



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia

Manuscrito Recepcional
Programa de Profundización en Psicología
Clínica

ADOLESCENCIA Y EMOCIONES DISPLACENTERAS. UNA
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Reporte de investigación empírica (Metodología cualitativa)

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Marisol De Jesús Osorio

Director: Mtra. Claudia Elisa Canto Maya

Vocal: Lic. Gustavo Montalvo

Secretaria: Selene Domínguez Boer

Los Reyes Iztacala Tlalnepantla, Estado de México, 07 de junio 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.

Contenido

Resumen	4
Introducción.....	5
Capítulo 1	7
1.1 Definición de adolescencia	7
1.2 Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia.....	11
1.3 Ideación suicida	17
1.4 Las emociones.....	18
1.5 Emociones displacenteras	23
1.6 Tolerancia a la frustración.....	26
Capítulo 2	29
2.1 Terapia breve centrada en soluciones.....	29
2.2 Terapia cognitiva	31
2.3 Terapia conductual.....	33
2.3.1 <i>Economía de fichas</i>	34
2.3.2 <i>Respiración y relajación progresiva</i>	36
2.3.3 <i>Desensibilización sistemática</i>	37
2.4 Terapia cognitivo-conductual.....	38
2.4.1 <i>Higiene del sueño</i>	43
Capítulo 3	45
3.1 Estrategias de Intervención.	45
3.1.1. <i>Terapia Breve Centrada en Soluciones</i>	45
3.1.2. <i>Respiración diafragmática</i>	47
3.1.3. <i>Economía de fichas (EF)</i>	47
3.1.4. <i>Locus de control</i>	48
3.1.5. <i>Comunicación asertiva</i>	48
3.1.6. <i>Horarios y rutinas en casa</i>	49
3.2. Participantes.....	49
3.3. Instrumentos.....	50
3.3.1. <i>Entrevista</i>	50
3.3.2. <i>Inventario de ansiedad de Beck</i>	51
3.3.3. <i>Inventario de Depresión de Beck</i>	52
3.4. Familiograma.....	53

Procedimiento.....	53
<i>Sesión 1</i>	55
<i>Sesión 2</i>	56
<i>Sesión 3</i>	57
<i>Sesión 4</i>	58
<i>Sesión 5</i>	59
<i>Sesión 6</i>	60
<i>Sesión 7</i>	61
<i>Sesión 8</i>	62
<i>Sesión 9</i>	63
Resultados.....	64
Conclusiones.....	68
Bibliografía.....	70

Resumen

El presente trabajo busca conocer el efecto de la terapia breve centrada en soluciones, en un caso de ideación suicida en un adolescente. Se realiza evaluación mediante entrevista abierta con la madre y el menor, se aplica Inventario de ansiedad y depresión de Beck donde el adolescente muestra índices de ansiedad y depresión medias. El objetivo es realizar intervención basada en la Terapia Breve Centrada en Soluciones complementada con estrategias de la Terapia cognitivo-conductual para proporcionar herramientas al adolescente y promover un cambio en su conducta y cognición, para así eliminar el pensamiento suicida. Se realizan nueve sesiones de intervención, al finalizar se obtienen resultados de ansiedad y depresión leves y se detienen los comentarios alusivos al pensamiento suicida e ideas de muerte, lo cual confirma la eficacia de la intervención propuesta.

Palabras claves: Ideación suicida, Terapia Breve Centrada en soluciones, Terapia cognitivo-conductual.

Abstract

The case of a twelve-year-old adolescent with suicidal ideation is described, who frequently tells his mother the way he would take his own life. An evaluation is carried out through an open interview with the mother and the younger, the Beck Anxiety and Depression Inventory is applied, where the adolescent shows average levels of anxiety and depression. The objective is to carry out an intervention based on Focused Brief Therapy and Solutions, complemented with Cognitive-Behavioral Therapy to provide strategies to the adolescent and promote a change in their behavior and cognition, in order to eliminate suicidal thinking. Nine intervention sessions are carried out, at the end mild anxiety and depression results are obtained and a total elimination of talking about suicide is shown, which confirms the effectiveness of the proposed intervention.

Keywords: Suicidal ideation, Solution-Focused Brief Therapy, Cognitive-behavioral therapy.

Introducción

La ideación suicida es un problema frecuente entre adolescentes, según la OMS (2021), cada año se suicidan cerca de 700,000 personas, por cada suicidio consumado se realizan una gran cantidad de tentativas de suicidio. El suicidio es la cuarta causa de muerte entre jóvenes de 15 a 29 años, la OMS reconoce que el suicidio es una prioridad para la salud pública. En la población en general, un intento de suicidio no consumado es el factor individual de riesgo más importante.

En México se realizan encuestas periódicas a jóvenes para conocer su realidad y salud mental, las cuales han mostrado que tan solo en la Ciudad de México y área metropolitana existen casi dos millones de adolescentes, de los cuales el 16% de estos han desertado de la escuela, el 10% tiene responsabilidades adultas como tener un hijo, estar casado o trabajar tiempo completo, una tercera parte no vive con ambos padres, casi una tercera de esos dos millones de jóvenes ha estado expuesto en algún momento de su vida al consumo de drogas, además de un alto índice ha vivido algún suceso traumático como pérdidas de un ser querido, accidentes, desastres naturales, violación, abuso sexual, maltrato físico por sus cuidadores, etc., a pesar de tales condiciones de vida que evidentemente producen un impacto en la salud mental, la disponibilidad de servicios de salud mental dirigidos a jóvenes es escasa (Berjet et al., 2009).

En la literatura encontramos que la depresión es el trastorno psíquico más recurrente entre los adolescentes, dicho trastorno provoca la alteración en el estado de ánimo presentando síntomas como inhibición, sensación de vacío, desinterés general, disminución de

la comunicación y contacto social, alteraciones del apetito y el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio y muy a menudo también es acompañado de ansiedad, así como otros síntomas (Alonso, 2009).

Dado lo anterior, mediante el presente trabajo, se ha realizado una intervención de nueve sesiones de 60 minutos cada una para el caso único, utilizando la Terapia Breve Centrada en Soluciones auxiliada con técnicas de Terapia Cognitivo-Conductual con la finalidad de combatir la ideación suicida.

