contó con tres momentos de evaluación, el pre-test, pos-test y seguimiento tras un mes de la última sesión. Los resultados mostraron una disminución en los niveles de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad tras la intervención y también un mes después de esta, tanto a nivel grupal como individual, teniendo algunas consultantes con cambios más grandes que otras.

**Palabras clave: Terapia Breve Centrada en Soluciones, Ansiedad, Adolescentes, Intervención.**

## **ABSTRACT**

An intervention in virtual and group modality is presented with five adolescents between 17 and 18 years old with symptoms of anxiety. The intervention was carried out from the Solution-Focused Brief Therapy model and had eight weekly sessions of approximately an hour and a half, which included techniques such as the miracle question, exceptions, scaling questions, compliments, and reframing. The evaluation of the changes was carried out through the Anxiety Sensitivity Inventory (ASI-3) and the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED). There were three evaluation moments, the pre-test, post-test and follow-up one month after the last session. The results showed a decrease in the levels of anxiety and sensitivity to anxiety after the intervention, as also one month after this, both, at the group and individual level, with some clients having larger changes than others.

**Keywords: Solution-Focused Brief Therapy, Anxiety, Adolescents, Intervention.**



## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual la mayor parte de las características biológicas, cognitivas, psicológicas y sociales están cambiando, de una forma interrelacionada, de lo que se considera infantil a adulto (Barcelata, 2015). Demográficamente representan a una de cada 6 personas en promedio en el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2010), y son aquellos que tienen entre 10 y 19 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Como en todas las etapas de la vida, la adolescencia no está excepta de los problemas de salud mental, tan es así que uno de cada siete adolescentes en el mundo padece algún trastorno mental. El diagnóstico más común en el mundo para este grupo etario es algún trastorno de ansiedad (OMS, 2021). La situación es similar en México y en su capital, donde los trastornos de ansiedad encabezan consistentemente los primeros lugares de los problemas de salud mental (Benjet et al, 2009; Rodríguez, et al., 2009; Secretaría de Salud de la Ciudad de México, s.f.). Por si fuera poco, la ansiedad es una de las cinco condiciones que causan la mayor pérdida de años de vida ajustados por discapacidad a nivel global, particularmente para las adolescentes (OMS, 2017).

Para tratar la ansiedad en adolescentes, las terapias de corte cognitivo-conductual han sido ampliamente comprobadas. Sin embargo, otros tipos de aproximaciones, como son las sistémicas no han sido suficientemente documentadas, en particular en México y menos aún con un encuadre grupal y virtual. Es por lo anterior que el objetivo de esta investigación es explorar los resultados al aplicar una intervención de corte sistémica, particularmente desde el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones a adolescentes con sintomatología ansiosa en un encuadre grupal y virtual.

En el capítulo uno se define la adolescencia, desde la mirada del desarrollo positivo, así como se revisa la prevalencia de los problemas de salud mental en los adolescentes a nivel mundial, nacional y en la capital. Además, se retoma la literatura sobre la ansiedad y sus diferentes presentaciones.

El capítulo dos expone el uso de los servicios de atención psicológica por parte de los adolescentes, así como algunas investigaciones realizadas para tratar los casos de ansiedad en este

grupo etario, desde la Terapia Cognitivo-Conductual y la Terapia Breve Centrada en Soluciones. También describe los principios y técnicas que guían la práctica de la Terapia Breve Centrada en Soluciones.

El capítulo tres se describe la metodología de la presente investigación, exponiendo el planteamiento del problema, la pregunta de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos, el diseño del estudio, las características de la muestra, las variables trabajadas, los instrumentos utilizados y el procedimiento.

El capítulo cuatro presenta los resultados de la intervención. Primero se describen a los participantes del grupo de terapia, sus síntomas, motivo de consulta y descripciones del problema. Luego, se exponen los resultados de los instrumentos utilizados para medir la ansiedad en los diferentes tiempos de medición y se analizan en los niveles grupo terapéutico, individual e individual por los factores que componen a los instrumentos de medición.

El capítulo cinco discute los resultados de la investigación, notas sobre el proceso terapéutico, y se relacionan con la literatura. Se presentan algunas limitaciones del estudio y se concluye respondiendo a la pregunta de investigación.

# CAPÍTULO 1

## Adolescencia y Salud Mental

---

### 1.1 Adolescencia

La Organización Panamericana de la Salud (2010) define a la población adolescente como aquellas personas cuya etapa de vida se ubica entre la niñez y la adultez, y este periodo corresponde entre los 10 y 19 años. Bajo esta definición, la población adolescente representa a una de cada seis personas en promedio a nivel mundial (OMS, 2021). En México son el 17.26% de la población y en la Ciudad de México el 13.67% (Secretaría de Desarrollo Económico de la Ciudad de México, 2020).

Al profundizar en la conceptualización de la adolescencia, esta se puede entender como el periodo de la vida en el cual la mayor parte de las características biológicas, cognitivas, psicológicas y sociales están cambiando, de una forma interrelacionada, de lo que se considera infantil a adulto. Asimismo, durante esta etapa del ciclo vital se espera la adaptación debido a eventos normativos (cambios puberales, por ejemplo) que pueden ser o no generadores de estrés (Barcelata, 2015).

La manera en que los jóvenes reaccionen ante las múltiples situaciones dependerá en parte de la percepción subjetiva de cada evento como estresante. La forma particular de respuesta ante los sucesos experimentados como estresantes puede tener repercusiones tanto positivas como negativas (Luna, 2015 en Barcelata, 2015 p. 63).

Vale la pena enfatizar que la concepción de esta etapa no es necesariamente negativa, sino por el contrario a otras definiciones que hacen referencia a un periodo naturalmente tormentoso o de perturbación, esta etapa se puede comprender desde una perspectiva positiva, llena de potencial y recursos por ser desarrollados, más que problemas por ser resueltos (Lerner, 2005). Es así como surgen modelos de la adolescencia que retoman aspectos de la psicología positiva y que se avocan activamente en promover las competencias, *modelo de competencias*, más que combatir las

características negativas, *modelo de déficit* (Beltramo, 2018). En la Tabla 1 se contrastan ambos modelos.

**Tabla 1**

*Comparación Modelos de Déficit y Competencias*

	Modelo de déficit	Modelo de la competencia
Meta última	Ausencia de problemas	Éxito en todos los ámbitos
Objetivo de intervención	Prevenir, solucionar	Promover y prevenir
Enfoque	Médico tradicional	Sistémico evolutivo
Atención	Factores de riesgo	Activos para el desarrollo
Objeto de estudio	Deficiencia, trastorno	Competencias
Intervención	Problemas o disfunciones	Salud y florecimiento
Aplicación	Evitar conductas de riesgo	Realizar actividades positivas
Consecuencias	Favorece el prejuicio y visión negativa	Fomenta la visión positiva de los jóvenes
Vocabulario	Patología, desorden, trastorno, carencias, problemas, tratamiento	Oportunidades, metas, habilidades, recursos, potencialidades, expectativas, bienestar, florecimiento

*Fuente: Balaguer, 2016 citado en Beltramo, 2018.*

Uno de los modelos de la adolescencia desde la competencia más estructurados es el del Desarrollo Positivo de la Adolescencia (PYD, por sus siglas en inglés, Positive Youth Development) de Lerner (2005). El modelo se cataloga como sistémico, pues considera las interacciones entre la persona, su familia, su comunidad y su cultura. Además, enuncia que el desarrollo humano no está predeterminado (no reduce a influencias genéticas), sino que se centra en la potencialidad del cambio, y en consecuencia con lo anterior, promueve una actitud optimista para intervenir no solo en la prevención de conductas problemáticas, sino también en la promoción de conductas positivas (Oliva, 2010).

Es pertinente aclarar que, de acuerdo con Beltramo (2018), si bien el modelo de Lerner (2005) es el más estructurado, otros autores han aportado teorías que también se pueden clasificar bajo la misma perspectiva del desarrollo positivo de la adolescencia. Las características comunes de los diferentes teóricos son las siguientes:

- Se centra en recursos, habilidades y competencias para alcanzar los resultados deseados (activos de desarrollo).
- Busca proporcionar experiencias, apoyos y oportunidades.
- Da importancia a los contextos ecológicos y sistémicos, buscando que los jóvenes se impliquen en sus comunidades como un potencial de cambio y enriquecimiento (ajuste al medio).
- Propicia una implicación a largo plazo, dando énfasis al aspecto evolutivo.
- Estimula la unión de estrategias, ideas, prácticas en distintas líneas (prevención de la salud y salud pública, psicología del desarrollo, organización comunitaria, etc.)
- Utiliza elementos relacionados con la plasticidad cerebral (Beltramo, 2018, p. 141).

En suma, durante la adolescencia se atraviesa un proceso de adaptación debido tanto a eventos no normativos como normativos, que no necesariamente son una fuente de estrés, sino que existen más factores, algunos de ellos, positivos como la resiliencia. Asimismo, la investigación y la intervención se pueden realizar desde una perspectiva que fomente las competencias y el desarrollo positivo de la adolescencia.

## **1.2 Salud Mental de los Adolescentes**

Por supuesto que no se puede negar la existencia de dificultades durante la adolescencia. De hecho, de acuerdo con datos de la OMS (2021), a nivel mundial uno de cada siete adolescentes padece algún trastorno mental. La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad entre este grupo etario, y el diagnóstico más frecuente entre los adolescentes es algún trastorno de ansiedad (3.6% para adolescentes de entre 10 y 14 años y 4,6% para los adolescentes de entre 15 y 19 años).

En cuanto a la prevalencia de las enfermedades mentales de los adolescentes en México, se puede retomar un estudio con población infantil y adolescente de la Ciudad de México (Caraveo, 2007), en el cual se encontró que 15.9% de niñas y adolescentes de entre 9 y 12 años y 23.1% de aquellas entre 13 y 16 años sufren de al menos un trastorno mental; para los niños y adolescentes de 9 a 12 años la estadística fue del 21.9% y para los de 13 a 16 años fue de 19.3%. De manera similar, en otro estudio con una muestra representativa de adolescentes de entre 12 y 17 años residentes de la Ciudad de México y área metropolitana se encontró que el 53% de los adolescentes cumplieron criterios para haber tenido algún trastorno mental alguna vez en la vida (Benjet et al., 2009) y el 39.4% reportó haber tenido algún trastorno en los últimos 12 meses (De la Barra, 2009).

En cuanto a los tipos de trastornos que afectan a los adolescentes entre 12 y 17 años, primero, si los trastornos se agrupan y analizan por categorías, se hace evidente que los Trastornos de Ansiedad son el diagnóstico más común para este grupo de edad, pues el 40.6% de los adolescentes reportaron haber atravesado por uno alguna vez en su vida. Luego, en orden de prevalencia decreciente siguen los Trastornos de impulsividad (20%), Trastornos afectivos (10.7%) y trastornos por uso de sustancias (4.8%). Particularmente, el diagnóstico más común fueron las fobias específicas (el 27.9% de los adolescentes reportaron haber sufrido al menos una vez en la vida) y fobia social (14.3%), seguidos por el Trastorno explosivo intermitente (10.9%). También es relevante mencionar que la depresión, que suele ser una de las enfermedades más discapacitantes, se presentó alguna vez en la vida de 8.6% de los adolescentes, registrada como depresión mayor (7.8%) y trastorno depresivo persistente (0.8%) (Benjet et al., 2009).

A cerca de los contrastes en la prevalencia de trastornos mentales por sexo, se puede comentar que en general las mujeres tienen mayor prevalencia (43.2% frente a 35.7%), y, por si fuera poco, para los y las adolescentes que presentan algún trastorno, las mujeres también presentan una mayor proporción de los casos graves (25.5% frente a 18.9%, contabilizando cualquier trastorno). Por otro lado, es conveniente señalar que los tipos de trastornos más prevalentes para los y las adolescentes son fobia específica (15.6% de hombres y 26.1% de mujeres) y fobia social (10.0% de hombres y 12.4%

de mujeres); las diferencias comienzan a partir del tercer lugar, pues, para las mujeres en orden de prevalencia siguen la depresión mayor (7.6%), trastorno negativista desafiante (6.9%), agorafobia sin pánico (4.7%) y trastorno de ansiedad por separación (3.6%). Para los hombres, por otro lado, en orden descendente, los trastornos más frecuentes a partir del tercer lugar son: trastorno negativista desafiante (3.7%), abuso de alcohol (3.4%) y el trastorno disocial (3.3%) (Benjet et al., 2009).

En el estudio de Benjet et al. (2009), se clasificaron la severidad de los trastornos que los adolescentes de entre 12 y 17 años habían tenido en los últimos 12 meses. La clasificación fue de leve (con una proporción aproximada de  $\frac{1}{4}$ ), moderado (proporción  $\frac{1}{2}$ ), y grave (proporción  $\frac{1}{5}$ ). De manera similar, otro indicador de la gravedad de los trastornos mentales es la cantidad de días en los cuales se es incapaz de realizar las actividades cotidianas a causa del trastorno. La distimia fue el trastorno más discapacitante para los adolescentes (entre 25 y 30 días en un año), seguido del estrés postraumático (un poco más de 25 días), trastorno bipolar I (entre 15 y 20 días), depresión mayor (casi 15 días), y el trastorno de pánico.

Por otra parte, es pertinente señalar que algunos trastornos iniciados en la infancia pueden persistir hasta la edad adulta si es que no se tratan (Caraveo, 2007). En este sentido, son los trastornos de ansiedad los que tienen las edades de inicio más tempranas (tienden a concentrarse antes de los 15 años), y el segundo y tercer lugar difieren entre un estudio y otro. Por un lado, Medina-Mora et al. (2003) encontraron que los siguientes trastornos en aparecer en la vida son los trastornos afectivos y por los trastornos por uso de sustancias, y por otro, Benjet et al. (2009) hallaron a los trastornos de impulsividad y trastornos de ánimo como segundo y tercer lugar, respectivamente.

Por último, es conveniente concluir las ideas presentadas hasta aquí. Primero, los adolescentes, así como cualquier otro grupo etario, no están exceptos de presentar problemas de salud mental. Estas dificultades varían en severidad, y pueden llegar a impedir que los adolescentes sean capaces de realizar sus actividades diarias. Sin mencionar, que, por la naturaleza de los trastornos, las áreas social,

familiar y escolar pueden verse comprometidas. Por otro lado, está claro que, tanto a nivel global como nacional, los Trastornos más comunes para este grupo de edad son los de Ansiedad.

### **1.3 Ansiedad**

La ansiedad es una reacción emocional transitoria cuya función es advertir y activar al organismo ante situaciones amenazantes, inciertas y peligrosas. Fenomenológicamente se experimenta de manera consciente como un estado desagradable de tensión, nerviosismo o aprensión (Lazarus y Averill, 1972; Spielberger, 1972). Así mismo, engloba manifestaciones conductuales (evitación de situaciones inductoras de ansiedad), fisiológicas (aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo), y cognitivas (pensamientos de preocupación) (American Psychological Association, s.f.; Beck, 1972). Algunos síntomas somáticos de la ansiedad incluyen respiración entrecortada, elevación de la presión arterial, tensión muscular, sequedad de boca e indigestión (Sierra, et al., 2003).

Vale la pena resaltar que la ansiedad es una emoción que todas las personas han sentido, ya lo decía Freud (1969, en Spielberger, 1972), pues es normal que se presente en situaciones cotidianas. Por ejemplo, ante un examen, yendo camino a una cita esperada, o estando a la espera de un “sí” o “no” importante. De hecho, se considera algo tan normal como la sed o el hambre, siempre y cuando, esta sea moderada y tenga una relación con el estímulo que la provoca (De la Mora, 2003). No obstante, si bien la ansiedad es una respuesta adaptativa y necesaria para el funcionamiento adecuado, se vuelve problemática para la persona cuando le causa malestar e interfiere con su vida. Lo anterior puede suceder cuando aparece ante situaciones que no son realmente amenazantes (una desproporción entre la respuesta y la situación), cuando se manifiesta de manera continua en el tiempo, o cuando se presenta de forma muy intensa (Espinosa-Fernández, et al., 2018). En este sentido, cuando la ansiedad es problemática puede dar lugar a diferentes trastornos<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), un trastorno es “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, regulación emocional o del comportamiento (p. 5)”.