Para entender el proceso realizado, se describen los motivos de consulta, así como algunos síntomas del adolescente, se detalla el proceso de evaluación e intervención clínica realizado, se incluye una revisión teórica para ilustrar la adolescencia, los factores de riesgo y protección, la ideación suicida, tolerancia a la frustración, emociones y emociones displacenteras, así como la contextualización sobre la Terapia Breve Centrada en Soluciones, la Terapia cognitivo conductual y la definición de diversas técnicas.

Finalmente se realiza la conclusión de la evolución y los logros alcanzados durante el proceso terapéutico: la intervención desde el enfoque cognitivo-conductual fue efectiva en este caso en particular, eliminando la ideación suicida y los recursos alcanzados por el adolescente muestran un cambio en su comportamiento, un cambio en la expresión de pensamientos.

Capítulo 1

1.1 Definición de adolescencia

Entre 193 y 192 a.c., la juventud o adolescencia aparecen en la historia como una fase de semi dependencia entre la infancia y la edad adulta, es en este periodo que se aprueba el acta de nacimiento de un nuevo grupo social que se ubicaba entre la pubertad y los 25 años. Posteriormente, durante la edad media y la época preindustrial, la juventud duraba de los 7 o 10 años a los 25 o 30 años y los colocaba entre la dependencia de la infancia y la independencia de la edad adulta caracterizada por el matrimonio y herencia (Lutte,1991).

A partir del siglo XX y por medio de diferentes aportes teóricos la adolescencia se comienza a considerar como un periodo que se inicia después de la pubertad y culmina con el ingreso a la adultez, Galende (2012) menciona que hasta finales del siglo XIX la adolescencia no era considerada dentro del desarrollo, de ser niño se pasaba a ser joven, después la adolescencia surge como un fenómeno contemporáneo y propio de la cultura occidental. Además, menciona que, para referirse a la adolescencia, es necesario entender los factores de cada época, de cada generación, de cada subcultura, además de considerar la historia singular y particular de cada adolescente, ya que es común que en nuestra cultura se relacione a los adolescentes con violencia y otras actitudes y comportamientos negativos generando como consecuencia apatía, desagrado y hasta evitar la interacción con estos adolescentes por parte de docentes y adultos en general.

Por otro lado, en una investigación realizada sobre Piaget y Vygotski (1970-1972), de De Faroh (2007) menciona que para Vygotsky el interés por el pensamiento adolescente estaba enfocado en lo educativo y consideraba ante todo a estos como seres pensantes y creía que el pensamiento adolescente cuenta con la capacidad de asimilar el proceso de formación de conceptos, lo que le permite apropiarse del pensamiento de conceptos y de una nueva y

superior forma de actividad intelectual. Mientras que en la teoría de Piaget al experimentar con sujetos de entre 5 y 16 años, pretendieron comprobar que el pensamiento concreto del niño pasaba al pensamiento formal del adolescente y así demostrar las diferencias cualitativas entre los dos tipos de pensamiento.

Hablando del comportamiento, Lozano (2014) cita a Stanley Hall quien describe la adolescencia como un período personal de tendencias contradictorias, donde el sujeto puede expresar mucha energía y actividad desmedida y alternativamente se muestra indiferente y desanimado, puede pasar de la euforia a la depresión, de la vanidad a la timidez, también del egoísmo al altruismo idealista.

En contraste, la UNICEF (2002) menciona que en el mundo existen 1,200 millones de jóvenes; siendo esta la generación más numerosa, más educada y más urbanizada de la historia, también que en la adolescencia, los niños interactúan con el mundo de una manera diferente, adquieren habilidad y emociones desconocidas hasta ese momento; su desarrollo físico y cognitivo durante esta etapa es única y fundamental, pues el cerebro adolescente se desarrolla a una velocidad comparada a la de la primera infancia. El 90% de esta población vive en países de bajos o medianos ingresos y 125 millones en zonas con conflictos armados.

En cada cultura el rango de edad del inicio y final de la adolescencia es diferente, de acuerdo con Crone (2019), la adolescencia es la fase de transición entre infancia y la edad adulta, dice que la palabra adolescencia procede del latín *adolescere*, que significa crecer o desarrollarse; de acuerdo a Steinberg (2008) la adolescencia abarca de los 10 a los 22 años y es que justo durante este periodo es cuando suceden grandes cambios en el desarrollo central del adolescente y como miembro de la sociedad, con objetivos personales y sociales, maduros, como ser capaz de formar un hogar, votar por partidos políticos, conducir de manera responsables y cuidar de su familia.

También podemos mencionar a Pérez y Santiago (2002), para quienes la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta que transcurre entre los 10 y 19 años, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales, que tiene la característica de profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, los cuales pueden ser generadores de crisis, conflictos y contradicciones, pero que sin duda son positivos. Mencionan que la adolescencia no son solamente cambios físicos, son una importante determinación hacia una independencia psicológica y social.

En los adolescentes su desarrollo cognitivo es mucho menos evidente que su desarrollo físico, Coleman y Hendry (2004) mencionan que estos cambios son un paso hacia la independencia de pensamiento y la acción, que le permiten desarrollar al sujeto una perspectiva temporal de su futuro, lo cual contribuye al progreso hacia la madurez en sus relaciones, también contribuyen al desarrollo de las destrezas de comunicación y ayudan para que posteriormente puedan asumir papeles de adultos en la sociedad. La adolescencia es una época de cambio, así como consolidación, sobre todo en el autoconcepto, el cual es la forma en que los jóvenes se perciben y comprenden a sí mismos, por lo tanto, su actividad y personalidad tienen una importante influencia sobre sus reacciones posteriores a los acontecimientos de su vida.

Pasar de la infancia a la adolescencia es como un duelo menciona Baztán (1994), de la misma forma que pasar de la adolescencia a la adultez y de la adultez a la vejez, sin embargo, es la adolescencia que ha sido considerada como el tránsito iniciático por excelencia hacia la adultez. Dice Baztán que la adolescencia comienza con la pubertad, sin embargo, el mismo complementa que no siempre es así, ya que la pubertad es un proceso biológico, mientras que la adolescencia es social-psicológica e inicia cuando se ha elaborado el duelo por la pérdida del cuerpo y universo parental infantil dándole paso a otro estatus sociocultural. También define a la adolescencia como el paso del ámbito de la madre al de la sociedad grupal, de una

sexualidad edípica a una sexualidad objetal, para algunos asexual y para otros sexual.

Existen diferentes clasificaciones de la adolescencia, Borrás Santiesteban (2014) habla de la primera adolescencia, también llamada precoz o temprana, que inicia de los 10 a 14 años, la segunda o tardía que va de los 15 a los 19 años de edad la cual define como un periodo vulnerable para la aparición de conductas de riesgo, donde se generan consecuencias para la salud, económicas y sociales; pero no solo es una etapa vulnerable, también es una etapa de oportunidad donde es posible contribuir a su desarrollo para ayudarlos a enfrentar los riesgos y las vulnerabilidades además de prepararlos para tener la capacidad de desarrollar sus potencialidades.

La realidad es que la adolescencia es una etapa de aprendizaje, según Diz (2013) es un periodo en el que se producen importantes cambios físicos y psicosociales que inician en la pubertad con los cambios hormonales, generando el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios que son la manifestación del desarrollo y maduración sexual de los adolescentes y que termina con el crecimiento y adquisición de conocimientos y estrategias para afrontar la edad adulta.

En México, según Cárdenas (2016) existe una importante tradición a la protección de los derechos de la infancia y la adolescencia, ya que es una población reconocida como frágil e indefensa, la Carta Magna reconoce de esta población los derechos humanos y garantías individuales consagradas para todas las personas, destacando los artículos 1º, 2º, 3º, 4º, 18º y 123º. En el Marco Jurídico Internacional, México forma parte de la mayoría de los instrumentos internacionales que protegen los derechos de la infancia.

En 1990 la Primera Cumbre Mundial a Favor de la Infancia dio como resultado la Declaración Mundial sobre Supervivencia y Desarrollo del Niño, después en el año 2000, a diez años de la primera cumbre se evaluaron los progresos alcanzados, donde se destacan ocho

áreas en específico: la salud del niño, salud de la mujer, nutrición, educación, alfabetización, agua potable, saneamiento básico, niñas y niños en circunstancias especialmente difíciles. En el Plan Nacional de Desarrollo 2012-2018 posicionó a la infancia y adolescencia como un tema importante dentro de la agenda de gobierno (Cárdenas, 2016).

1.2 Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia

Para comprender el concepto sobre factores de riesgo y factores de protección, podemos recurrir a una investigación realizada por Pedroza (2009) en donde cita a Clayton quien menciona que un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al sujeto y que su presencia aumenta la predisposición o probabilidad para que se origine en un determinado fenómeno, mientras que los factores de protección son los atributos individuales, la condición situacional, el ambiente o contexto que disminuyen la probabilidad de que ocurra un comportamiento desviado. Por tanto, los factores de riesgo son características personales, sociales, familiares que permitirán predecir el desarrollo de una conducta que ponga en situación de vulnerabilidad al adolescente, mientras que los factores de protección reducen, inhiben o atenúan la probabilidad de desarrollar una conducta negativa.

Por otro lado en una investigación realizada por Tirado et al. (2009), realizan una recopilación de varios autores sobre la forma en que los factores de riesgo han evolucionado y mencionan que los primeros planteamientos estaban centrados solo en los factores individuales, pero actualmente las investigaciones esta centrados en una consideración conjunta de diversos factores protectores y de riesgo individuales, sociales y familiares, de igual forma menciona que durante las últimas décadas las investigaciones en este sentido han asumido que es una situación multicausal y han intentado aclarar cuál de estos causales resulta más relevante en los factores de riesgo.

Los adolescentes se exponen a diversos factores de riesgo, según Páramo (2011)

algunos de los más recurrentes son: tanto en hombres como en mujeres fijación por tener un cuerpo perfecto a base dietas repetidas y ejercicios inadecuados para sus edades que los conducen a trastornos serios de alimentación como la anorexia o bulimia, a lesiones traumáticas generadas por el ejercicio; a retos automovilísticos con consecuencias catastróficas como accidentes o muerte, por otro lado también están las relaciones sexuales sin protección que los llevan a embarazos no deseados, a enfermedades de transmisión sexual e infecciones como el VIH; otro factor de riesgo es el consumo de alcohol, cigarrillos y drogas derivando en graves problemas de salud a corto, mediano y largo plazo.

Cada adolescente se va inclinando por un estilo de vida, algunos desarrollan un estilo de vida de alto riesgo, que se ve reflejado en sus conductas, en diversos factores de riesgo o porque carecen de factores protectores según Burak (2001), estos adolescentes tienen mayor probabilidad de no lograr un buen nivel de desarrollo humano y psicosocial, además de padecer problemas de trascendencia negativa para ellos como son recurrir el ciclo escolar, deserción educativa, conflictos con las leyes, abandono de hogar, violencia, embarazos no deseados, adicciones, accidentes, suicidios, entre muchos otros.

En un estudio realizado por Álvarez Toste et al. (2008), con 1,106 adolescentes de educación secundaria, sobre algunos factores de riesgo en adolescentes encontraron: la edad media del comienzo del hábito de fumar es a los 12 años; el 42% de los encuestados han ingerido alguna vez bebidas alcohólicas en edades tempranas; el 50.4% tienen familiares que ingiere bebidas alcohólicas; el 92% dice tener información acerca de las drogas y el 12% dice conocer a alguien que las consume; respecto a las relaciones sexuales los encuestados dicen haber iniciado relaciones sexuales en una edad promedio de los 12 años y solo el 69.6% de los sexualmente activos usan condón; del total de los encuestados 25 jóvenes (6.9%) han pensado en atentar contra su vida y 13 (3.6%) lo han intentado y dos de ellas en más de una ocasión, siendo los varones los que mostraron un mayor índice en estas conductas.