Los trastornos de ansiedad (TA) son una categoría que agrupa diferentes trastornos que se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen a expresar las características del trastorno y por los pensamientos asociados, pero que tienen en común que la ansiedad es el síntoma principal. En la Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2010) se define trastorno de ansiedad como:

una enfermedad que tiene como síntoma central una ansiedad intensa, desproporcionada, persistente y que afecta en varias áreas la vida cotidiana de quien la padece, a tal grado que le dificulta o le incapacita para estudiar, trabajar, convivir con su familia o con sus amigos (p. 11).

En concordancia con la definición anterior, la OMS (2019) en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.<sup>a</sup> edición (CIE-11) caracteriza a los TA por ansiedad excesiva “con síntomas que son lo suficientemente graves como para provocar un malestar o deterioro significativos en el funcionamiento personal, familiar, social, educativo u otras áreas importantes (párrafo 1)”. Además, conforme a este sistema de clasificación, los Trastornos de Ansiedad o Relacionados con el Miedo son: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, agorafobia, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastornos de ansiedad inducidos por sustancias, hipocondrías, otros trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo especificados y trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo sin especificación.

Por su parte, de acuerdo con la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (2013) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-V), los TA son: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, fobia social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, otro trastorno de ansiedad especificado, y trastorno de ansiedad no especificado. Ahora, con el fin de establecer un panorama sobre el espectro de problemáticas asociadas a la ansiedad, se

describen de manera breve algunos de los trastornos de ansiedad con base en el DSM-V (APA, 2013) y CIE-11 (OMS, 2019).

### *Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG)*

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se describe como preocupación excesiva por diferentes sucesos o actividades cotidianas. Algunas características de las preocupaciones excesivas de la ansiedad y que pueden servir para diferenciar de las preocupaciones comunes son:

- a) La preocupación debe ser constante en la vida del adolescente.
- b) Le resulta difícil controlar ese estado constante de preocupación.
- c) Las preocupaciones excesivas le impiden realizar las actividades de su vida diaria.
- d) Las preocupaciones son claramente desproporcionadas con el nivel de amenaza real de la situación temida.

Además, cumple si mínimo tres de los siguientes síntomas han persistido durante más de 6 meses:

- Inquietud o impaciencia.
- Fatiga fácil.
- Dificultad para concentrarse.
- Irritabilidad.
- Tensión muscular.
- Alteración del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación de despertarse de un sueño no reparador).

Por último, puede presentar alguno(s) de los siguientes síntomas somáticos: sudoración de manos, temblor, tensión muscular, irritabilidad, alteraciones de sueño, dolor de cabeza y sensación de inquietud.

### *Trastorno de Ansiedad por Separación (TAS)*

El Trastorno de Ansiedad por Separación se describe como miedo o ansiedad excesiva e inapropiada, considerando el nivel de desarrollo del individuo, cuando no está con las principales personas por las que siente apego (generalmente sus padres o cuidadores). Estos adolescentes buscan estar siempre cerca de sus padres o cuidadores por miedo a la separación, pues temen que ocurra algo catastrófico como la muerte o un secuestro. Este trastorno se pone en manifiesto en al menos tres de las siguientes circunstancias:

- Malestar excesivo y recurrente cuando se separa del hogar o sus cuidadores, o cuando se anticipa dicha separación.
- Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de sus principales figuras vinculadas.
- Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso dé lugar a la separación de una figura vinculada importante.
- Resistencia o negativa persistente a:
  - ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.
  - estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas.
  - dormir sin tener cerca de una figura vinculada importante o a dormir fuera de casa.
- Pesadillas repetidas con temática de separación.
- Quejas repetidas de síntomas físicos (como dolores de cabeza abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o cuando se anticipa la separación de figuras importantes.

Cuando se presenta el TAS, el miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, dura por lo menos cuatro semanas en niños y adolescentes, y la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, académico, u otras áreas importantes del funcionamiento.

Por otra parte, es conveniente agregar que el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente (2010) a través de la Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes,

sugiere que cuando el clínico está frente a un niño o adolescente del que se sospecha que pueda estar presentando TAS:

Es muy importante comentar los síntomas para que los identifique como parte de algo anormal. Podemos dirigir la conversación con las siguientes preguntas: ¿Has notado que eres de las personas que se preocupan demasiado por que algo les pueda pasar a tus seres queridos, como tus padres o hermanos? ¿Crees que estas preocupaciones no te permiten estar tranquilo y aumentan cuando vas a quedarte solo en casa o debes salir sin ellos? ¿Crees que es muy difícil para ti quedarte solo en casa, a pesar de que ya no eres un niño? ¿Te parece justificado estar así de preocupado? ¿Crees que cualquier chico de tu edad estaría igual de preocupado sobre eso como tú lo estás? ¿Qué piensas sobre eso que te pasa? (p.18).

### *Fobias*

Una fobia es un miedo irracional y desproporcionado hacia un objeto, persona o situación. Dicho temor altera la capacidad de la persona para funcionar normalmente, y generalmente para el caso de los adolescentes, reconocen que el miedo es excesivo e incontrolable. Además, el DSM-V (2013) subdivide a las fobias en dos tipos principales: fobia específica y fobia social (también conocida como Trastorno de Ansiedad Social).

### *Fobia Específica*

Una fobia específica es un temor irracional, excesivo y persistente, que se desencadena por la presencia o anticipación de la posibilidad de exponerse a un objeto o situación específica. Por ejemplo, estar en un elevador, ratones, oscuridad, personas disfrazadas. Así mismo, la exposición al estímulo provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad. Vale la pena agregar que la edad media de inicio de este trastorno es a los 9.72 años (Medina-Mora et al., 2003).

### *Trastorno de Ansiedad Social (Fobia Social)*

El Trastorno de Ansiedad Social se describe como miedo o ansiedad intensa provocada por situaciones sociales, que, ultimadamente exponen al individuo a la posibilidad de ser valorado negativamente por otras personas, es decir, que lo humillen o avergüencen o que ofenda a otros. Algunos ejemplos son “las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013, p. 132)”. Así como el ir a la escuela o salir a fiestas. De hecho, las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad, y dichas situaciones se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa. Finalmente, el miedo, la ansiedad o la evitación es persistente y dura típicamente seis o más meses. Vale la pena agregar que la edad media de inicio de este trastorno es a los 13.98 años (Medina-Mora et al., 2003).

Por cuestiones pragmáticas, vale la pena resumir las características de una persona con problemas de ansiedad. En este sentido, se puede decir que: su estado ansioso se presenta como una respuesta ante una amenaza real o imaginaria, con la particularidad de que el nivel de peligro percibido tiende a ser exagerado comparado con el real. Su estado ansioso, entonces, es muy intenso, muy difícil de controlar y se puede presentar de manera continuada en el tiempo. Así mismo, presenta respuestas fisiológicas, conductuales y cognitivas, y los estímulos (situaciones, objetos o personas) que desencadenan la respuesta ansiosa desproporcionada pueden variar, desde una preocupación excesiva al “¿qué dirán los demás de mí?” hasta un temor intenso a salir a la calle. La ansiedad puede acarrear problemas en el trabajo, estudios u otras áreas importantes en la vida de la persona, incluso, puede llegar a ser discapacitante. En definitiva, los estados ansiosos de tensión, aprensión y malestar de la persona con problemas de ansiedad no le permiten gozar de un estado de bienestar, y por ende se considera un problema de salud mental, de hecho, uno de los principales a nivel mundial.

## CAPÍTULO 2

### Intervenciones Psicológicas para Casos de Adolescentes con Ansiedad

---

Antes de continuar con las intervenciones psicológicas con adolescentes, vale la pena revisar el panorama sobre la prevalencia del uso de los servicios de atención debido a problemas de salud mental. En este sentido, un estudio con datos del 2005 de adolescentes de entre 12 y 17 años residentes de la Ciudad de México y área metropolitana (Borges, 2008) encontró que, en total, 9.1% de los adolescentes usaron cualquier servicio para tratar problemas emocionales, con una mayor prevalencia en aquellos con trastornos mentales (13.7%), comparado con los que no presentaron trastornos (6.1%). Aquellos con trastornos de uso de sustancias reportaron el mayor uso de los servicios (22.2%), a diferencia de quienes tenían trastornos de ansiedad, que contó con el menor uso (13.3%). Vale la pena agregar que el uso de algún servicio de atención no significa que sea el adecuado.

En este sentido, se considera que el tratamiento fue mínimamente adecuado para 58.4% de aquellos adolescentes que recibieron cualquier tipo de atención, de los cuales, los trastornos de ansiedad mostraron ser atendidos por los servicios menos adecuados, por el contrario, los trastornos por uso de sustancias fueron los más adecuados. Así mismo, en términos de frecuencia de atención a los diferentes servicios, los adolescentes con cualquier problema de salud mental que utilizaron algún tipo de servicio de salud (13.7%), se atendieron principalmente en el sector de atención de la salud (9.5%), y la mayoría de los servicios fueron dados por especialistas de la salud mental, con una participación mínima del sector médico. Por otra parte, en el sector de atención de la salud, la media de visitas para aquellos con un trastorno psiquiátrico fue de 7.8 y de 6.2 para quienes no presentaron un trastorno; para el sector no sanitario fue de 19.1 y 16.5 visitas respectivamente, y para servicios escolares fue de 14.9 y 16.9 visitas respectivamente.

En cuanto a las intervenciones psicológicas con adolescentes, existen múltiples tratamientos desde diferentes enfoques para tratar la ansiedad. Particularmente, dentro de la literatura contemporánea se menciona con mayor frecuencia el uso de Terapia Cognitivo Conductual.

## **2.1 Intervenciones desde la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)**

La Terapia Cognitiva-Conductual “es un modelo de tratamiento de diversos trastornos mentales, que trabaja ayudando al paciente a que cambie sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas para combatir sus problemas” (Puerta y Padilla, 2011, p. 252). Ha sido demostrada su eficacia y cuenta con amplio respaldo en la investigación. Incluso, Ruíz, et al. (2012) la definen como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que se fundamenta en principios y procedimientos validados empíricamente.

Hablando específicamente de la ansiedad en los adolescentes, diversas investigaciones avalan esta forma de intervenir. Por ejemplo, en un estudio de caso (Basile, et al., 2015) se reportó una mejora en el tratamiento de un caso de trastorno de ansiedad generalizada con un adolescente de 16 años, en donde se llevó de una puntuación percentil de 99 a 30 en un inventario de ansiedad. Los resultados se obtuvieron tras 16 meses de tratamiento basado en técnicas y estrategias cognitivo-conductuales (51 sesiones semanales de aproximadamente 60 minutos).

Otro ejemplo fue un estudio de caso único (Cepeda, 2021) donde se creó un protocolo virtual de entrenamiento en habilidades de regulación emocional con adolescentes basado en la Terapia Dialéctico Conductual. Una de las variables que se midió fue la ansiedad, de la cual se comprobó una mejoría en dos de las tres participantes. Estos resultados se obtuvieron tras cinco sesiones virtuales (cuatro de 120 min y una de 90 min).

En otro estudio de caso (Padilla, 2014) se reportó una intervención de corte cognitivo-conductual con un adolescente de 12 años con trastorno de ansiedad generalizada. La intervención contó con 16 sesiones de una hora, y la evaluación se realizó mediante la Entrevista Semiestructurada de los Trastornos de Ansiedad (ADISC-IV) y la Escala de Depresión y Ansiedad para Niños Revisada

(RCADS). Tras la intervención, la puntuación de TAG se aproximó a la media normativa, mientras que antes de la misma su nivel de TAG estaba muy por encima de la media.

Vale la pena comentar que los resultados mencionados anteriormente no son atípicos, sino que como lo muestran diferentes metaanálisis (García-Escalera, et al., 2016; Orgilés, et al., 2003; Santacruz, et al., 2002), la TCC es efectiva para el tratamiento de los trastornos de ansiedad en adolescentes.

## **2.2 Intervenciones desde la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS)**

Por otra parte, de acuerdo con Lerner (2005), y otros autores (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990; de Shazer, 1988; Berg, y de Shazer, 1993; Lipchik, 2004), la manera más efectiva de prevenir e intervenir en comportamientos problemáticos es centrándose en las fortalezas y recursos de los adolescentes, y más que abocarse en reducir o prevenir los problemas, lo que no se quiere, se debe aproximar fomentando cambios positivos, basados en lo que sí se quiere. En concordancia con esta línea de pensamiento, se encuentra la Terapia Breve Centrada en Soluciones. A continuación, se mencionan algunas investigaciones desde este modelo de intervención.

Un metaanálisis (Hsu et al., 2021) que incluyó estudios desde 1990 hasta el 2019 concluyó que la evidencia apoya la efectividad general de la TBCS para tratar problemas de comportamiento (contabilizando problemas de comportamiento internos y externos) en niños y adolescentes. Particularmente encontró un tamaño de efecto pequeño a mediano en favor a intervenciones desde esta intervención, comparado con condiciones controladas. También se han realizado investigaciones donde se comparan los resultados de intervenir desde este modelo con otros modelos de intervención.

Un estudio del 2018 (Monga, 2018) tuvo como objetivo comparar a la TCC y la TBCS en cuanto a su efectividad para tratar los trastornos de ansiedad en la infancia. Si bien no fue un estudio completamente con adolescentes, sí contempló aquellos del rango de los 10 a los 12 años, pues en el estudio hubo 136 participantes de entre 5 y 12 años. Los participantes fueron asignados aleatoriamente a los tratamientos TCC (n=68) y TBSC (n=68). Se midieron los efectos de la intervención mediante la



Escala Impresión Clínica Global de Mejoría (CGI-I), y se contaron con tres momentos de medición, inicial, pos-tratamiento y de seguimiento a los 6 meses. Los resultados mostraron que ambos tratamientos fueron igualmente eficaces, sin diferencias significativas entre los grupos a lo largo de los tiempos de medición. Particularmente, para la intervención desde la TCC, el 59% de los casos obtuvieron la calificación de “mucho or very much improvement” en el post-test y 66% en el seguimiento, mientras que desde la TBCS fue del 69 y 72% respectivamente.

Por su parte, un estudio (English, et al., 2019) implementó un protocolo piloto de intervención, en el cual uno de los módulos tenía 3 diferentes trayectorias. Es decir, los adolescentes podrían continuar con el programa desde tres enfoques de acuerdo con sus necesidades y preferencias: Terapia Cognitivo Conductual, Terapia Breve Centrada en Soluciones, y Terapia Basada en la Mentalización (TBM). Si bien la variable de este estudio son las autolesiones y no la ansiedad, vale la pena destacar que los resultados fueron favorables contabilizando los tres tipos de terapia, y que no se tuvo la información suficiente para buscar la efectividad solamente de la rama de TBCS ni de TBM, por lo que vale la pena investigar más al respecto. Además, en este programa, para la rama TBCS se planearon sólo entre 4 y 6 sesiones, mientras que para la TCC y TBM fueron de 8 a 16 y de 16 a 24 sesiones respectivamente, por lo que un enfoque TBCS reafirma su naturaleza breve.

Por otro lado, es pertinente mencionar que en China se realizó un protocolo de investigación (Chen, 2020) donde se propone intervención online bajo el modelo centrado en soluciones para adolescentes (de entre 11 y 18 años) que manifiesten síntomas de ansiedad o trastorno de ansiedad generalizada. El autor propone un diseño de tipo ensayo controlado aleatorizado, y para lograr un tamaño de efecto de moderado a grande se necesitan 68 casos (distribuidos 1:1). Además, esperan una tasa de abandono del 10%, por lo que proponen conseguir 76 participantes.

## 2.3 Terapia Breve Centrada en Soluciones

La Terapia Breve Centrada en Soluciones, también llamada Terapia Centrada en Soluciones, fue desarrollada por Steve de Shazer e Insoo Kim Berg y sus colaboradores a finales de la década de los setenta en el Milwaukee Brief Family Therapy Center (Institute for Solution-Focused Therapy, s.f.). Es de corte sistémico, y dentro de sus fundamentos destaca que da por hecho que cada individuo ya posee los recursos para modificar su situación, y además que ya está realizando acciones para lograr el cambio deseado. Como su nombre sugiere, la forma de pensar no es atacando el problema, sino buscando soluciones y pensando luego cómo llegar a ellas.

### 2.3.1 Principios

O'Hanlon y Weiner-Davis (1993) condensaron las premisas comunes en los terapeutas centrados en soluciones. A continuación, se describen dichos principios.