En una publicación realizada por De Prevención (2011) dice que la adolescencia es un periodo durante el cual los miembros jóvenes de la familia descubren las imperfecciones de sus padres y del mundo, por lo cual buscan desprenderse de su mundo de infancia, buscan desarrollar su vida propia, sustentada en la familia, pero diferente. También dice que la adolescencia es una etapa que permite explorar lo desconocido, alejarse de la seguridad de lo familiar y generalmente estas conductas exploratorias se convierten cada día en conductas de riesgo, las cuales se encuentran asociadas a la presencia de consumo de tóxicos, SIDA, enfermedades de transmisión sexual, embarazo precoz o indeseado, depresión, accidentes e incluso la muerte y que el abandono temprano de la escuela, la incorporación temprana al empleo y el consecuente desempeño en trabajos marginales, incrementa la vulnerabilidad psicosocial de los jóvenes.

Por otro lado, Del Barrio y Capilla (2006), mencionan que en los adolescentes la violencia, la agresividad, la delincuencia y el vandalismo son algunos de los síntomas de una socialización inadecuada ya que sobresalen las motivaciones individuales frente a las sociales, por lo tanto, un comportamiento excesivamente agresivo en la infancia, pronostica que durante la adolescencia y edad adulta se manifieste también agresividad, además de las patologías que se puedan alcanzar durante la madurez. Adicionalmente menciona que las chicas suelen ser más agresivas si se trata de agresividad indirecta, lo cual puede explicar el deseo de las mujeres por crear relaciones más emocionales, íntimas o cerradas, lo que al parecer las predispone a la victimización.

Contrario a lo analizado anteriormente, los adolescentes con estilo de vida de bajo riesgo según Burak (2001), tienen una probabilidad menor de desarrollar problemas como los ya mencionados, sin embargo, es importante reconocer y considerar que durante el proceso de estos 10 años aproximadamente que abarca la adolescencia, las conductas están en constantes cambios, por lo tanto, la clasificación de alto y bajo riesgo se debe revisar de

manera constante.

Los adolescentes buscan su identidad frente a los roles que ha impuesto la sociedad, esto lo dice Pérez Pérez et al. (2022), y menciona que su autoestima toma protagonismo para encontrar regular sus habilidades sociales así como sus necesidades y aspiraciones del ser humano, también busca expresar en un contexto interpersonal sus sentimientos, preferencias, opiniones o derechos, sin ansiedad excesiva y de forma asertiva, es aquí donde la familia toma un papel importante ya que es el primer sistema con el cual el sujeto tiene contacto y de dónde vienen todos sus aprendizajes, de esta manera la familia se convierte en un pilar fundamental de la sociedad, en una fuente de afecto, protección y seguridad para niños y adolescentes, sin embargo, Pérez Pérez et al., menciona que las cifras muestran lo contrario, pues existen datos confirmando que el maltrato en adolescentes ocurre en los lugares donde deberían estar seguros como el hogar, la escuela y su comunidad.

Para Herrera (1999), la adolescencia es un periodo crítico de cambios constantes en el desarrollo físico, psíquico, social y familiar, se considera un periodo de riesgo pues pueden darse las bases para la aparición de síntomas, enfermedades y alteraciones de la personalidad. Dentro de los riesgos psicosociales y ambientales en los adolescentes se pueden destacar: un inadecuado ambiente familiar, pertenecía a grupos antisociales, promiscuidad, abandono escolar y laboral, bajo nivel escolar, cultural y económico. En consecuencia, menciona Herrera el manejo de estos factores de riesgo ayuda a identificar a aquellos jóvenes que están más expuestos a sufrir daños como: accidentes, embarazos precoces, abuso de sustancias psicoactivas enfermedades de transmisión sexual y suicidio.

En una investigación realizada por Pávez et al. (2009), sobre la familia como factor de riesgo asociado a conducta suicida menciona que en su investigación se establece una relación entre el intento suicida y los desórdenes psiquiátricos con la adversidad familiar, en este

sentido menciona que en el ámbito familiar se ha estudiado la relación de su funcionamiento con el intento suicida destacando algunos valores de riesgo como son: dificultades en las relaciones, la comunicación conflictiva, los niveles de cercanía afectiva, los excesivos niveles de control parental, una inestable estructura familiar, la depresión, desordenes psiquiátricos, el abuso de sustancias, una conducta suicida de algún familiar cercano, problemas legales entre muchos otros.

Es importante hacer referencia a una problemática actual y sumamente importante en la adolescencia que tiene que ver con las adicciones no químicas las cuales según Odriozola (2012), tiene el objetivo de aliviar una tensión por medio de comportamientos contraproducentes para el sujeto y menciona que los componentes fundamentales de un trastorno adictivo es la falta de control y la dependencia, por lo tanto las adicciones no pueden limitarse exclusivamente a conductas generadas por sustancias químicas, ya que existen hábitos de conducta en apariencia inofensivos que pueden convertirse en adictivos e interferir de manera grave en la vida cotidiana de una persona y dentro de estos factores de riesgo menciona Odriozola están las adicciones psicológicas múltiples como son el juego patológico, la hipersexualidad y la adicción a los smartphones.

Se ha catalogado puntualmente como factor de riesgo y vulnerabilidad para los adolescentes las Tecnologías de Información y Comunicación (TIC), de la Villa y Suarez (2016) menciona que en el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) se ha establecido una nueva categoría y subcategoría respectivamente denominadas “trastornos adictivos y relacionados a sustancias” y “trastornos no relacionados a sustancias” mismas que se consideran como factor de riesgo para la adolescencia, ya que es un grupo que utiliza con mayor frecuencia dispositivos con acceso a internet, además de que están más familiarizados con las TICs y tienden a buscar nuevas sensaciones.

También para Echeburúa y De Corral (2010) la tecnología representa un factor de riesgo en los adolescentes, específicamente por el abuso en el consumo de las redes sociales y hacen mención sobre algunas señales de alarma que se disparan antes de convertirse en adicción una afición, en específico para la adicción a internet se da como definición y explicación que es la pérdida de control y el uso dañino de esta tecnología, sus síntomas son comparables a los manifestados en otras adicciones como la pérdida de control, los riesgos más importantes en el abuso de las TICs, además de la adicción es el acceso a contenidos inapropiados, el acoso o la pérdida de intimidad debido a la posibilidad de acceder a contenidos pornográficos, violentos, transmitir mensajes racistas, proclives a la anorexia, incitar al suicidio o a la comisión de delitos.

Como se puede ver tanto De la Villa y Suárez (2016) y Echeburúa y De Corral (2010) coinciden en observar a los adolescentes como el principal grupo vulnerable y de riesgo debido a la búsqueda de sensaciones nuevas, son los que más usan internet al estar estrechamente familiarizados con la tecnología; su personalidad o estados emocionales como la impulsividad, la disforia, la intolerancia a los estímulos displacenteros tanto físicos como psíquicos, la búsqueda de emociones fuertes, etc., influyen en la vulnerabilidad psicológica aumentando así la tendencia a la adicción. estos últimos autores mencionan que algunas señas de alarma son:

- Privarse de sueño
- Descuidar otras actividades importantes como el contacto con la familia, el estudio, la salud.
- Recibir quejas en relación con el uso de la red de alguien cercano.
- Pensar en la red constantemente, irritarse cuando la conexión falla o resulta lenta.
- Intentar limitar el tiempo de conexión sin conseguirlo y perder la noción del tiempo.
- Mentir sobre el tiempo real que se está conectado o jugando un videojuego.

- Aislarse socialmente, mostrar irritabilidad y bajar el rendimiento en la escuela.
- Sentir euforia y activación anómalas cuando se está delante de la pantalla.

Yubero et al. 2018), citan a Mesh para quien la mediación parental con los adolescentes es una de las herramientas que pueden usar los padres para proteger a sus hijos de los peligros que conlleva internet y sugiere:

- Mediación restrictiva: es limitar a los adolescentes la cantidad de tiempo que se conectan y las páginas a las que acceden, se le considera restrictiva pues el adolescente no participa en la decisión de los padres.
- Mediación activa/evaluativa: Se refiere a la discusión de temas relacionados con el uso de internet y la creación de manera conjunta de las normas.
- Uso conjunto: Es donde los padres están presentes mientras los adolescentes se conectan a internet.

1.3 Ideación suicida

En una investigación realizada por Sánchez-Sosa (2010) menciona que la ideación suicida es un fenómeno complejo en donde intervienen factores tanto personales como familiares y escolares, Lai y Shek (2009) quienes son citados en esta investigación, mencionan que los adolescentes que mostraban mayor ideación suicida también tenían una menor comunicación y mayores conflictos con los padres. Además del contexto familiar, la escuela representa para el adolescente un contexto interactivo crucial en su desarrollo psicosocial. La ideación suicida se considera como un trastorno, como el inicio o la primera etapa de un continuo que lleva al individuo a consumir el suicidio. En su investigación obtuvieron como resultado una relación directa y significativa de la victimización escolar, sintomatología depresiva y la conducta alimentaria de riesgo con la ideación suicida.

Por otro lado, Silva y Villalobos (2011), en su investigación sobre predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes, cita a diferentes autores los cuales definen la ideación suicida como una preocupación con pensamientos acerca de la finalización de la propia vida que se introduce sin razón. La ideación puede ser un antecedente de intento suicida, el cual, a su vez es un predictor de futuros intentos e incluso del suicidio consumado, además reconocen el carácter multifactorial de esta conducta, por lo tanto, se debe abordar desde diversas perspectivas, el enfoque psicosocial proporciona explicaciones sobre los factores familiares, culturales, contextuales y personales que se encuentran asociados a este problema. En esta investigación se encontró una mayor frecuencia de casos sin ideación, existe una mayor frecuencia de ideación entre las mujeres y que existe una relación entre los conflictos con los padres, la autoestima, el afecto negativo, la sintomatología depresiva y la ideación suicida.

Durante los últimos años en todo el mundo se ha observado un incremento paulatino y constante de la conducta suicida en los adolescentes, México no es excepción y aunque sus tasas de suicidio e intentos no son las más altas en comparación con la región y el resto del mundo, es importante prestar atención a este problema. El intento suicida se ha identificado como uno de los mejores factores asociado al suicidio consumado y que en muestras de adolescentes con intentos suicidas se observa que la conducta suicida múltiple es un predictor del suicidio consumado. En un estudio realizado, se obtuvo como resultado que las características sociodemográficas en los estudiantes con puntajes mayores de ideación suicida fueron: cursar secundaria, obtener calificaciones bajas, percibir como malo su desempeño escolar y haber cesado sus estudios (González-Forteza et al., 1998).

1.4 Las emociones

En la actualidad las emociones tienen una extensa biografía, pero es importante que

vayamos un poco a la historia; según Campos (2012) en su libro El gobierno de las emociones, para la filosofía las emociones no formaban parte de sus haberes, refería a las pasiones, a los sentimientos o afectos, pero no a las emociones como ahora las conocemos. Además, menciona que la parte emotiva del ser humano tiene la intención de poner orden, organizar y darles sentido a las emociones, pero para la ciencia era importante dirigir esas emociones hacia el raciocinio, donde no se pretende quitar o eliminar los afectos, simplemente encontrar y darle a la vida un sentido de manera que sea útil para el individuo y para la sociedad.

Se menciona en Ibáñez (2009) que fue hasta el siglo XX cuando los académicos comenzaron a considerar las emociones de manera efectiva, ya que antes de eso eran vistas como una respuesta que obstruía el funcionamiento de los seres humanos, sin embargo, en la actualidad el estudio de las emociones es de las áreas más estudiadas por profesionales de diversas disciplinas. Ibáñez también describe las emociones como complejas respuestas en las que participan componentes mentales, fisiológicos y motores.

En el libro de Fernández-Abascal et al. (2010), Psicología de la emoción, habla de las emociones, las cuales pueden considerarse como uno de los procesos psicológicos más complicados y de difícil explicación, estas emociones pueden ser una especie de sistema de alarma, mostrando lo que nos gusta o es bueno para nosotros y lo que nos disgusta o consideramos que es peligroso. Según este autor, las emociones no han despertado un gran interés para investigar en el área psicológica, al menos no como el aprendizaje, atención, percepción, memoria entre otros, sin embargo, al investigar sobre los temas anteriores se ha determinado que de alguna forma u otra las emociones están presentes.

Conocer algunas definiciones sobre las emociones será el primer paso para adentrarnos a conocer a los adolescentes, pero ¿Qué son las emociones? Según Ibáñez (2009) Darwin en sus obras habla de las emociones y hace hincapié sobre los aspectos

fisiológicos y biológicos en la expresividad de las emociones ya que auxiliándose de los aportes e investigaciones de diversos autores de su época y anteriores, menciona en su tercer postulado que ciertas acciones reconocibles como expresivas de emociones y estados mentales son el resultado de la constitución misma del sistema nervioso, por lo tanto es independiente de la voluntad y de la habituación.