**Las ideas influyen sobre lo que consigues:** los prejuicios derivados de las expectativas del terapeuta, tanto positivas como negativas, influyen en el curso y el resultado de la terapia. En palabras de O'Hanlon y Weiner-Davis (1993):

los terapeutas centrados en las soluciones mantienen aquellas presuposiciones que aumentan la cooperación cliente-terapeuta, fortalecen a los clientes y hacen más eficaz y agradable nuestro trabajo. Mantenemos premisas que se centran en los recursos y las posibilidades; por fortuna, estas asunciones también ayudan a crear profecías autocumplidoras (p. 45).

Sobre esta idea, vale la pena resaltar que su alineación con una mirada positiva de los adolescentes es evidente. Es más agradable trabajar con adolescentes positivos, con fortalezas y recursos más que con déficits, alteraciones, rebeldía y caos. Sin mencionar, que así mismo se aumenta la cooperación del cliente con el terapeuta.

**Los clientes tienen recursos y fuerzas para resolver sus quejas:** A menudo los clientes pierden de vista sus recursos de resolución de problemas, pues, pueden estar abrumados por las dificultades de la vida. Sin embargo, todas las personas poseen ya los recursos y habilidades para resolver sus quejas. Entonces, la tarea del terapeuta es acceder a las capacidades del cliente y lograr que ese potencial sea utilizado; a veces sólo es necesario que los clientes recuerden las herramientas con las que ya disponen, y otras, pueden encaminar o aumentar aptitudes que ya tienen, con el fin de desarrollar soluciones satisfactorias y duraderas.

**El cambio es constante:** El terapeuta se comporta tan congruente con la creencia de que el cambio es constante e inevitable, que el cliente recibe la impresión de que sería sorprendente que la queja persistiera. De hecho, “las situaciones de las personas siempre están siempre cambiando. Cuando (los clientes) informan que nada ha cambiado, es su forma de ver la situación lo que ha quedado igual (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 43)”. Entonces, el terapeuta conduce la sesión cambiando el tema de conversación, de cómo las cosas han seguido igual a cómo las cosas han cambiado.

**La tarea del terapeuta es identificar y ampliar el cambio:** ya que el terapeuta tiene gran influencia sobre la creación de la realidad (mediante las preguntas y la elección de los temas en los que se centra y en los que ignora), éste, a lo largo y ancho de toda la información que presenta el cliente, decide concentrarse en lo que está funcionando, y por muy pequeño que sea, procede a calificarlo como valioso y trabaja para ampliarlo.

**Habitualmente no es necesario saber mucho sobre la queja para resolverla:**

Normalmente, los terapeutas orientados hacia las soluciones no encuentran útil reunir una amplia información histórica acerca del problema presentado. A veces sólo es necesario un mínimo de información para resolver la queja. Nos hemos encontrado con que a menudo los terapeutas quedan atascados por tener demasiada información, más que por tener demasiado poca, o demasiada información acerca del problema, y demasiado poca acerca de la solución (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 49).

En definitiva, más que información detallada sobre la queja, lo que es de importancia es lo que los clientes hacen que les da buenos resultados. Es por esta razón que la estrategia es que el cliente identifique lo que haya sido diferente y que repita una y otra vez lo que sí funciona, hasta saturar y no dejar espacio al problema. En este sentido, el objetivo último de esta estrategia es conseguir que los clientes perciban y actúen sobre los recursos y soluciones fuera de la sesión.

**No es necesario conocer la causa o la función de una queja para resolverla:** Conocer la causa de una problemática no necesariamente se relaciona con su solución. No obstante, muchos clientes piensan que tienen que entender el problema antes de resolverlo, y, en consecuencia, creen que el objetivo de la terapia es entender las causas. Cuando se presenta la anterior situación, es conveniente preguntar “¿sería suficiente que el problema desapareciera y nunca entendieras por qué lo tuviste?”, y la mayoría de los clientes estarán de acuerdo.

**Sólo es necesario un cambio pequeño; un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema:** Los pensamientos y acciones tienden a escalar. Ya sea en dirección negativa, creando círculos viciosos, o en dirección positiva, desembocando en espirales benevolentes. Entonces, sólo es necesario un cambio pequeño, una vez que una persona logra un cambio, se siente optimista y un poco más confiada para perseguir nuevos cambios. Erikson explicaba este principio con la metáfora del efecto bola de nieve.

Lo anterior no debe ser sorpresa. Una situación muy típica que ejemplifica la naturaleza del cambio es el de una persona deprimida, que no toma acción a pesar de que sabe que salir y hacer algo diferente alivianará su malestar; está muy deprimida para hacerlo. A su vez, reconoce que es incapaz de actuar debido a su depresión, y esto la deprime más, lo cual le lleva a tener menos ganas de salir.

Por otra parte, otra característica de la naturaleza del cambio es que es contagioso. Un cambio en una parte del sistema produce cambio en otra parte del sistema. En concordancia con lo anterior:

un cambio en una parte de la familia lleva a cambios en otras partes de la familia. De igual forma, un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 53).

**Los clientes definen los objetivos:** No existe una única manera correcta de vivir la vida. Lo que es inaceptable para unas familias, para otras puede ser deseable, y los terapeutas no están mejor preparados que los clientes para decidir por ellos cómo deberían vivir sus vidas. Así mismo, no se cree que exista un “problema real” subyacente a la queja. Es por las razones anteriores que, son los clientes quienes definen los objetivos a conseguir en la terapia, no los terapeutas.

No obstante, en situaciones muy específicas, y poco frecuentes, los terapeutas centrados en soluciones hacen sugerencias alternativas a los objetivos de los clientes. Por ejemplo, cuando se establecen objetivos ilegales o cuando las metas no son realistas. En el apartado de técnicas se profundizará en las características del establecimiento de metas.

**El cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos:** La terapia desde este enfoque es capaz y bastante eficaz para fomentar cambios significativos y duraderos desde la primera sesión. De tal forma que es común escuchar estos cambios en la vida de los clientes en la segunda sesión. Lo anterior es resultado de la interacción durante la primera sesión, donde los clientes “obtendrán una visión nueva, más productiva y optimista, de su situación. [...] Si tras la primera sesión aún piensan que su situación necesita mejorar, esperamos que vayan a casa y hagan lo que sea necesario para hacer sus vidas más satisfactorias (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 56)”. Así mismo, debido a que el cambio o la resolución de problemas pueden ser rápidos, la duración del tratamiento, si bien varía, generalmente es inferior a las diez sesiones.

**No hay una única forma “correcta” de ver las cosas; puntos de vista diferentes pueden ser igual de válidos y ajustarse igual de bien a los hechos:** No se considera que existan puntos de vista correctos o incorrectos. Sin embargo, sí existen puntos de vista más o menos útiles para la solución de los problemas. En este sentido, las explicaciones y significados más útiles son aquellos que dan cabida

al cambio y ofrecen salida a los problemas que crearon los consultantes, y los menos útiles son aquellos que los mantienen bloqueados o estancados. Siguiendo esta línea de pensamiento, Watzlawick, Weakland y Fisch expresaron que:

los significados que las personas atribuyen a la conducta limitan el abanico de alternativas que emplearán para enfrentarse a una situación. Si los métodos empleados no producen un resultado satisfactorio, por lo general no se pone en duda la premisa original acerca del significado de la conducta. Si se hiciera se podrían considerar nuevos significados, que a su vez podrían llevar a un enfoque diferente y tal vez más efectivo. En vez de ello, las personas suelen redoblar sus esfuerzos ineficaces para resolver el problema, pensando que haciéndolo más, con más empeño, o mejor (por ejemplo, más castigos, más conversaciones sinceras, etc.) terminarán por resolverlo (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1993, p. 59).

Este principio, por cierto, tiene una estrecha relación con la técnica de redefinición, que se explicará a detalle más adelante.

**Céntrate en lo que es posible y puede cambiarse, y no en lo que es imposible e intratable:** Se dejan a un lado los aspectos que no son (o muy difícilmente son) cambiables (la personalidad, por ejemplo). Por el contrario, toda la atención se dirige hacia las características o aspectos del cliente susceptibles al cambio.

### **2.3.2 Técnicas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones**

A continuación, se describen algunas de las técnicas de este enfoque que movilizan estratégicamente a los adolescentes hacia el cambio deseado. Nótese que tanto los principios de este modelo, como sus técnicas son congruentes con una concepción positiva de los adolescentes, con potenciales y recursos.

### *a) Pregunta del milagro*

Consiste en pedir a los clientes que imaginen un futuro sin el problema y describan cómo es. Por ejemplo, “Supón que sucede un milagro mientras duermes, y al despertar, los problemas que te han traído aquí están resueltos. ¿Qué cosas vas a notar que te hagan darte cuenta de que ha sucedido este milagro?” (de Shazer, 1999). Es una estrategia eficaz para ayudar a las personas a concentrarse en una solución potencial, y no en los problemas. Además, cuando las personas describen su milagro, el terapeuta puede preguntar, “¿Hay algo de esto que ya esté ocurriendo?”, seguido de “¿Qué tienes que hacer para que ocurra más a menudo? Incentivando así, a pensar en los recursos de resolución de problemas con los que ya cuenta el cliente y a concentrarse en hacer más de lo que sí funciona, en lugar de lo que hace falta. Así mismo, agregan O’Halonn y Weinner-Davis (1989) que “parece que el mero hecho de construir una visión de la solución actúa como catalizador para producirla” (p. 120).

### *b) Preguntas de escala*

Se emplean para ayudar a los pacientes a comparar y contrastar los diferentes aspectos de su situación actual y a determinar cómo serán las cosas cuando se llegue a la solución. Por ejemplo, “¿Qué tan confiado estas de que eres capaz de hacer el cambio, en donde 1 es poco confiado y 10 es totalmente confiado de que vas a ser capaz?” Cuando el cliente responda, por ejemplo “4”, el terapeuta puede preguntar, “¿por qué 4 en lugar de 3?”, invitando así a que el cliente reconozca sus recursos. Además, el terapeuta puede proseguir preguntando “¿Qué tendrías que hacer para del 4, pasar al 5 o 6?”, logrando que el cliente identifique y visualice una solución.

### *c) Búsqueda de excepciones*

El terapeuta busca recursos que el cliente ha usado en el pasado y que pueden ayudar en la situación actual. Por ejemplo, “¿Cómo has hecho en el pasado para lidiar con situaciones estresantes?”. Las excepciones son las situaciones en las que se espera, pero no se da el problema (por ejemplo, “¿hay alguna ocasión en la que discutir con tu mamá no te haya hecho sentir triste?”). En este sentido, las

excepciones se definen como conductas, percepciones, ideas y sentimientos que se contraponen a la queja (Beyebach, 2014).

*d) Elogio*

Son afirmaciones que el terapeuta hace al cliente a partir de comentarios provenientes de éste que puedan considerarse útiles para la solución de su problema. Son realizados con la intención de enfatizar elementos positivos, como señales de progreso logrado por el cliente o recursos enunciados por el mismo.

*e) Establecimiento de Objetivos*

En la TBCS es de suma importancia ayudar a los clientes a aclarar sus objetivos, ya que, si no saben lo que realmente quieren, no serán capaces de encontrar una solución (Lipchik, 2004). En este sentido, para que los objetivos sean útiles, deben cumplir las siguientes características a la hora de ser establecidos:

- Su redacción es en positivo, a cerca de lo que el cliente quiere, no de lo que no quiere.
- Se aterrizan en descripciones observables y medibles, pues estos representan indicadores conductuales claros del progreso del cliente.
- Deben estipularse en términos de lo que el cliente estaría haciendo, no de factores externos (como lo que otras personas hacen, por ejemplo).
- Los objetivos deben ser realistas.

*f) Redefinición*

“Los pacientes con frecuencia interpretan su propia conducta, o la de los otros, de maneras que hacen que sus dificultades continúen” (Weakland, et al., 1974, p. 10). Si se puede redefinir el significado o implicaciones atribuidos a la conducta, esto en sí mismo puede tener un potente efecto sobre las actitudes, respuestas y relaciones. En ese sentido, las redefiniciones son técnicas cognitivas que evitan aquellas “etiquetas” que utilizan los pacientes y que dificultan el cambio. Por ejemplo, se puede redefinir



una conducta que el paciente denomina *depresión* como la *necesidad de tomarse un respiro en un ritmo de vida agotador*, no porque la nueva definición sea “la verdad” (ni tampoco una mentira), sino porque así será más fácil suscitar la solución del problema” (Ochoa, 1995, p. 47).

## CAPÍTULO 3

### Metodología

---

#### 3.1 Planteamiento del problema

Las enfermedades mentales durante la adolescencia representan un costo social y económico elevado. Pueden llegar a ser discapacitantes y se relacionan con inasistencia escolar, vulnerabilidad a sufrir exclusión social, discriminación, estigmatización, dificultades educativas, comportamientos de riesgo, mala salud física y violaciones a los derechos humanos. De acuerdo con la OMS (2021), se calcula que uno de cada siete adolescentes de entre 10 y 19 años padece algún trastorno mental, y a pesar de la estadística tan alta, no reciben ni el reconocimiento ni el tratamiento adecuado.

En cuanto a la prevalencia de las enfermedades mentales durante la adolescencia en el mundo, se puede mencionar que algún trastorno de ansiedad es el diagnóstico más común para este grupo etario (3.6% para adolescentes de entre 10 y 14 años y 4,6% para los adolescentes de entre 15 y 19 años) (OMS, 2021). La situación no es diferente en México, ni a nivel nacional ni en su capital, pues, los trastornos de ansiedad encabezan consistentemente los primeros lugares de los problemas de salud mental (Benjet et al, 2009; Rodríguez, et al., 2009; Secretaría de Salud de la Ciudad de México, s.f.). Por si fuera poco, la ansiedad es una de las cinco condiciones que causan la mayor pérdida de años de vida ajustados por discapacidad a nivel global, particularmente para las adolescentes (OMS, 2017).

Por otra parte, las terapias psicológicas de corte cognitivo-conductual han sido ampliamente comprobadas para incidir en problemas de ansiedad (Barcelata y Flores, 2019; Thompson y Fedewa, 2015). Sin embargo, otros tipos de aproximaciones, como lo son las sistémicas no han sido suficientemente documentadas. En este sentido, el presente trabajo propone documentar una intervención para los problemas de ansiedad en adolescentes de la Ciudad de México desde la terapia

breve sistémica centrada en soluciones con una modalidad online y grupal. La elección del modelo terapéutico no es al azar, sino que es el resultado de integrar algunos principios deseables que se exponen a continuación.

Primero, es imperativo contar con tratamientos congruentes con el estilo de vida y el contexto de la población objetivo. En este sentido, situándose específicamente en la Ciudad de México, metrópoli caracterizada por su estilo de vida “agitado”, destaca la característica de terapia breve, el cual, como su nombre indica, se realiza en periodos cortos (aproximadamente 10 semanas con una sesión de una hora semanal). Segundo, en cuanto a población vulnerable se trata, se ilumina otra característica congruente con quienes no necesariamente tienen los recursos económicos, una terapia grupal, donde se atiende a más adolescentes en el mismo tiempo. Tercero, no hay que olvidar que la emergencia sanitaria por COVID-19 aún es una realidad, y las personas de escasos recursos no pueden permitirse “el lujo” de enfermarse, así que una terapia que se pueda tomar desde casa va alineada con las medidas de prevención recomendadas, tanto para los terapeutas como para los adolescentes.

En suma, existe una proporción significativa de adolescentes con problemas de salud mental, siendo el más recurrente, la ansiedad. Las terapias son relativamente pocas, y las que hay son de corte cognitivo-conductual. Sin embargo, no hay investigaciones suficientes que documenten la terapia breve centrada en soluciones para tratar la ansiedad en adolescentes y menos aún con un encuadre grupal y virtual.

### **3.2 Pregunta de investigación**

¿Cuáles son los resultados después de aplicar una intervención breve virtual a un grupo de adolescentes con sintomatología ansiosa de la Ciudad de México?

### **3.3 Objetivos**

**3.3.1 Objetivo general:** Evaluar los cambios después de aplicar una intervención con base en la terapia breve centrada en soluciones vía on-line a un grupo de adolescentes con sintomatología ansiosa, consultantes de un servicio de atención psicológica de una clínica universitaria de primer nivel.