Ahora bien, para James y Lange, (citados en Dols 1985), en el modelo James-Lange dicen que la emoción es la percepción de cambios fisiológicos y para James fundamentalmente cambios viscerales, así como de la musculatura voluntaria, por otro lado, para Lange la emoción se centra en los músculos orgánicos o involuntarios, en especial en las paredes de los vasos sanguíneos. Esta teoría cuenta con algunos supuestos como:

1. Percepción inmediata de cambios viscerales, es decir en las emociones sentimos los distintos cambios fisiológicos con mayor o menor claridad.
2. Esos cambios viscerales son imprescindibles en la emoción, sin ellos no hay emoción. Se tienen patrones viscerales específicos para cada emoción.
3. Para James no existe la posibilidad de una activación voluntaria en los cambios viscerales, según él no se tiene el control voluntario de las vísceras.

Por otro lado, Sutil (1998) hace mención a Frijda, quien según Sutil es uno de los autores más importantes en el estudio y teorización de las emociones ya que formuló las leyes de la emoción, en donde la primera ley o ley del Significado Situacional dice: Las emociones surgen como respuesta a las estructuras de significado de determinadas situaciones; diferentes emociones surgen en respuesta a diferentes estructuras de significado y añade que las emociones son respuestas a sucesos importantes para el individuo. Otra ley que menciona Frijda es la Ley del cierre, donde dice que las emociones tienden a ser impermeables a los juicios que las relativizan y a controlar el sistema de acción y la Ley de la Preocupación por las

Consecuencias, que dice que la emoción no siempre es absoluta y que todo impulso secundario tiende a modificar aquél a la vista de sus consecuencias.

Bisquerra (2012) que en su libro *Aclarando las emociones*, cita a Francisco Mora quien define las emociones como un motor que todos llevamos dentro, dice que es la energía codificada en ciertos circuitos neuronales localizado en zonas profundas de nuestro cerebro (el sistema límbico), dichos circuitos mueven y empujan a vivir, a querer estar vivos en interacción constante con el mundo y con nosotros mismos.

Las emociones son parte fundamental de nuestra vida como lo menciona Bisquerra (2011), quien habla de la importancia de saber que son las emociones, cómo influyen en nuestro comportamiento y salud, aprender a reconocerlas y comprenderlas en nosotros mismos y en los demás, es decir identificar y diferenciar entre pensamientos, acciones y emociones, para esto es indispensable la regulación emocional, un elemento esencial en la educación emocional; de igual forma Bisquerra menciona que las emociones principales son: El miedo, tristeza, vergüenza, aversión, alegría, amor, humor, felicidad, etc.

Como podemos ver, diversos autores se han enfocado en hablar de las emociones, como Antoni y Zentner (2014), quienes clasifican al miedo, rabia, alegría y tristeza como las cuatro emociones básicas; ellos definen la emoción como información íntima, refiriéndose a lo que me está sucediendo en determinado momento, es el aquí y ahora. Además, mencionan que las emociones dejan entender que existe un mundo interno y uno externo lo que permite que exista un contacto con nosotros mismos y con otras personas, ofrecen la oportunidad de tomar conciencia que somos seres sociales.

Antoni y Zentner (2014), dicen que se debe ser consciente que dentro de estas emociones básicas hay tres niveles que permiten entender la existencia de una interioridad y exterioridad y para cada uno se debe realizar una pregunta para aprender a identificarlas, estos

niveles son: corporal, ¿Qué sensaciones físicas tengo en este momento?, emocional ¿qué emoción me produce tener estas sensaciones y cognitivo ¿qué me digo al sentir lo que siento?

Entonces, las emociones forman parte importante de la vida, pero ¿y de dónde vienen las emociones? Bisquerra-Alzina (2006) dice que para entender una emoción es necesario experimentarla puesto que las emociones se activan a partir de un acontecimiento interno o externo, puede ser actual, pasado o futuro y puede percibirse de manera consciente o inconsciente; las emociones se componen de un mecanismo de valoración que activa la respuesta emocional en la que se muestran tres componentes:

- Neurofisiológico: Se refiere a las respuestas como taquicardia, sudoración, vasoconstricción, cambios de tono muscular, secreciones hormonales.
- Comportamental: Relacionado con la observación del comportamiento que es una expresión no verbal.
- Cognitivo: Referente a la experiencia emocional subjetiva de lo que sucede, es decir, permite tomar conciencia de la emoción,

Como ya se mencionó, las emociones están estrechamente relacionadas con la experiencia, Montañes (2005) habla de las emociones en el constructivismo cognitivo, dice que la emoción y la cognición no son entidades separables. Las emociones se generan desde el instante en que comienza el ciclo de la experiencia, donde se realiza una anticipación con base en los constructos de partida y después las emociones vuelven a ser parte importante al finalizar la experiencia. Es así, como explica que las emociones tienen una función adaptativa, desde esta perspectiva, en conclusión, las emociones son construcciones de cada uno de los momentos anteriores, donde se produce una activación fisiológica y que se interpreta en función de su similitud con experiencias pasadas.

En una publicación de Guerrero (2020), dice que las emociones son experiencias

personales que se generan frecuentemente de manera inconsciente, pero se manifiestan en el rostro, la postura corporal y en diversos estados mentales, también provocan reacciones fisiológicas, alteran el apetito, el sueño y la concentración, menciona dos investigaciones por demás interesantes sobre expertos en las emociones: por un lado la de Schere (1997) para quien la relación entre las emociones con la cognición es el factor más sobresaliente y por otro lado la investigación de Antonio Damásio quien sugiere que las respuestas del cuerpo ante las emociones es lo más importante pues puede alterar la experiencia.

Durante la adolescencia, la habilidad para regular las emociones, constructiva y eficazmente, es fundamental para el control del impulso según Valiente et al. (2021), quien en una investigación realizada sobre la tolerancia a la frustración, estrés y autoestima como predictores de la planificación y toma de decisiones en adolescentes, citan a diferentes autores quienes mencionan que la tolerancia a la frustración, la autoestima y el estrés percibido, son algunas de las variables de ajuste psicológico que influyen en los adolescentes ya que son predictoras de salud y bienestar. La tolerancia al estrés es la capacidad de afrontar y manejar las situaciones estresantes y adversas sin que la persona que lo sufra llegue a desbordarse o bloquearse. De acuerdo con la investigación de Valiente, en los resultados de esta, encontraron que existe una relación directa entre la tolerancia a la frustración y autoestima, también confirmaron que cuando son mayores los niveles de tolerancia a la frustración y la autoestima en adolescentes, mayor es la planificación y toma de decisiones.

1.5 Emociones displacenteras

En la actualidad mencionan Osnaya, et al. (2018) que diversos teóricos difieren en cuáles y cuántas son las emociones básicas, sin embargo coinciden en tres emociones básicas displacenteras o negativas: enojo, miedo y tristeza , además consideran que una emoción básica cumple con las siguientes características: está relacionada con las necesidades del

individuo, tiene primacía para el desarrollo ontogénico, aparece a edad muy temprana, tiene expresiones faciales universales comunes, además cuando se manifiesta la emoción cita a Blok, quien dice que se presentan tres elementos de manera simultánea o sucesiva: fisiológico (visceral, endócrino, químico, molecular y respiratoria), expresivo (postura, facial, vocal), subjetivo (personal, afectivo, vivencial).

Por otro lado de acuerdo con Pérez y Guerra (2014), algunas emociones hacen sentir bien y otras no, pero esto no significa que todas tengan un valor funcional, sin embargo en términos de connotación se utilizan términos como negativo y positivo o placenteras y displacenteras, en estas últimas se encuentran la ansiedad, la tristeza y la ira, que presentan un contenido desagradable, se experimentan cuando se afecta una meta, ante amenazas o pérdidas y su base radica en los recursos inadecuados que posee la persona para afrontarlos. Estas emociones desagradables en especial requieren de la movilización de recursos cognitivos, fisiológicos y comportamentales para lograr la solución a lo que las provoca.

Según Domínguez-Lara y Medrano (2016), algunos procesos cognitivos como la rumiación, la catastrofización, el auto culparse o culpar a otros contribuyen a que aumente o se perpetúe un estado emocional displacentero en un sujeto, mientras que otros procesos como la reinterpretación o la focalización positiva pueden ayudar a disminuir o modificar una emoción displacentera de acuerdo con una investigación realizada sobre el CERQ (Cuestionario de regulación cognitiva de las emociones), un instrumento que permite identificar las emociones negativas y también las emociones positivas. En la mencionada investigación, encontraron que la aceptación emocional permite disminuir los estados emocionales displacenteros y la resignificación puede fortalecerlos.

Camuñas et al. (2019), mencionan que dentro de las emociones displacenteras la ansiedad y tristeza han despertado gran interés en el ámbito psicológico, ya que ambos son

constructos que se pueden entender como reacciones emocionales adaptativas ante distintas situaciones que son valoradas por el sujeto como peligrosas o amenazantes. Estas reacciones pueden ser de diferente tipo: cognitivas, como la tensión en el caso de la ansiedad y desesperanza en la depresión, fisiológicas como el aumento en la tasa cardiaca en caso de ansiedad o fatiga en depresión o tristeza y la reacción motora como la agitación o enlentecimiento motor.

Según Leyva-Jiménez et al. (2007), en México al igual que en muchos otros países, los trastornos mentales en la adolescencia se han vuelto un problema de salud pública; en el año 2009 el sexo masculino ocupó el noveno lugar de las enfermedades causantes de egresos hospitalarios mientras que el femenino el sexto. En otras encuestas de auto aplicación, la prevalencia de adolescentes con síntomas depresivos es de 22.8 a 50.8%, en la mitad de estos, la duración de un episodio depresivo se extiende a más de dos años, en un tercio entre tres meses y dos años, 26% se recupera a los tres meses, el 21% es asintomático luego de un año y el 14% después de tres años.

En un estudio realizado por Veytia López et al.(2012), donde busca identificar la relación y el efecto de los sucesos vitales estresantes, define la depresión como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales; mencionando que el inicio de los trastornos psiquiátricos se da en edades tempranas y que un 2% de la población mexicana ha padecido un episodio de depresión mayor antes de los 18 años, conforme lo demuestra la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Además, dice que en el trastorno depresivo existe una mayor prevalencia en mujeres que en hombres. En su estudio encontró una asociación importante entre los síntomas de depresión y los sucesos vitales estresantes, específicamente de tipo familiar.

1.6 Tolerancia a la frustración

Según Amsel (citado en Mustaca, 2017), la frustración se define como la respuesta que se desencadena en el organismo de un sujeto que experimenta omisión o devaluación sorpresiva en la calidad o cantidad de un reforzador apetitivo, ante la presencia de señales asociadas previamente con un reforzador de mayor magnitud. Mustaca dice también que los estudios sobre la frustración iniciaron en 1930, los investigadores de esa época buscan evidencia de algunas hipótesis como que: la frustración genera agresión, fijación, regresión y conflicto, esto en la actualidad sigue existiendo, pero se han agregado investigaciones neurobiológicas que desentrañan las bases neuronales de la frustración. Mustaca además hace referencia a varios autores y teorías quienes sugieren que la frustración está asociada a respuestas conductuales, emocionales, psico fisiológicas y neurales.

Por su parte Kamenetzky et al. (2009) menciona que los estudios de la frustración inician alrededor de 1950 y que continúan en la actualidad, dice que en la mayoría de las teorías, la frustración es una respuesta que involucra mecanismos emocionales similares a la presentación de estímulos aversivos, los cuales desencadenan respuestas análogas al estrés, por lo tanto estas respuestas llevarán a la formación en los sujetos de la tolerancia a la frustración que sería semejante al concepto de resiliencia. Para Kamenetzky et al. (2009) resulta muy importante el desarrollo de estudios de este tema, pues es fundamental para tener una mayor comprensión del problema y analizar otros factores como la personalidad, la cultura, signos lingüísticos, expresiones faciales, etc., y cita a otros autores quienes dicen que la frustración puede llegar a provocar fobias, enfermedades, depresiones, propensión a las adicciones etc.