#### **3.3.2 Objetivos específicos:**

- Evaluar el nivel de ansiedad antes y al finalizar la intervención.
- Programar sesiones de intervención con base en el enfoque centrado en soluciones
- Evaluar el nivel de ansiedad un mes después de haber finalizado la intervención.
- Analizar los resultados de las tres evaluaciones.

### **3.4 Materiales y métodos**

#### **3.4.1 Diseño de estudio**

Se trata de una investigación de campo, clínica, con un diseño de tipo cuasi-experimental de un pequeño grupo con pre-test, pos-test y seguimiento (Hernández et al., 2002). También se puede identificar como un estudio de caso de intervención terapéutica (Roussos, 2007), dado que el grupo de participantes es reducido (< 10). Se contará con un grupo conformado por adolescentes con sintomatología ansiosa a quienes se les brindará una intervención terapéutica. Se les aplicará una evaluación del nivel de ansiedad antes de iniciar la intervención, al finalizar y un mes después. Este tipo de diseño es el que mejor se adapta a las necesidades de la presente investigación, pues, retomando las palabras de Roussos (2007), en el estudio de caso de intervención terapéutica “el objetivo se centra en la descripción de un trastorno clínico o la evaluación de los efectos de un tratamiento determinado, no haciendo hincapié en la forma de evaluación sino en las características del caso o en los resultados obtenidos (p. 263)”.

### 3.4.2 Participantes

Adolescentes de la Ciudad de México y área metropolitana de 13 a 18 años con problemas de ansiedad que solicitaron atención en un servicio de atención psicológica en una clínica universitaria de primer nivel.

Criterios de Inclusión:

- Mujeres y hombres de entre 13 y 18 años.
- Adolescentes con sintomatología ansiosa.
- Que no estén recibiendo un tratamiento psicológico o médico.
- Que presenten asentimiento y consentimiento informado.
- Residentes de la Ciudad de México y área metropolitana.

Exclusión:

- Tener un problema de salud mental diferente a ansiedad.
- Iniciar o continuar con algún proceso terapéutico ajeno durante el estudio.
- Abandonar el proceso terapéutico previo a ser dado de alta o haber faltado al 60% de las sesiones.

### 3.4.3 Variables

**Terapia Breve Centrada en Soluciones:** Tratamiento breve que tiene como objetivo ayudar a los clientes a cambiar mediante la construcción de soluciones prácticas y sustentables, en lugar de centrarse en los problemas. Da por hecho que el cliente ya cuenta con los recursos necesarios para junto con el terapeuta, co-construir las soluciones adecuadas (Institute for Solution-Focused Therapy, s.f.).

**Ansiedad:** Reacción emocional transitoria cuya función es advertir y activar al organismo ante situaciones amenazantes, inciertas y peligrosas. Se caracteriza por “sentimientos de tensión y de

aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo” (Spielberger, 1975, p. 1). Se considera problemática cuando aparece ante situaciones que no son realmente amenazantes (una desproporción entre la respuesta y la situación), cuando se manifiesta de manera continua en el tiempo, o cuando se presenta de forma muy intensa (Espinosa-Fernández, García-López y Muela, 2018).

#### 3.4.4 Instrumentos

**Escala de Ansiedad para Niños y Adolescentes** (SCARED: Sánchez, 2004). Es una escala autoaplicable que evalúa la severidad de los síntomas de la ansiedad de acuerdo con los criterios del DSM-IV. Ha sido validada en niños y adolescentes mexicanos, tanto con población clínica, de 8 a 17 años (Vicuña y del Bosque, 1997), como con población abierta, de 8 a 18 años (Sánchez, 2004). Esta escala es una de las sugeridas por las guías clínicas *Diagnóstico y Manejo de los Trastornos de Ansiedad* del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (2010) y *Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes* del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (2010).

La escala cuenta con un total de 41 reactivos, los cuales se distribuyen en cinco dimensiones: trastorno de ansiedad generalizada con 7 ítems p. ej., “Me preocupa pensar cómo me van a salir las cosas”, trastorno de ansiedad de separación con 14 ítems p. ej., “Cuando duermo en una casa que no es la mía, siento miedo”, fobia social con 7 ítems p. ej., “Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco”, fobia escolar con 4 ítems p. ej., “No me gusta estar lejos de mi familia”, y somatización/dolor con 9 ítems p. ej., “Me tiemblan las manos”.

Los ítems de la SCARED se puntúan en una escala tipo Likert del 0 al 2, donde 0 significa no es cierto o rara vez es cierto, 1 significa a veces es cierto, y 2 es frecuentemente es cierto. Mayor puntuación corresponde a sintomatología ansiosa más severa.

En cuanto a la confiabilidad y validez interna de la SCARED, se puede comentar que el instrumento completo cuenta con una Alfa de Cronbach de .90, y los valores de cada una de las

dimensiones son:  $\alpha = 0.8$  para ansiedad de separación,  $\alpha = 0.7$  para fobia social,  $\alpha = 0.7$  para pánico/somatización,  $\alpha = 0.7$  para ansiedad general, y  $\alpha = 0.3$  para fobia escolar.

**Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI-3)**, versión en español, validada en población mexicana por Samuel Jurado (Taylor et al, 2007). Es una escala que evalúa la sensibilidad a la ansiedad (SA), entendida como el miedo a las sensaciones relacionadas con la ansiedad, derivado de la creencia de que dichas sensaciones tienen consecuencias adversas, como la muerte, la locura o el rechazo social.

La escala tiene un total de 18 reactivos, los cuales se distribuyen de forma equilibrada en tres factores, “las tres dimensiones más consistentemente replicadas en los estudios sobre la sensibilidad a la ansiedad” (Sandin, et al., 2007, p. 92), preocupaciones físicas (p. ej., “Cuando siento una opresión en el pecho, me asusta el que no pueda respirar adecuadamente”), preocupaciones cognitivas (p. ej. “Me da miedo cuando soy incapaz de mantener mi mente en una tarea”), y preocupaciones sociales (p. ej., “Cuando tiemblo en presencia de otros, me da miedo lo que la gente pueda pensar de mí”).

Los ítems del ASI-3 se puntúan en una escala tipo Likert del 0 al 4, donde las cuatro categorías para la escala son: 0. Muy poco., 1. Un poco., 2. Algo., 3. Mucho., y 4. Muchísimo. Puntuaciones altas corresponden a mayor sensibilidad a la ansiedad, y las investigaciones muestran que una elevada SA se relaciona con varios tipos de trastornos de ansiedad, así como que el nivel actual de SA de una persona predice el riesgo de futuros síntomas de ansiedad (Taylor, 1999).

En cuanto a la confiabilidad y validez interna del ASI-3, se puede comentar que los coeficientes Alfa de Cronbach de cada una de las dimensiones del instrumento son:  $\alpha = .83$  para preocupaciones físicas,  $\alpha = 0.82$  para preocupaciones cognitivas, y  $\alpha = .73$  para preocupaciones sociales.

**Historia clínica y guía de entrevista para identificar sintomatología ansiosa** (Anexo 3). Entrevista clínica estructurada que registra aspectos relevantes de la atención psicológica del paciente. Incluye datos personales del adolescente, del responsable o cuidador principal, el genograma, el motivo de consulta, y una sección diseñada específicamente para identificar síntomas de ansiedad a partir de los

criterios del DSM-V (2013). El tiempo de aplicación es de aproximadamente 40 minutos, y se utiliza en la primera entrevista con el adolescente.

**Cuestionario de Satisfacción con el Servicio de Atención Psicológica.** Cuestionario de cinco preguntas diseñado para conocer el nivel de satisfacción del adolescente con la atención psicológica. Las preguntas se responden con base en una escala tipo Likert del 1 al 5, donde 1 es muy malo o nada satisfecho y 5 es muy bueno o totalmente satisfecho.

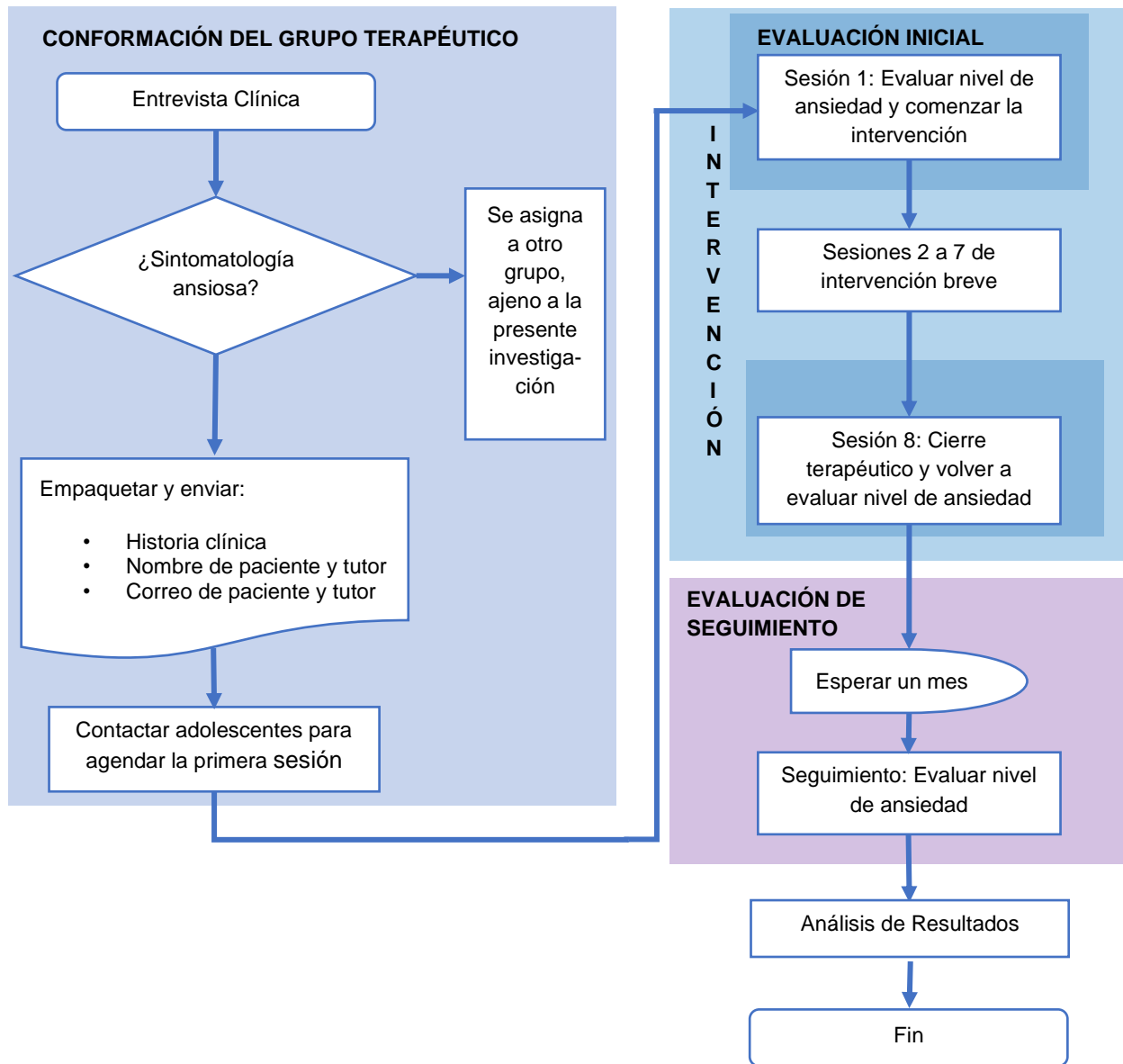
#### **3.4.5 Procedimiento:**

La presente investigación parte de un proyecto previamente evaluado por un comité de investigación institucional. En cuanto a la lógica de la investigación, esta tuvo seis momentos clave: conformación del grupo terapéutico, evaluación inicial, intervención, evaluación final, evaluación de seguimiento a un mes después del fin de la intervención y análisis de resultados (Figura 1). A continuación, se detallan cada una de las etapas.



**Figura 1.**

*Flujograma del proceso de la investigación*



### 3.4.5.1 Conformación del grupo terapéutico

Para la conformación del grupo terapéutico se utilizó un muestreo no probabilístico, donde participaron de manera voluntaria adolescentes con síntomas de ansiedad que se pusieron en contacto con el servicio de atención psicológica de una clínica de salud universitaria de primer nivel de atención.

Para difundir el servicio, se realizó un cartel y se difundió a través de una página de Facebook y grupos de la red social. Desde este momento de la investigación se realizó un “pre-filtro” de los participantes, pues debido a la redacción, la publicación fue dirigida a adolescentes con síntomas de ansiedad (Anexo 1). Se pidió a los interesados mandar un correo electrónico para recibir información.

Posteriormente, a las personas que se pusieron en contacto se les pidió tener una entrevista clínica en la cual se definiría si serían parte del grupo terapéutico. Se concretaron entrevistas con cinco adolescentes mujeres. Las entrevistas se realizaron mediante videollamada, de forma individual y tuvieron una duración aproximada de 40 minutos. Únicamente a aquellas adolescentes menores de 18 años (3/5), se les pidió que estuviera su tutor o tutora presente durante la entrevista.

Con el fin de identificar la sintomatología ansiosa, la entrevista fue de tipo estructurada. Se siguió la *guía de entrevista para identificar sintomatología ansiosa* (Anexo 3) que condensa algunos indicadores de sintomatología ansiosa del del DSM-V, así como también se llenó la historia clínica, la cual incluye datos personales del adolescente, del responsable o cuidador principal, el genograma y el motivo de consulta.

Tras las entrevistas, se determinó que las cinco adolescentes cumplieron con los criterios y formarían parte del grupo terapéutico. En este punto, es pertinente mencionar que a) una de las adolescentes se incorporó a partir de la segunda sesión, debido a los tiempos de logística, y b) si alguna de ellas no hubiera cumplido con los criterios, no se le hubiera negado la atención, sino que hubiera sido asignada a otro grupo.

Vale la pena aclarar que las participantes (o sus tutoras, para las adolescentes menores de 18 años) firmaron un consentimiento y asentimiento informado, donde se aclaró que la información recabada sería totalmente anónima, confidencial y con fines de investigación.

### **3.4.5.2 Evaluación inicial**

Durante la primera sesión se realizó la evaluación inicial de la ansiedad. Las consultantes contestaron los cuestionarios ASI-3 (Anexo 4) y SCARED (Anexo 5) en su versión digitalizada, con la herramienta de Google Forms.

### **3.4.5.3 Intervención**

La intervención estuvo basada técnica y epistemológicamente en la Terapia Breve Centrada en Soluciones de Steve de Shazer e Insoo Kim Berg, y consistió en ocho sesiones terapéuticas semanales de aproximadamente una hora y media. Las sesiones se realizaron en modalidad grupal mediante la herramienta de videollamadas Skype. Las consultantes y terapeutas mantuvieron sus cámaras encendidas la mayor parte del tiempo (salvo en cortos momentos en los que las condiciones de la conexión a internet no lo permitieron). Además, se grabaron las sesiones para su análisis posterior y las participantes dieron su consentimiento para lo anterior.

El grupo terapéutico estuvo conformado por cinco adolescentes mujeres de entre 17 y 18 años cuyos motivos de consulta se relacionaron con síntomas de ansiedad. Por su parte, el equipo terapéutico estuvo conformado por dos coterapeutas, el investigador principal y una maestra en terapia familiar y doctoranda en psicología y salud, que también fungió como supervisora, junto con una supervisora principal.

Durante las sesiones los terapeutas seguían una planeación de sesión, la cual era elaborada por el investigador principal y revisada por las supervisoras con antelación. Para la elaboración, de las planeaciones se utilizó un formato de planeación de las sesiones del manual operativo de la clínica (Ramos et al., 2015), el cual fue adaptado para la presente investigación (Anexo 6). Vale la pena aclarar que no se tuvo intención de elaborar todas las planeaciones desde el inicio, sino que se atravesó por un proceso cibernético en el cual los resultados de la sesión  $n$ , servían para dar continuidad y planear la sesión  $n+1$ . En la Tabla 2 se esquematizan los objetivos y técnicas de cada una de las sesiones.

En cuanto a la intervención en sí, se puede comentar que a grandes rasgos las principales técnicas utilizadas fueron la normalización, la búsqueda de excepciones, elogios, tareas, preguntas de escalas, pregunta del milagro, preguntas abiertas y circulares, y los temas que se abordaron fueron el estrés por las situaciones cotidianas, los objetivos de las consultantes, las formas en las cuales han manejado el estrés, las preocupaciones y dificultades del día a día, las excepciones en las cuales las consultantes no se han sentido ansiosas, los recursos con los que cuentan las consultantes para afrontar las diferentes situaciones, y los cambios que han hecho y que las acercan a sus objetivos, entre otros.

**Tabla 2**

*Diseño de Intervención*

# De Sesión	Objetivos	Instrumentos, técnicas y/o estrategias
I	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Propiciar un ambiente de confianza y alianza terapéutica.</li> <li>2. Evaluar nivel inicial de Ansiedad.</li> <li>3. Definir el problema en términos observables y cuantificables.</li> <li>4. Vincular similitudes de los integrantes del grupo, y fomentar una percepción menos patológica de sus dificultades.</li> <li>5. Proyectar un futuro sin el problema.</li> <li>6. Identificar situaciones positivas para hacer más de lo mismo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Encuadre terapéutico.</li> <li>2. ASI-3 y SCARED.</li> <li>3. Pregunta abierta.</li> <li>4. Normalización.</li> <li>5. Pregunta centrada en soluciones.</li> <li>6. Tarea</li> </ol>
II	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar situaciones positivas para hacer más de lo mismo.</li> <li>2. Identificar soluciones previamente intentadas y atribuir el control al consultante.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Discutir la tarea.</li> <li>2. Búsqueda de soluciones intentadas exitosas y afirmaciones.</li> </ol>
III	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar excepciones.</li> <li>2. Identificar recursos.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Búsqueda de excepciones.</li> <li>2. Tarea.</li> </ol>
IV	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificar objetivos.</li> <li>2. Identificar primer objetivo a trabajar.</li> <li>3. Identificar recursos.</li> <li>4. Hacer un cambio conductual.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pregunta del milagro.</li> <li>2. Escala.</li> <li>3. Discutir la tarea.</li> <li>4. Tarea.</li> </ol>

**Tabla 2 (continuación)***Diseño de Intervención*

# De Sesión	Objetivos	Instrumentos, técnicas y/o estrategias
V	<ol style="list-style-type: none"> <li>Orientar la atención del cambio hacia las consultantes (locus de control interno).</li> <li>Fomentar el cambio.</li> <li>Mantener el cambio.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Renegociar el contrato terapéutico.</li> <li>Discutir la tarea de la semana pasada y atribuir el control al consultante.</li> <li>Tarea.</li> </ol>
VI	<ol style="list-style-type: none"> <li>Identificar recursos de mantenimiento.</li> <li>Establecer el próximo pequeño objetivo.</li> <li>Acercarse al próximo objetivo.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Discutir ejercicio de la semana pasada.</li> <li>Pregunta de escala.</li> <li>Tarea.</li> </ol>
VII	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fomentar el cambio.</li> <li>Normalizar los días no perfectos.</li> <li>Establecer el próximo pequeño objetivo de quienes faltaron a la sesión anterior.</li> <li>“Responsabilizar al consultante”.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Discutir ejercicio de la semana pasada.</li> <li>Normalizar y reflexionar.</li> <li>Pregunta de escala.</li> <li>Tarea.</li> </ol>
VIII	<ol style="list-style-type: none"> <li>Fomentar el cambio.</li> <li>Identificar los objetivos que conseguirán posterior a la terapia.</li> <li>Cerrar el grupo de Terapia.</li> <li>Evaluaciones finales.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Discutir ejercicio de la semana pasada.</li> <li>Ejercicio de cierre grupal orientado al futuro.</li> <li>Convivio y comentarios finales.</li> <li>ASI-3, SCARED y cuestionario de satisfacción con el servicio de atención.</li> </ol>

*Nota.* Con el motivo de simplificar la lectura, se omitieron las técnicas de resumen y afirmaciones en la tabla, pues fueron elementos utilizados a lo largo de todas las sesiones.

El proceso terapéutico terminó al final de la octava sesión, esto debido tanto por los objetivos de la investigación de implementar una intervención breve, como por el periodo vacacional de la institución en la cual el servicio de atención a adolescentes está adscrito. En esta última sesión hubo un proceso de cierre terapéutico en el cual se revisaron los aprendizajes y logros a lo largo de las sesiones, se habló de sus próximos objetivos posteriores a la terapia, se dio un espacio para convivir y socializar, y las consultantes se intercambiaron sus redes sociales entre ellas para estar en contacto. Además, las consultantes contestaron el cuestionario de evaluación final, y estuvieron de acuerdo con ser contactadas después de un mes para contestar de nuevo el cuestionario de evaluación.

#### **3.4.5.4 Evaluación final**

En la última sesión, se aplicaron de nuevo los cuestionarios ASI-3 y SCARED. Además, se evaluó el nivel de satisfacción con el servicio con el cuestionario de satisfacción.

#### **3.4.5.5 Seguimiento post-intervención**

Se volvió a registrar el nivel de ansiedad de las adolescentes un mes después de la última sesión. No se realizó una sesión sincrónica para este punto, sino que se envió la liga al cuestionario por correo electrónico.

#### **3.4.5 Análisis de resultados**

Los datos obtenidos fueron descargados desde Google Form y codificados en Excel. Dado el tipo de diseño, que es un estudio de caso, los análisis realizados fueron de tipo descriptivo. Se calcularon las puntuaciones totales promedio del grupo en sensibilidad a la ansiedad y ansiedad en el pre-test, post-test y seguimiento. También se obtuvieron las puntuaciones medias de cada una de las consultantes en las diferentes escalas y factores que las componen, de igual manera en los tres tiempos de medición. De forma tal que se describe la evolución de la sensibilidad a la ansiedad y la ansiedad en todas las consultantes antes de iniciar la intervención, al finalizar, y un mes después de que haya terminado.

## CAPITULO 4

### Resultados

#### 4.1 Participantes

En esta sección se presentan las características de las participantes. El grupo terapéutico estuvo conformado por cinco adolescentes mujeres de entre 17 y 18 años, las cuales, por cuestiones de confidencialidad, serán nombradas como C1, C2, C3, C4 y C5. En la Tabla 2 se presentan su edad, escolaridad, síntesis del motivo de consulta manifiesto y el número de sesiones que asistieron.

**Tabla 3**

#### *Datos Generales de las Participantes*

Adolescente	Edad (años)	Escolaridad	Motivo de consulta manifiesto (síntesis)	Número de sesiones que asistieron N=8
C1	18	Preparatoria terminada. Esperando resultados de ingreso a la universidad.	Estado constante de alerta, temblores, dolor en el pecho, dificultad para respirar y concentrarme. Además, hasta hace aproximadamente un mes, tenía síntomas más severos, y ahora quiero sobrellevar las cosas sin que me sigan afectando de una manera tan fuerte	6
C2	17	4° semestre de preparatoria	Síntomas de ansiedad (taquicardia y falta de aire), dolor de cabeza, depresión, baja autoestima, y problemas para identificar emociones y controlarlas	8
C3	17	Preparatoria terminada. Esperando resultados de ingreso a la universidad.	Nerviosismo e incapacidad para controlar los nervios. Sobrepienso las cosas en general	8
C4	18	Preparatoria terminada. Esperando resultados de ingreso a la universidad.	Miedo al salir a la calle, pánico al usar el transporte público, pensamientos intrusivos de hacer daño a mi familia o a mí misma, dificultad para concentrarse y alteración en el sueño.	6
C5	18	6° semestre de bachillerato	Tengo secuelas (estrés, ansiedad y ataques de pánico) debido a situaciones que viví durante la pandemia, principalmente familiares como el fallecimiento de mi papá, mala comunicación y relación con mi mamá y presión por la universidad	4

Como se aprecia en los motivos de consulta de la Tabla 3, las cuatro participantes del estudio se acercaron al servicio de atención por motivos de ansiedad. De manera similar, todas presentaron al menos siete de los doce síntomas específicos de ansiedad investigados durante la entrevista clínica, los cuales fueron los criterios de inclusión. Como se aprecia en la Tabla 4, fue C1 la consultante que presentó el mayor número de síntomas (12), seguida por C3 con 11 síntomas, C4 y C5 con 9 síntomas las dos, y finalmente C2 con siete síntomas.

**Tabla 4**

*Síntomas de Ansiedad en las Consultantes*

<b>Adolescente</b>	<b>C1</b>	<b>C2</b>	<b>C3</b>	<b>C4</b>	<b>C5</b>
Sensación de inquietud	Sí		Sí	Sí	Sí
Sensación de ansiedad	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sensación de miedo	Sí		Sí		Sí
Taquicardia	Sí	Sí	Sí		
Presión en el pecho	Sí		Sí	Sí	Sí
Temblores	Sí		Sí	Sí	Sí
Tensión en los músculos	Sí	Sí		Sí	Sí
Respiración entrecortada o sensación de que le falta aire	Sí	Sí	Sí	Sí	
Alteración del sueño	Sí		Sí	Sí	Sí
Irritabilidad	Sí	Sí	Sí		Sí
Dificultad para concentrarse	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Sensación de que algo muy grave está pasando o que está por suceder	Sí	Sí	Sí	Sí	
<b>Número de síntomas (N=12)</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>9</b>

A continuación, se describen los casos clínicos de cada una de las participantes con mayor detalle.



## Caso C1

**Motivo de consulta manifiesto:** “Hasta hace aproximadamente un mes, tenía una gran tristeza, las actividades que me gustaban hacer como dibujar ya no me hacían sentir feliz, duermo, pero no descanso, y no sé si me daban ataques de ansiedad, pero sentía pánico de que algo malo iba a pasar y le daba muchas vueltas a las cosas en mi cabeza, de un pensamiento salían muchos, y esto no me dejaba concentrar en la escuela. Ahora quiero sobrellevar las cosas sin que me sigan afectando de una manera tan fuerte”.

**Descripción del problema:** Experimenta un estado constante de alerta, tiene temblores, dolor en el pecho, dificultad para respirar, dificultad para concentrarse (p. ej., no entendió al leer un mensaje de texto en una plática informal con un amigo porque no se podía concentrar), alteraciones en el sueño y en la alimentación (a veces no come porque “tiene hambre, pero no apetito”). Además, no disfruta hacer las actividades que le solía realizar con gusto, como escribir y dibujar. Asimismo, la paciente refiere que experimenta cambios emocionales (“a veces me siento bien, a veces mal”), así como también llora o se enoja fácilmente.

Cuando se indagó en las cogniciones, se encontraron pensamientos de insuficiencia. Por ejemplo, “no ser suficiente para cualquier persona a pesar de haber dado lo mejor de mí” o “no ser lo suficientemente buena... principalmente para mi mamá”. Los sentimientos fueron frustración principalmente, tristeza y ansiedad (tiembla, suda, tiene taquicardias y le falta la respiración). La consultante llora al no poder calmarse, y se siente de esta manera cinco días a la semana. La fuente principal de estrés son presiones escolares, aunque vale la pena mencionar que su problema se intensifica en los días que tanto ella como su mamá están presentes todo el día en casa.

Por otra parte, la consultante también describió como antecedentes de su problema: “desde hace un año me empecé a sentir mal a nivel físico y emocional. Tuve una tristeza fuerte durante varios meses, desde octubre hasta marzo. A veces no podía comer porque tal vez tenía hambre, pero no apetito, y las cosas que me gustaban como dibujar o escuchar música ya no me hacían sentir feliz,

tenía la sensación de dormir y despertarme sin descanso. No sé si sean ataques de ansiedad, pero sentía pánico, sentía que algo iba a pasar y me daba mil vueltas la cabeza, sobrepensaba mucho las cosas, todo esto no me dejaba concentrarme en la escuela. P. ej., intentaba leer un libro, pero sólo leía palabras y no entendía nada. Llegó un punto donde no podía descansar ni dormir, tenía insomnio. A veces explotaba, me sentía muy enojada, muy frustrada, muy triste y no sabía cómo manejar tantas cosas”.

## **Caso C2**

**Motivo de consulta manifiesto:** “Tengo síntomas de ansiedad (taquicardia y siento que me falta el aire), dolor de cabeza, depresión, baja autoestima, y problemas para identificar mis emociones y controlarlas”.

**Descripción del problema:** Sumado a la sintomatología ansiosa (Tabla 3), se frustra cuando las cosas no le salen a la altura de sus altas expectativas (ella menciona ser perfeccionista). P. ej., al realizar una tarea siente mucha insatisfacción con cada pequeño detalle que no queda como quiere, así que rompe la hoja y repite el trabajo. Además, se siente insuficiente para su papá y para estudiar en la escuela en la que está. De hecho, cuando se indagó en las cogniciones, precisamente se encontraron pensamientos de insuficiencia, como “tú no eres buena para esto”, “no vas a lograr lo que te propones” y “no eres suficiente, ni siquiera para tus papás”. Los sentimientos fueron tristeza y decepción de sí misma. También tiene dificultad para concentrarse (“me cuesta poner atención en mis clases y en ocasiones cuando alguien me está diciendo algo, hay veces en que tengo que pedir me repitan lo que dijeron, también cuando estoy haciendo alguna tarea que debería de tardar no más de una hora y media termino por completarla dos horas después”), sus calificaciones han bajado y menciona que su estado emocional depende mucho de estas. P. ej., una vez, al bajar sus calificaciones, le dieron taquicardias y sentía que le faltaba el aire. Por otro lado, la C2 también menciona repetidamente “falta de confianza en sí misma, autoestima, amor propio, y no saber identificar ni controlar sus emociones”. Vale la pena

mencionar, que la consultante menciona haberse sentido de esta manera desde segundo año de secundaria.

### **Caso C3**

**Motivo de consulta manifiesto:** “Me pongo muy nerviosa, no me puedo controlar y sobre pienso mucho las cosas [...] lo noté mucho en mis exámenes de admisión, siento que no me voy a quedar, pero me pasa en general con todo”

**Descripción del problema:** Se siente preocupada y ansiosa (temblores, sudoración en las manos y presión en el pecho) seis días a la semana. Al indagar en las cogniciones, se encontraron pensamientos sobre su futuro académico, como “¿qué voy a hacer de mi vida (en el ámbito escolar)?”, los cuales la hacían sentirse de esa manera, y sucede principalmente en la tarde-noche, pues se encierra en su cuarto y “como no tiene nada que hacer”, se pone a pensar sobre su futuro. También sale y se comunica con menor frecuencia con sus amistades. Externamente no demuestra cómo se siente, pues se esfuerza por disimular su sentir y menciona que nadie a su alrededor se da cuenta. Para ella, la fuente principal de estrés es la escuela y esperar los resultados de los exámenes de admisión que ya hizo.

Por otra parte, la consultante también reportó como antecedentes de su problema el haber experimentado preocupación y ansiedad desde los 13 años, pero recientemente lo notó con el tema de sus exámenes de admisión a la universidad. Antes de los exámenes de admisión, ella estaba acostumbrada a dedicarle gran parte del tiempo a la escuela “me la pasaba todo el día en la computadora todos los días” con el fin de estudiar y cumplir con todas sus tareas. Sin embargo, en cuanto comenzó el periodo de preparación para estos exámenes, “me costó mucho ponerme a estudiar, prefería dormir o hacer otras cosas, las veces que llegaba a estudiar no me concentraba y no le entendía” y de manera similar, al momento del examen, “se me puso la mente en blanco y empecé con mucha negatividad (pensamientos como “no me voy a quedar” y “no sé nada”)”. Desde entonces ha experimentado preocupación por no quedarse en alguna de las universidades para las que hizo el examen. Además, es pertinente mencionar también que la C3 había atendido a un programa de

atención psicológica en línea un año previo al presente estudio, pero menciona haber abandonado el tratamiento después de un mes (cuatro sesiones) debido a que no notaba mejorías.

#### **Caso C4**

**Motivo de consulta manifiesto:** “Tengo pensamientos absurdos que salen de la nada, de dañar a las personas, pero yo no quiero dañarlas, y también de dañarme a mí misma. Llega un punto en que no me dejan concentrar (los pensamientos), a veces lloro porque no sé qué hacer, me afecta cuando duermo, despierto muy alterada. También me da miedo salir a la calle, a utilizar el transporte público, pues me pongo muy nerviosa cuando subo a uno, empiezo a sudar y siento como si tuviera ganas de ir al baño”.

**Descripción del problema:** Se siente nerviosa y temerosa al salir de su casa. Cuando se sube al transporte público, se pone tan nerviosa que empieza a sudar y siente ganas de ir al baño, aunque cuando llega a su destino, se da cuenta de que la necesidad fisiológica no era la que pensaba.

Por otra parte, tiene pensamientos intrusivos constantes sobre hacer daño a la gente que quiere o hacerse daño a ella. Pensamientos como “hazle daño a tu mamá” o “arráncate los ojos”. Además, menciona ocasiones en las cuales algunos objetos desencadenan que piense cómo hacer daño con ellos y recree las imágenes. Por ejemplo:

- Una vez vio un tabique en su casa y recreó una escena de golpear a su mamá.
- Mientras cocinaba y tenía un cuchillo, pensó en acuchillar y recreó una imagen donde acuchillaba a su hermana por la espalda.

Actualmente tiene estos pensamientos intrusivos 3 o 4 veces al día. Se presentan con mayor frecuencia e intensidad en la noche, mientras duermen sus familiares y con menor intensidad cuando está sola en casa. Los sentimientos que experimenta son ansiedad, inquietud, nerviosismo y miedo de sí misma. Además, se siente con mucha energía “debido a los nervios”, y comenta que “a veces pienso que me gustaría que alguien me amarrara las manos para nada más estar quieta y dormirme”.

Asimismo, cuando tiene los pensamientos intrusivos, su nivel de nerviosismo en una escala subjetiva del 0 al 10 es:

- 8 o 9 durante las noches, llegando en pocas ocasiones al 10.
- 1 o 2 cuando no hay nadie en su casa.
- 9 al despertarse durante las mañanas.

Además, la consultante menciona que cuando estaba en la escuela tenía estos pensamientos con mayor frecuencia y a lo largo de todo el día (actualmente está de vacaciones).

### **Caso C5**

**Motivo de consulta manifiesto:** “Tengo secuelas como estrés, ansiedad y ataques de pánico, debido a situaciones que viví durante la pandemia, principalmente familiares como el fallecimiento de mi papá, mala comunicación y relación con mi mamá y presión por la universidad”.

**Descripción del problema:** Además de experimentar los síntomas de ansiedad reportados en la Tabla 3, la consultante menciona que no tiene la confianza y seguridad en ella misma para comunicarse con su mamá sobre la separación entre sus padres. Al indagar en las cogniciones se identificaron recuerdos sobre esta separación, manifestados en pensamientos específicos como “¿por qué mi mamá me dijo que era muy niña para entenderlo (el motivo de la separación)?” y “¿por qué mi mamá no me ha explicado porque se separaron?”. Los sentimientos fueron principalmente enojo y confusión, pero también tristeza. Al sentirse de esa manera, la consultante algunas veces responde de manera hostil a sus hermanos (p. ej., si sus hermanos le hacen alguna pregunta cotidiana, ella responde: “no sé”, o “búscales como quieras”, o “vete y no me molestes”, o con el cuerpo les hace una señal de que se alejen y se vayan a otro lugar). En otras ocasiones, se comporta distante, pues no quiere hablar con ellos, ni verlos y se encierra en su cuarto y llora. Estas acciones suceden tres días a la semana, aunque menciona que antes eran todos los días de la semana. Además, su rendimiento académico se ha visto afectado debido a que se le dificulta concentrarse en las clases y al hacer sus tareas. Las fuentes de

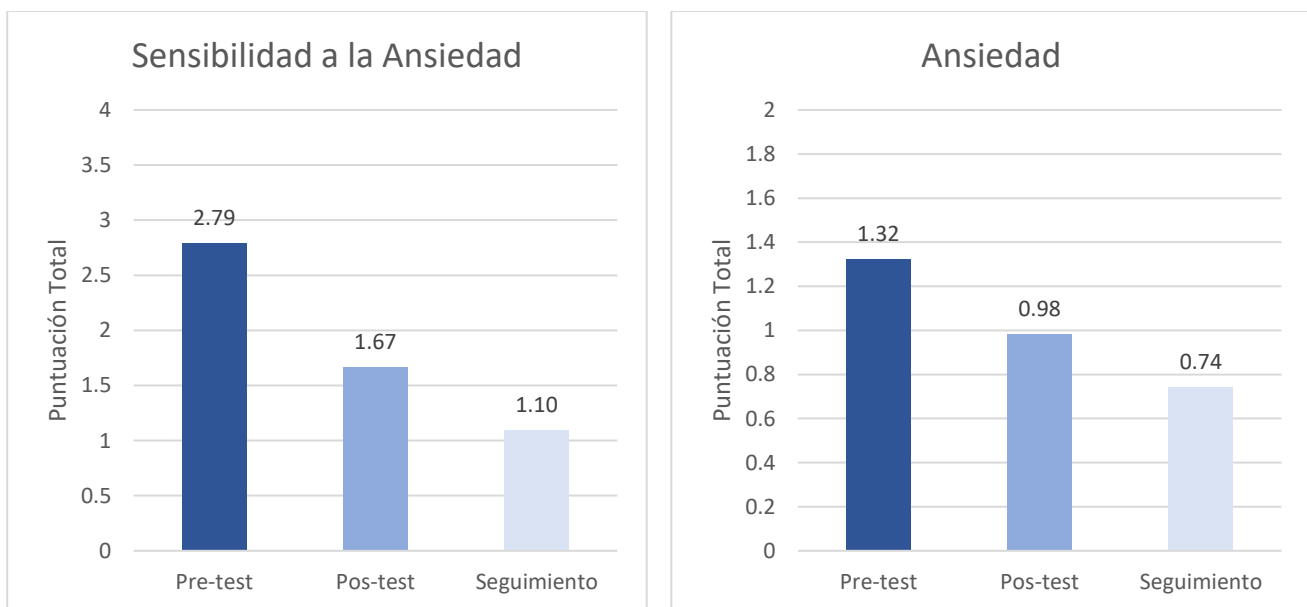
estrés son principalmente los recuerdos de la separación de sus papás y sobrecarga de trabajo académica.

#### 4.2 Niveles totales de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad grupal-individual

Los niveles promedio del grupo en sensibilidad a la ansiedad y ansiedad previo a la intervención estuvieron por encima de las medias teóricas, 2 puntos para ASI-3 para medir la sensibilidad a la ansiedad y 1 punto para SCARED con lo cual se midió ansiedad (puntuación máxima para ASI-3=4 y SCARED=2). Tras la intervención, los niveles disminuyeron por debajo de esta media teórica. De manera similar, volvieron a disminuir en la fase de seguimiento, un mes después del fin de la intervención (Figura 2).

**Figura 2**

*Puntuaciones Totales Promedio del Grupo en Sensibilidad a la Ansiedad y Ansiedad en el Pre-test, Pos-test y Seguimiento*



A nivel individual, los niveles de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad también disminuyeron en todas las consultantes y en los tres tiempos de medición, unas teniendo cambios más pronunciados que otras. Las consultantes C1 y C3 fueron las que presentaron cambios más importantes en el pos-

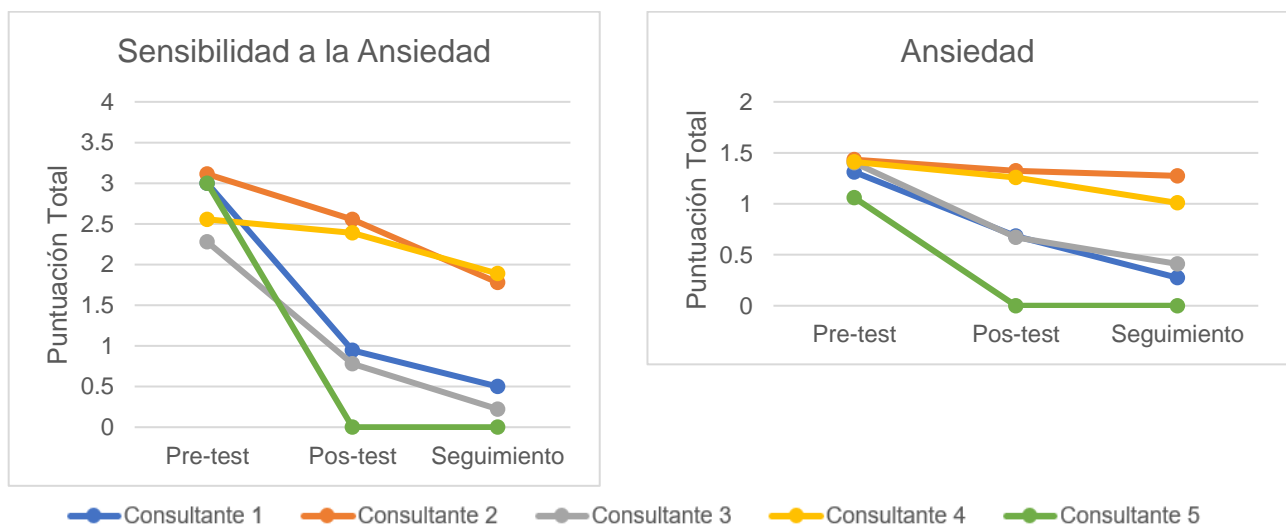
test y el seguimiento, en contraste con las consultantes C2 y C4 que, si bien sí tuvieron cambios, sus niveles se presentaron más estables a lo largo de las tres mediciones, así como se aprecia en la figura comparativa entre consultantes (Figura 3). Es pertinente mencionar que no se cuentan con los datos del pos-test ni seguimiento de la consultante C5 debido a que no realizó las evaluaciones mencionadas.

En cuanto al nivel de sensibilidad a la ansiedad, las consultantes C1 y C3 lograron disminuir sus niveles por debajo de la media teórica desde el pos-test, y continuaron disminuyendo hasta ser prácticamente nulos en la medición de seguimiento, pues sus puntuaciones fueron de 0.50 o menor, cuando la puntuación máxima es 4. Por su parte, las consultantes C2 y C4 lograron disminuir sus niveles por debajo de la media teórica en la medición de seguimiento.

En cuanto a los niveles de ansiedad, para las consultantes C1 y C3, estas también disminuyeron por debajo de la media teórica desde la medición del pos-test, y continuaron disminuyendo de forma tal que en el seguimiento los niveles fueron de 0.4 puntos o menor, de 2 puntos en total. Por su parte, la C4 logró disminuir el nivel de ansiedad a prácticamente la media teórica (1.01 puntos) en la medición de seguimiento. No obstante, los niveles de ansiedad de la C2 no lograron disminuirse por debajo de la media teórica, pues estuvieron 0.27 puntos por encima de esta media en la medición de seguimiento.

**Figura 3**

*Comparación Entre Consultantes de Puntuaciones Totales en Sensibilidad a la Ansiedad y Ansiedad*



### 4.3 Niveles individuales de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad por factores

Las puntuaciones de todas las participantes en las diferentes escalas, factores y tiempos de medición se muestran en la Tabla 5. Al analizar los niveles de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad por los factores que los componen, se pueden apreciar algunas diferencias y excepciones a la tendencia descrita en la sección anterior.

**Tabla 5**

*Puntuaciones Individuales en Sensibilidad a la Ansiedad, Ansiedad y sus Factores en el Pre, Pos y Seg*

Consultante	1			2			3			4			5
Variable	PRE	POS	SEG	PRE	POS	SEG	PRE	POS	SEG	PRE	POS	SEG	PRE
Sensibilidad a la Ansiedad	3.00	0.94	0.50	3.11	2.56	1.78	2.28	0.78	0.22	2.56	2.39	1.89	3.00
Preocupaciones Físicas	3.00	0.67	0.33	3.00	2.67	1.83	1.17	0.83	0.17	2.67	2.17	1.50	2.83
Preocupaciones Cognitivas	2.83	1.00	0.33	2.83	2.17	1.33	2.67	0.17	0.17	2.50	2.17	2.00	3.50
Preocupaciones Sociales	3.17	1.17	0.50	3.50	2.83	2.17	3.00	1.33	0.33	2.50	2.83	2.17	2.67
Ansiedad	1.31	0.68	0.27	1.43	1.32	1.27	1.40	0.67	0.41	1.41	1.26	1.01	1.06
T. de Ansiedad Generalizada	1.43	1.14	0.57	1.86	1.86	1.86	1.71	1.00	0.57	1.43	1.29	0.86	1.86
T. de Ansiedad de Separación	1.07	0.29	0.21	1.14	0.71	0.71	1.29	0.57	0.36	1.00	0.71	0.57	0.79
Fobia Social	1.14	0.57	0.14	1.86	1.86	1.71	1.57	0.86	0.43	1.43	1.57	1.14	0.71
Fobia Escolar	1.25	0.75	0.00	0.75	0.75	0.75	1.00	0.25	0.25	1.75	1.50	1.25	0.50
Pánico/somatización	1.67	0.67	0.44	1.56	1.44	1.33	1.44	0.67	0.44	1.44	1.22	1.22	1.44

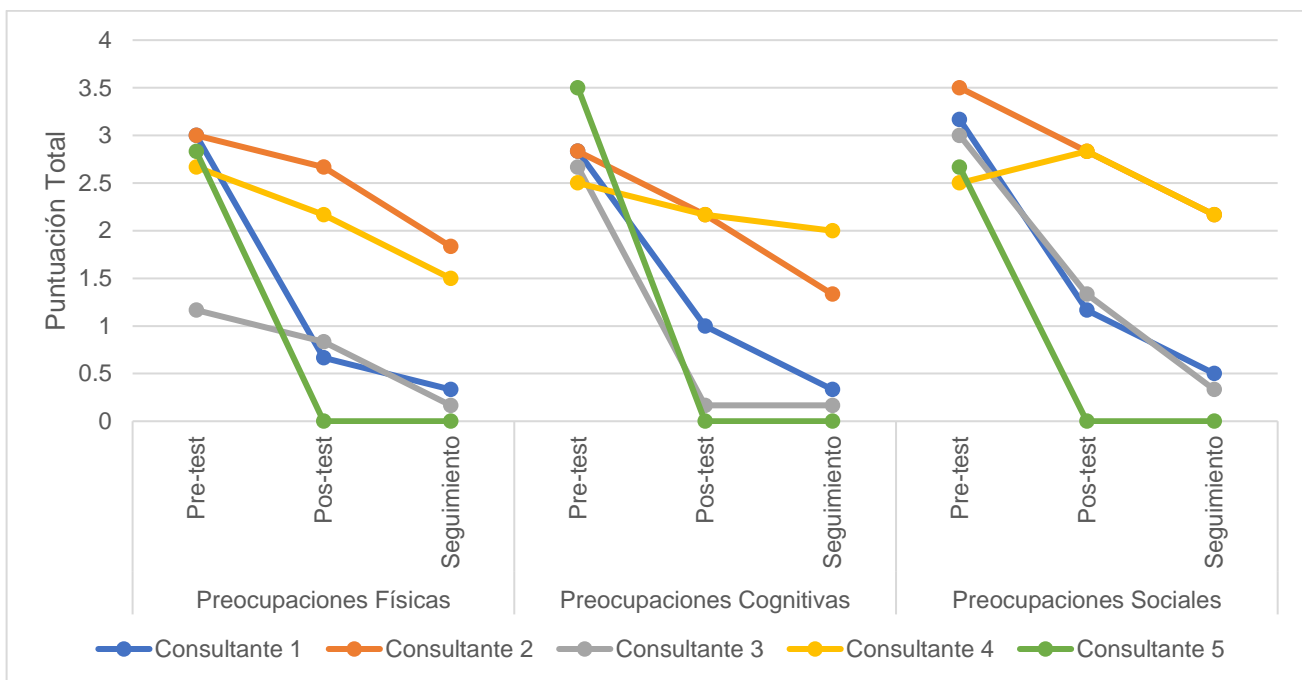
Notas. PRE=Pre-test, POS=Pos-test, SEG=seguimiento. Puntuación máxima de Sensibilidad a la Ansiedad y sus sub-escalas = 4. Puntuación máxima de Ansiedad y sus sub-escalas = 2. No se cuenta con la información del pos-test ni seguimiento de la consultante 5.



En cuanto al análisis de los factores que componen a la sensibilidad a la ansiedad (Figura 4), se puede comentar que las preocupaciones físicas y las preocupaciones cognitivas disminuyeron en todas las consultantes y en los tres tiempos de medición, con la excepción de que la C3 no mostró una mayor mejoría del pos-test al seguimiento en cuanto a las preocupaciones cognitivas, no obstante, desde el pos-test ya tenía una puntuación prácticamente nula en este factor, de 0.17 puntos de 4 en total. Por su parte, las preocupaciones sociales disminuyeron en las consultantes C1, C2 y C3 en los tres tiempos de medición. Sin embargo, en el caso de la consultante C4 se observó un patrón de V invertida en este factor, puntuando 2.50 en el pre-test, 2.83 en el pos-test y 2.17 en el seguimiento.

**Figura 4**

*Comparación Entre Consultantes de Puntuaciones en las Sub-Escalas de Sensibilidad a la Ansiedad*



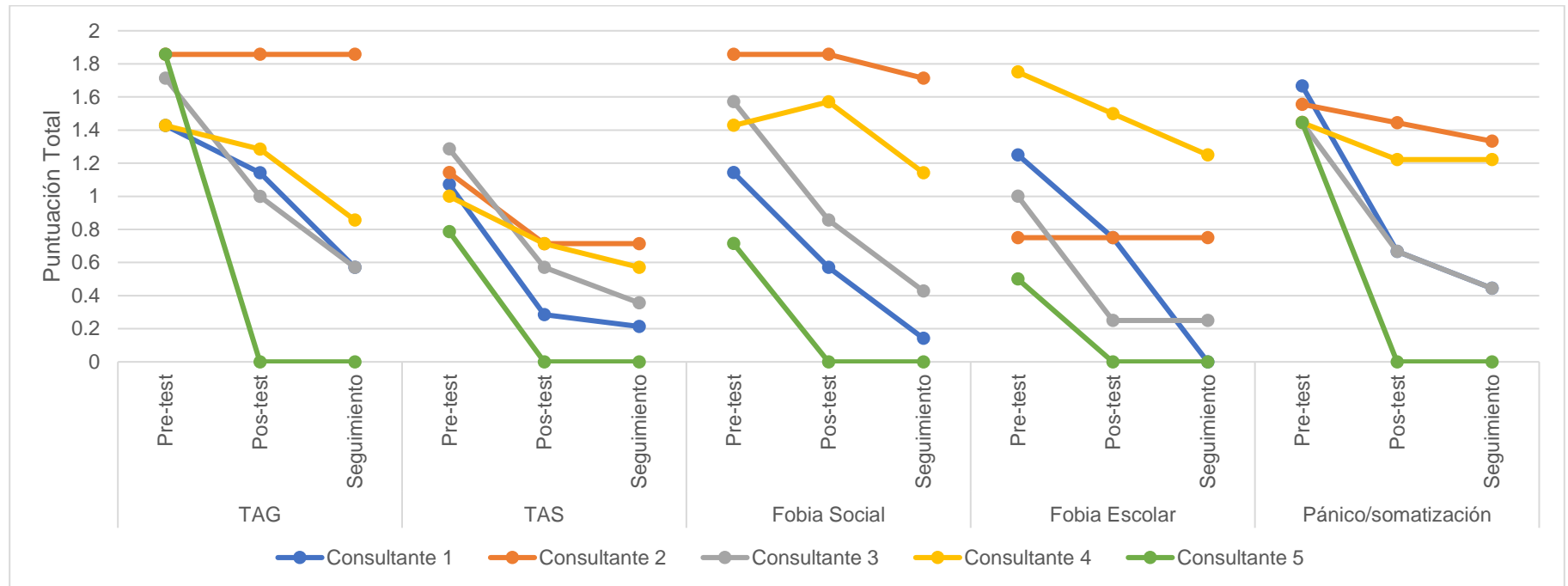
*Nota.* Las consultantes 2 y 4 obtuvieron el mismo puntaje en la Sub-Escala Preocupaciones Sociales en el seguimiento.

En cuanto al análisis de los factores que componen a la ansiedad (Figura 5), se puede comentar que todas mostraron el patrón de disminuir en las tres mediciones, salvo las siguientes excepciones:

- a) La consultante C2 mantuvo sus niveles de TAG y fobia escolar en los tres tiempos de medición. Además, obtuvo los mismos niveles de trastorno de ansiedad por separación en el pos-test y seguimiento y de fobia social en el pre-test y pos-test.
- b) La C3 tuvo el mismo nivel de fobia escolar en pos-test y seguimiento. Sin embargo, este ya era un nivel relativamente bajo (0.25 puntos de 2 en total).
- c) La consultante C4 mostró un patrón de V invertida en el factor de fobia social, pues obtuvo 1.43 puntos en el pre-test, 1.57 en el pos-test y 1.14 en el seguimiento. Además, tuvo el mismo nivel de pánico/somatización en pos-test y seguimiento.

**Figura 5**

*Comparación Entre Consultantes de Puntuaciones en las Subescalas de la Ansiedad*



*Notas.* Las consultantes 1 y 3 obtuvieron el mismo puntaje en la Sub-Escala Pánico/somatización en el seguimiento. TAG=Trastorno de Ansiedad Generalizada, TAS=Trastorno de Ansiedad por Separación.

## CAPÍTULO 5

### Discusión y Conclusiones

---

En promedio una de cada seis personas en el mundo es adolescente, y a su vez, uno de cada siete adolescentes padece algún trastorno mental, siendo algún trastorno de ansiedad el diagnóstico más común en este grupo etario, tanto a nivel mundial como nacional. Para tratar estos cuadros, las terapias de corte cognitivo-conductual han sido ampliamente comprobadas. Sin embargo, otros tipos de aproximaciones, como son las sistémicas no han sido suficientemente documentadas, en particular en México y menos aún con un encuadre grupal y virtual. Es por lo anterior que el objetivo de esta investigación fue explorar los resultados al aplicar una intervención de corte sistémica, particularmente desde el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones a adolescentes con sintomatología ansiosa en un encuadre grupal y virtual.

El grupo terapéutico estuvo conformado por cinco adolescentes mujeres de entre 17 y 18 años que además de que su motivo de consulta fue ansiedad, cumplieron con la mayoría de los síntomas de ansiedad investigados durante la entrevista clínica. Llama la atención que, si bien la convocatoria estuvo abierta para ambos sexos y para edades de entre 13 y 18 años, quienes solicitaron la atención presentaron características demográficas bastante homogéneas. Lo anterior puede deberse a que, de acuerdo con los estudios de prevalencia, la ansiedad es más común en mujeres que en hombres, así como más frecuente en adolescentes de los 15 a los 19 años que de los 10 a los 14.

Las integrantes del grupo también tenían estilos de vida similares, pues todas estaban atravesando el proceso de transición del bachillerato a la universidad, unas más adelantadas que otras. Mientras que unas asistían al último año del bachillerato y se preparaban para sus exámenes de admisión a la universidad, otras acababan de concluir su bachillerato y estaban esperando sus resultados de la universidad. Su rutina general se componía de ir a la escuela, cumplir con sus deberes académicos, estudiar para sus exámenes de admisión y ayudar con los deberes del hogar. Las que

estaban a la espera de resultados se dedicaban a ayudar con los deberes del hogar y dar seguimiento a su proceso. Además, las adolescentes coincidieron en que los principales estresores en su vida eran las presiones escolares y relaciones con sus familiares.

Sobre la adherencia al tratamiento, todas las participantes se mostraron receptivas a la intervención, atentas a las participaciones de sus compañeras, constantes con sus tareas, participativas y mantuvieron todo el tiempo la cámara encendida, a menos que haya ocurrido un problema puntual de estabilidad de internet. Lo anterior puede deberse a diversos motivos como que se logró establecer una alianza terapéutica y que todas las consultantes fueron las principales interesadas en recibir la atención, no fueron enviadas por sus familiares, situación que a menudo ocurre. Por lo tanto, entrarían en la clasificación de clientes compradores, de acuerdo con la conceptualización de la relación paciente-terapeuta de Berg y Miller (1992).

En cuanto a la asistencia a las sesiones, con la excepción de la C5, las demás participantes demostraron un alto compromiso con el proceso terapéutico, pues asistieron a casi la totalidad de las sesiones, y si llegaron a faltar, fue por razones ajenas al proceso de terapia. Particularmente, las consultantes C2 y C3 asistieron a todas las sesiones, la C4 faltó a una sola sesión debido a que coincidió con su cita para realizar un trámite de inscripción a la universidad y avisó con antelación, por el mismo motivo, la C1 faltó una sesión. La C1 faltó en una segunda ocasión debido a que fue víctima de un intento de secuestro y fue a hacer el procedimiento de denuncia. Hecho que no se debe minorizar, pues la inseguridad es una característica del macrosistema en que se desarrollan los mexicanos, y algunos casos de ansiedad se relacionan con esta inseguridad, preocuparse por que no les vaya a pasar algo malo a ellos o a sus familiares cuando salen a la calle, por ejemplo.

En cuanto a los resultados, se puede comentar que tras la intervención hubo una disminución de los niveles de sensibilidad a la ansiedad y ansiedad, tanto de forma grupal como individual. Además, los niveles continuaron disminuyendo, así como se registró en la evaluación de seguimiento. Llama la atención que la variable más sensible a los cambios en esta intervención fue sensibilidad a la ansiedad.

Luego, cuando se analizaron sensibilidad a la ansiedad y ansiedad por los factores que las componen, la mayoría de las consultantes disminuyeron sus niveles en las diferentes subescalas, con algunas excepciones. Resalta especialmente el patrón de V invertida en la consultante C4 en las subescalas de Preocupaciones Sociales del ASI-3 y Fobia Social del SCARED.

Al analizar la evolución de las consultantes a nivel individual, destaca que las consultantes C1 y C3 tuvieron cambios muy pronunciados, mientras que las consultantes C2 y C4 se mantuvieron más estables, al menos en cuanto los instrumentos reflejan, pues además de la evaluación con los instrumentos, todas las participantes narraron señales de mejoría a lo largo de las sesiones.

En cuanto a las técnicas del modelo de TBCS se pudieron aplicar en las intervenciones y se cuentan con una gran cantidad de ejemplos de recursos, excepciones, redefiniciones, y demás. Es pertinente mencionar que, tras ordenar la información de las respuestas de las consultantes, se obtuvieron algunos productos secundarios útiles como cuadros para que el terapeuta pueda apoyarse e ir dirigiendo las sesiones de una manera estructurada y ordenada. A continuación, se describen dos anécdotas que llamaron particularmente la atención durante el proceso terapéutico.

Tras aplicar la pregunta del milagro, la C3 mencionó que su primer pequeño paso para acercarse a su día milagro era ordenar su cuarto y mantenerlo limpio durante la semana. Llama la atención que algo que a primera vista parece tan “pequeño o trivial” desencadenó una serie de cambios. A la siguiente sesión ella se mostró más optimista, con mayor energía y una mejoría sustancial, sus familiares se sorprendieron con su nueva actitud e incluso le dijeron “qué milagro que estaba haciendo quehacer” y “qué milagro que te veo motivada”. A partir de ese momento, la consultante describió mejorías cada vez más grandes a lo largo de las sesiones. Lo anterior se puede considerar como un ejemplo del efecto bola de nieve sobre que sólo es necesario un pequeño cambio para desembocar espirales benevolentes (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1993).

Cuando la C1 describió su día milagro y que mencionó que su mamá cambiaría su forma de comportarse con ella (un aspecto fuera del locus de control interno), la terapeuta supervisora introdujo

la idea de cambiar cómo se comporta para romper el círculo vicioso “mi mamá habla feo -> yo le respondo feo -> cuando yo le respondo feo, mi mamá me habla más feo”. Esta intervención tuvo excelentes resultados, pues la siguiente sesión la consultante se notaba mucho más alegre y optimista. Comentó que había puesto en práctica lo de romper el patrón de interacción y como consecuencia su mamá y ella “habían convivido de lujo durante toda la semana, hasta parecían uña y mugre”. Esta intervención viene de las intervenciones estratégicas del MRI sobre romper pautas de interacción que, si bien no es una técnica tan característica de la TBCS, sí es de sus antecedentes directos y no se contrapone con sus principios. De esta situación es pertinente resaltar la importancia de la capacidad de maniobra del terapeuta, que los modelos de terapia sistémica no son excluyentes y que si el terapeuta es experimentado, puede utilizar su juicio clínico para aplicar técnicas de diferentes enfoques sistémicos relacionados. Además, a partir de este punto la consultante C1 continuó describiendo menos malestar a lo largo de las sesiones y da la impresión de que fue un momento clave para su mejoría.

Por otra parte, es pertinente resaltar que la intervención se realizó en su totalidad durante el confinamiento por COVID-19, y por tanto el equipo terapéutico tuvo que poner en práctica competencias profesionales relacionadas al trabajo en línea. Para las adolescentes fue muy accesible la forma de trabajo, pues se mostraron habilidosas en el uso de la tecnología, y tuvieron la oportunidad de recibir atención psicológica desde su hogar tras “unos cuantos clics”. Asimismo, la modalidad de trabajo virtual fue conveniente y, comparando con su contraparte presencial, mitigó posibles limitaciones, como lo son el gasto en los pasajes, el riesgo potencial de contagiarse de COVID-19, el tiempo de traslado de la escuela a las sesiones terapéuticas y luego a su hogar, además se superó la limitante de que en ocasiones las adolescentes no tienen permitido trasladarse por ellas mismas y sus padres o tutores no las pueden acompañar. En suma, este trabajo se sumó a la tendencia emergente de la virtualización de los procesos terapéuticos debido a la pandemia y demostró beneficios.

En este punto es pertinente enunciar algunas de las limitaciones de la presente investigación:

- El número de participantes no permitió realizar una prueba estadística.

- No se contó con información del pos-test ni seguimiento de la consultante C5. Sería interesante ver cómo fue su progreso a pesar de haber asistido sólo al 50% de las sesiones.
- El horario de las sesiones fue fijó, y algunas consultantes perdieron una sesión debido a que tenían que hacer trámites o iban a viajar ese día. Situaciones que se preveían, incluso las consultantes mismas avisaron desde antes que tales fechas no iban a asistir. Probablemente de haberse tenido un poco de flexibilidad en el horario, se pudieron haber reagendado las sesiones.

Por último, se concluye que la intervención sistémica desde el modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones a adolescentes con sintomatología ansiosa sí disminuye la ansiedad, la sensibilidad a la ansiedad y produce otras mejorías cualitativas en los consultantes. A pesar de las limitaciones descritas anteriormente y que en esta ocasión no se midió el efecto, los resultados de esta tesis se pueden tomar como resultados preliminares de una puesta a prueba de una intervención.



## REFERENCIAS

- American Psychological Association. (s.f.). Anxiety. American Psychological Association. <https://www.apa.org/topics/anxiety>
- Amnistía Internacional (2017). *Embarazo en la Adolescencia en Argentina*. Amnistía Internacional <https://amnistia.org.ar/wp-content/uploads/delightful-downloads/2017/05/05-Embarazo-Adolescente.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. American Psychiatric Publishing.
- Barcelata, B., y Flores, M. (2019). *Enfoque triádico interventivo cognitivo conductual para adolescentes con sintomatología depresiva*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Basile, S., Carrasco, M., y Martonell, J. (2015). Preocupaciones excesivas en la adolescencia: descripción, evaluación y tratamiento de un caso de ansiedad generalizada. *Clínica y Salud*, 26(3), 121-129.
- Beck, A. T. (1972). Cognition, Anxiety and Psychophysiological Disorders. En C. D. Spielberger (Ed.) *Anxiety: current trends in theory and research* (pp. 343-354). Academic Press.
- Beck, J., Beck, A., Jolly, J. y Steer, R. (2005). Inventarios de Beck para niños y adolescentes-2. Pearson.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Blanco, J., Rojas, E., Fleiz, C., Méndez, E., Zambrano, J., y Aguilar-Gaxiola, S. (2009). La encuesta de Salud Mental en adolescentes de México. En J. Rodríguez, R. Kohn, y S. Aguilar-Gaxiola (Eds.) *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 90-98), Organización Panamericana de la Salud.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., y Cruz C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163.
- Berg, I. K., y de Shazer, S. (1993). *Making numbers talk: Language in therapy* [Haciendo que los números hablen: el lenguaje en terapia]. En S. Friedman (Ed.), *The new language of change* (pp. 5-24). Guilford Press.
- Berg, I. K., y Miller, S. D. (1992). *Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para terapias de familia breves*. Editorial Gedisa.
- Beyebach, M, (2014). La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones. En Alicia Moreno (ed.) *Manual de Terapia Sistémica*. Desclée De Brouwer.
- Borges, G., Benjet, C., Medina-Mora, M. E., y Wang, P. S. (2008). Treatment of mental disorders for adolescents in Mexico City. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(10), 757-764.
- Caraveo, J. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la Ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, 30(1), 48-55.
- Caraveo-Anduaga, J. y Martínez-Vélez, N. (2019). Salud mental infantil: una prioridad a considerar. *Salud Pública de México*, 61(4)

- Cepeda, V. (2021). *Efecto de un protocolo de entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) sobre la sintomatología emocional en adolescentes [Tesis de maestría, Fundación Universitaria Konrad Lorenz]*
- Chen, S. (2020). An online solution focused brief therapy for adolescent anxiety during the novel coronavirus disease (COVID-19) pandemic: a structured summary of a study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 21, 402. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04355-6>
- De la Barra, F. (2009). Epidemiología de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: Estudios de prevalencia. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 47(4), 303-314.
- De la Mora, M. (2003). Dónde y cómo se produce la ansiedad: sus bases biológicas. *Ciencia*, 54(2), 16-28. [https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54\\_2/como\\_produce\\_ansiedad.pdf](https://www.revistaciencia.amc.edu.mx/images/revista/54_2/como_produce_ansiedad.pdf)
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy* [Pistas: Investigando soluciones en terapia breve]. Norton.
- De Shazer, S. (1999). *En un origen las palabras eran magia*. Gedisa.
- Díaz-Guerrero R. y Spielberger, C. (1975). *IDARE: Inventario de ansiedad: rasgo-estado*. El Manual Moderno.
- English, O., Wellings, C., Banerjee, P., y Ougrin, D. (2019). Specialized Therapeutic Assessment-Based Recovery-Focused Treatment for Young People With Self-Harm: Pilot Study. *Frontiers in Psychology*, 10, 895
- Espinosa-Fernández, L., García-López, L., y Muela, J. (2018) Una mirada hacia los jóvenes con trastornos de ansiedad. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 11-24.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock 'n' roll)*. SAGE Publications.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R., Reales J., y Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175.
- Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro". (2010). *Guía clínica: diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad*. Secretaría de Salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274360/Guia\\_Trastornos\\_de\\_Ansiedad.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/274360/Guia_Trastornos_de_Ansiedad.pdf)
- Hsu, K.-S., Eads, R., Lee, M., y Wen, Z. (2021). Solution-focused brief therapy for behavior problems in children and adolescents: A meta-analysis of treatment effectiveness and family involvement. *Children and Youth Services Review*, 120(8):105620. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105620>
- Institute for Solution-Focused Therapy. (s.f.). *What is Solution-Focused Therapy? [¿Qué es la Terapia Centrada en las Soluciones?]*. Institute for Solution-Focused Therapy. <https://solutionfocused.net/what-is-solution-focused-therapy/>
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. (2010). *Guía Clínica para los Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes*. Instituto Nacional de Psiquiatría. [http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos\\_de\\_ansiedad.pdf](http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_de_ansiedad.pdf)

- Lazaruz, R., y Averill, J. (1972). Emotion and cognition: With special reference to anxiety. En C. D. Spielberger (Ed.) *Anxiety: current trends in theory and research* (pp. 241-283). Academic Press.
- Lerner, R. (2005). *Promoting Positive Youth development: Theoretical and Empirical Bases*. Tufts University.
- Lipchik, Eve (2004). *Terapia centrada en la solución: más allá de la técnica*. Amorrortu.
- Medina-Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L., y Aguilar-Gaxiola, S. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 26(4), 1-16.
- Monga, S. (2018). Brief guided parent-delivered CBT is both efficacious and cost-effective for childhood anxiety disorders. *Evidence-Based Mental Health*, 21(2)
- O'Hanlon, W., y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Paidós
- Ochoa, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Herder.
- OMS (2019). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. Clasificación internacional de enfermedades. <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fclid%2fentity%2f1336943699>
- OMS (2017). *Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation* [Acción acelerada global por la salud de los adolescentes (AA-SA): guía para apoyar la implementación en los países]. World Health Organization <https://www.who.int/publications/i/item/9789241512343>
- OMS. (17 de noviembre de 2021). *Salud mental del adolescente*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018*. Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/Estrategia-y-Plan-de-Accion-Regional-sobre-los-Adolescentes-y-Jovenes.pdf>
- Orgilés, M., Méndez, X., Rosa A., e Inglés, C. (2003). La terapia cognitivo-conductual en problemas de ansiedad generalizada y ansiedad por separación: un análisis de su eficacia. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 19(2), 193-204. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27661>
- Padilla, C. (2014). Tratamiento cognitivo-conductual de un adolescente con trastorno de ansiedad generalizada. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 1(2), 157-163. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=477147184007>
- Prout, H., y Fedewa, A. (Eds.). (2015). *Counseling and psychotherapy with children and adolescents: Theory and practice for school and clinical settings*. John Wiley y Sons Inc.
- Ramos, B., Vargas, P., Cruz, V., Bautista, J. y García, M. (2015). *Manual operativo para el manejo del expediente clínico psicológico*. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

- Rodríguez, J., Khon, R. y Aguilar-Gaxiola, S. (Eds.). (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf>
- Romero, M. (2016). Pruebas de bondad de ajuste a una distribución normal. *Revista Enfermería del Trabajo*, 6(3), 105-114.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en Psicología Clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-269.
- Sánchez, S. (2004). *Validez y confiabilidad de la escala de ansiedad (SCARED) para niños y adolescentes [Tesis de subespecialidad, Universidad Nacional Autónoma de México]*.
- Sandin, B., Valiente, R., Chorot, P., y Santed, M. (2007). ASI-3: nueva escala para la evaluación de la sensibilidad a la ansiedad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 91-104.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A., Sánchez-Meca, J. Méndez, X., Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología Conductual*, 10(3), 503-521.
- Secretaría de Desarrollo Económico de la Ciudad de México (2020). *Principales Resultados del Censo Población y Vivienda 2020*. SEDECO. <https://www.sedeco.cdmx.gob.mx/storage/app/media/uploaded-files/resultados-del-censo-pob-y-viv-2020-1.pdf>
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México. (s.f.). *Salud Mental*. Portal Ciudadano del Gobierno del Distrito Federal. <http://data.salud.cdmx.gob.mx/portal/index.php/programas-y-acciones/309>
- Sierra, J. Ortega, V., y Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividad*, 3(1), 10-59. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>
- Silva, C., Hernández, A., Jiménez, B., y Alvarado, N. (2016) Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana. *Psicología y Salud*, 26(2), 253-262.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. En C. D. Spielberger (Ed.) *Anxiety: current trends in theory and research* (pp. 23-49). Academic Press.
- Taylor, S. (Ed.). (1999). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Taylor, S., Zvolensky, M., Cox, B., Deacon, B., Abramowitz, J., Holaway, R., Sandin, B., Stewart, S., Coles, M., Eng, W., Daly, E., Arrindel, W., Bouvard, M. y Jurado, S. (2007). Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity : Development and Initial Validation of the anxiety sensitivity Index-3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176-188.
- UNICEF (s.f.). *¿Qué es la adolescencia?* UNICEF Uruguay. <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Vicuña, J., y Del Bosque, J. (1997). *Traducción, sensibilidad y confiabilidad de la escala para ansiedad para niños y adolescentes (SCARED) [Tesis de subespecialidad, Hospital J. N. Navarro]*.

Weakland, J., Fish, R., Watzlawick, P., y Bodin, A. (1974). *Terapia Breve: Centrada en la resolución de problemas*. UAHC

## **ANEXOS**

## Anexo 1. Descripción de publicación y cartel

¡Adolescentes! ¿Frecuentemente sientes angustia, nerviosismo o ansiedad?  
Recibe Atención Psicológica GRATUITA.  
Estamos por comenzar, únete ahora.  
Informes e inscripciones sólo mediante el correo electrónico:  
adolescenciaysalud@hotmail.com  
\*Sólo para adolescentes entre 13 y 18 años



### Programa de Atención a Adolescentes CUAS Zaragoza



**¿Tienes problemas de ansiedad?**

**¿Te sientes nervioso/a?**

**¿Con angustias y preocupaciones?**




Atención Psicológica Grupal en Línea  
**SIN COSTO**

**INFORMES**

adolescenciaysalud@hotmail.com





## Anexo 2. Consentimiento Informado



**FES ZARAGOZA**  
**Dirección General de Asuntos del Personal Académico**

### Consentimiento Bajo Información

 [REDACTED]@gmail.com (no se comparten) [Cambiar cuenta](#) 

\*Obligatorio

#### Consentimiento

De manera libre y voluntaria, siendo mayor de edad y conociendo mis derechos personales y en mi calidad de tutor declaro en forma libre y voluntaria [SI] ACEPTO o [NO] ACEPTO lo siguiente:

1. El Servicio de Psicología de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud (CUAS) de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z) de la UNAM, ofrece sus servicios (evaluación y atención psicológica) con la participación de un profesor titular responsable y alumnos de psicología en formación profesional. \*

Sí

No

2. Los alumnos están supervisados por profesores titulares en todas las actividades profesionales que realizan (evaluación e intervención psicológica, investigación). \*

Sí

No

3. Doy mi consentimiento para que las entrevistas que me involucran a mí y/o a los miembros de mi familia pueden ser observadas por los profesionales de la institución y/o profesionales externos, invitados para observar su trabajo. \*

Sí

No

4. Asimismo, doy mi consentimiento para que estas entrevistas sean grabadas en \*



### Anexo 3. Guía para Identificar Sintomatología Ansiosa Durante la Entrevista Clínica

#### GUÍA PARA IDENTIFICAR SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA DURANTE LA ENTREVISTA CLÍNICA

En el presente documento se encuentra a) el formato correspondiente al apartado *V. MOTIVO DE CONSULTA*, de la historia clínica de la CUAS Zaragoza, y b) Instrucciones para el investigador mientras indaga el motivo de consulta.

##### A. FORMATO: APARTADO V. MOTIVO DE CONSULTA

5.1. Problemática actual:

---

---

---

5.2. Antecedentes del problema:

---

---

---

5.3. Diagnóstico/s previo/s (incluso médicos) y tratamiento actual:

---

---

---

5.4 Durante los últimos 6 meses has sentido:

Sensación de inquietud, miedo o ansiedad. Indicar cuál(es): \_\_\_\_\_

Taquicardia o presión en el pecho. Indicar cuál(es): \_\_\_\_\_

Tensión en los músculos o temblores. Indicar cuál(es): \_\_\_\_\_

Respiración entrecortada o sensación de que le falta aire. Indicar cuál(es): \_\_\_\_\_

Alteración al sueño: no poder dormir debido a las preocupaciones o tener sueño ligero y despertar sin sentirse “descansado”. En caso de que sí, ¿podrías describir tu situación? \_\_\_\_\_

Irritabilidad o falta de concentración. ¿Podrías describir en qué situación(es)? \_\_\_\_\_

¿Has sentido que algo muy grave te está pasando o que está por sucederte? \* ¿Podrías describir en qué situación(es)? \_\_\_\_\_ \*Si preguntan a qué se refiere la pregunta, pueden decir “por ejemplo, pensar que te va a dar un infarto, que te vas a volver loco, o no saber por qué, pero te pones muy ansioso y sientes que algo grave está por sucederte”.

## B. INSTRUCCIONES PARA EL ENTREVISTADOR MIENTRAS INDAGA EL MOTIVO DE CONSULTA

1. Si el adolescente menciona que “se siente raro”, preguntar “¿qué es sentirse raro?”, si menciona que tiene ansiedad, preguntar “¿a qué te refieres con ansiedad? ¿cómo identificas que estás ansioso?”, etc.
2. Estar atento y explorar si se describen con alguna(s) de las siguientes palabras clave, además de *ansiedad*: *ser nervioso, ser inquietos, tener miedo, o preocuparse mucho*. Estas son palabras clave ya que a menudo es el vocabulario que utilizan para referirse a la ansiedad.
3. Escuchar con atención al adolescente, pues este es candidato para tener ansiedad si mientras informa sobre su motivo de consulta, comenta alguna(s) situación(es) que dejen ver que:
  - Siente una ansiedad, miedo o preocupación intensa y exagerada ante situaciones que a las demás personas de su edad les afectaría en mucho menor medida. Algunos ejemplos son:
    - Miedo excesivo ir a la escuela o ir a fiestas.
    - Siente una ansiedad excesiva para mantener una conversación o reunirse con personas extrañas.

- Le da mucho miedo y se resiste a quedarse solo/a en casa o sin sus cuidadores principales.
  - Se preocupa demasiado porque algo malo le pueda pasar a sus seres queridos sin tener ninguna razón realista de que eso sea posible.
  - Su ansiedad, miedo o preocupación es tan excesiva, que afecta algunas áreas de su vida y le impide realizar algunas actividades cotidianas. Algunos ejemplos son:
    - Afecta en su ámbito escolar porque no hace sus tareas, y no hace sus tareas porque su estado ansioso le hace ser incapaz de concentrarse.
    - No puede (o le cuesta mucho) asistir a la escuela porque se siente muy ansioso (ya sea debido a las interacciones con sus compañeros, profesores, o salir a la calle en general). Por esta misma razón, afecta en su ámbito escolar y social.
    - Afecta su ámbito familiar y social porque al sentirse
  - Le resulta difícil tranquilizarse y realizar sus actividades con normalidad.
4. En caso de que a) el/la adolescente no mencione situaciones de ansiedad mientras describe el motivo de consulta, pero b) sí presente varios de los síntomas ansiosos, se recomienda explorar sobre estos síntomas para identificar situaciones de ansiedad. Por ejemplo, “Me mencionas que has sentido presión en el pecho y que tu corazón palpita muy rápido, ¿En qué situaciones sientes esto?”

## Anexo 4. SCARED



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

 [redacted]@gmail.com (no se comparten) [Cambiar cuenta](#) 

**\*Obligatorio**

#### SCARED (Sánchez, 2004)

INSTRUCCIONES: Esta es una lista de frases que describen cómo te sientes. Para cada oración marca la opción según te suceda, ya sea nunca, algunas veces o casi siempre. Para responder, toma en cuenta las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas o malas.

1. Cuando tengo miedo, no respiro bien. \*

Nunca

Algunas veces

Casi siempre

2. Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza. \*

Nunca

Algunas veces

Casi siempre

3. Me molesta estar con personas que no conozco. \*

Nunca

Algunas veces

Casi siempre

4. Cuando duermo en una casa que no es la mía, siento miedo. \*

Nunca

Algunas veces

Casi siempre

5. Me preocupa saber si le caigo bien a las personas. \*

## Anexo 5. ASI-3



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

 [Redacted]@gmail.com (no se comparten) [Cambiar cuenta](#)

**\*Obligatorio**

#### ASI-3 (Jurado, 2007)

**INSTRUCCIONES:** Por favor selecciona la opción que mejor refleje tu situación. Si alguna de las situaciones se refiere a algo que no has vivido o experimentado nunca (por ejemplo, desmayarse en público), contesta pensando en cómo te sentirías si tuvieras esa experiencia. En caso de que si hayas vivido la situación que se te plantea, contesta sobre las situaciones con base a tu propia experiencia.

1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso/a. \*

Muy poco

Un poco

Algo

Mucho

Muchísimo

2. Cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco/a. \*

Muy poco

Un poco

Algo

Mucho

Muchísimo

3. Me asusta cuando mi corazón late muy rápidamente. \*

Muy poco

Un poco

Algo

**Anexo 6. Ejemplo formato de planeación de sesiones**



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
 PROGRAMA DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES  
 PLANEACIÓN DE LA SESIÓN GRUPAL



Grupo/Pacientes: \_\_\_\_\_  
 Meta terapéutica: \_\_\_\_\_  
 Terapeuta: \_\_\_\_\_  
 Co-terapeuta: \_\_\_\_\_  
 Observadora: \_\_\_\_\_  
 No. de sesión: \_\_\_\_\_  
 Objetivo sesión: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

SÓLO PARA INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
 FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA  
 PROGRAMA DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES  
 PLANEACIÓN DE LA SESIÓN GRUPAL



OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICA(S)	DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA	OBSERVACIONES

SÓLO PARA INVESTIGACIÓN