Para Ángel et al. (2000), el concepto de frustración se ha presentado en muchos estudios desde distintos modelos teóricos, por ejemplo Dollard y Miller (1939) propusieron una hipótesis de frustración-agresión, donde la frustración supone una interferencia en la secuencia

del comportamiento y da como resultado un incremento en el organismo para actuar de manera agresiva, sin embargo con el pasar de los años otros autores demostraron que no toda frustración tiene como respuesta la agresión y que no toda agresión tiene como base la frustración. En su investigación sobre el Test de Tolerancia a la Frustración, Ángel et al (2000) consideran la tolerancia a la frustración como una forma de comportarse relativamente consistente ante situaciones que se caracterizan por un bajo número de refuerzos, es decir la tolerancia a la frustración es mantener la respuesta a una situación a pesar de la ausencia de un refuerzo para la obtención de la solución.

Podemos destacar la definición de frustración de Knaus (citado en Leal y Contreras 1998), quien dice que es un fenómeno natural en la vida de los seres humanos, que se produce cuando se enfrenta un impedimento, es un sentimiento ante la duda de lo que queremos y lo que está disponible y menciona algunos procesos de frustración como un sistema de perturbación:

1. Entendemos que no se puede tener todo lo que se quiere cuando se quiere.
2. Auto verbalizamos al decirnos que no podemos tolerar que sucedan las cosas y se inicia el proceso de intolerancia.
3. Repetimos el mensaje que no se puede detener la experiencia frustrante, lo cual se puede llegar a fijar en nuestra mente.
4. Medimos lo intensa o intolerable de la frustración lo cual impide tomar en cuenta otras alternativas.
5. La intensidad que experimentamos impide aprender de la experiencia y se repite el patrón.

Desde la perspectiva de Leal y Contreras (1998), la baja tolerancia a la frustración se presenta al evitar los problemas en lugar de enfrentarlos, se tiene la idea de no poder tolerar la

incomodidad que generan esos sentimientos y se evaden o se escapa de ellos. Mencionan también que la mayoría de las personas esperan o desean tener el control total sobre ellos mismos y sobre el ambiente y cuando no se logra se genera la frustración, ya que los seres humanos buscan la gratificación inmediata y pierden de vista el hedonismo a largo plazo.

La frustración para Ribeiro (2020) se entiende como un estado emocional negativo, el cual es importante para entender como la persona reacciona cuando se enfrenta a dificultades. La frustración es un estado de tensión por medio del cual el sujeto de acuerdo con su estilo de vida y personalidad podrá eliminarla o evitarla, dice que durante los últimos años se ha desarrollado el concepto de intolerancia a la frustración (FDS) y menciona que de acuerdo a su investigación se han realizado diversos estudios bajo ese concepto, los cuales indican que la intolerancia a las emociones y situaciones problemáticas afectan de manera negativa las dimensiones de bienestar, así como la capacidad de manejar la vida cotidiana y las actitudes positivas. Así mismo menciona diferentes autores quienes han observado una relación entre Intolerancia a la frustración y depresión, ira, hostilidad, problemas emocionales y de comportamiento, asertividad, ansiedad, depresión, ira/rabia.

Capítulo 2

2.1 Terapia breve centrada en soluciones

Para de la Fuente et al. (2019), la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) se encuentra entre las terapias posmodernas o posestructurales, menciona que los principios que sustenta la TBCS así como sus resultados, han sido sustentados ampliamente por distintos autores entre los que menciona De Shazer, Lipchik, OpCibbekl, Frabklm Trepper, mcCollum. La principal particularidad de la TBCS es la relación consultante-terapeuta, en una conversación entre estos dos sujetos no solo existe intercambio de información sino también construcción de significados ya que de no ser así no se podría consumir el proceso de transformación. En este modelo, el consultante y terapeuta se sitúan dentro de su propia relación de diálogo, que construyen mediante un proceso de ajuste, el consultante se coloca como el protagonista de la terapia y es el generador de sus propias soluciones gracias al intercambio terapéutico. El terapeuta apoya el proceso desde una escucha activa, respetando la narrativa del consultante y formulando preguntas centradas en soluciones sin agregar interpretaciones.

Ahora bien, Cornejo Troche (2021) menciona que la TBCS nace en Milwaukee, E.U., se trata de una actualización de la terapia estratégica, fue desarrollada en Mental Research Institute (MRI), es una forma de intervención, es muy importante el diálogo terapéutico entre el sujeto y el terapeuta y no solamente en los procesos internos psicológicos o biológicos. Durante este diálogo surge lo que es importante para el usuario, sus expectativas, metas y lo que le da esperanza, además de la observación, la práctica, la corrección y el desarrollo de diálogo. Se generan acciones terapéuticas desde el primer contacto, como preguntar sobre los cambios que sucedieron en el usuario antes de la sesión, las excepciones, la pregunta milagro, así como las tareas de fórmula. Por tanto, la TBCS trabaja con las soluciones, ayudando a las

personas a encontrar lo que buscan conseguir en un futuro cercano, pensando en un trabajo que la misma persona tiene que hacer en su vida, debe asumir el control y responsabilidad de lo que desea modificar y se resaltan las ocasiones en que logre o que haya estado cerca de lograr un cambio.

Wong et al. (2022), dice que la terapia breve centrada en soluciones es un modelo sistémico y está basado en el construccionismo social desde un enfoque breve y centrado en las fortalezas del paciente para proveer el cambio. Los principios y técnicas de la TBCS están centradas en el establecimiento de una alianza terapéutica colaborativa, con objetivos específicos, medibles y alcanzables todo esto desde un enfoque en las soluciones, fortalezas y afrontamiento eficaz del problema por parte del sujeto para que pueda construir el futuro deseado. En su investigación basada en la revisión de estudios empíricos que evalúan la eficacia de dos terapias, por un lado, de la TBCS y por otro la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de la depresión, concluyeron que la eficacia de ambos modelos sobre síntomas depresivos fue significativa en la sintomatología y que su aplicación es pertinente en condiciones crónicas que afectan la calidad de vida.

Los principios teóricos de la TBCS desarrollada por Steve De Shazer e Insoo Kim Berg se basaron en el trabajo terapéutico de Milton Erickson, quien sugería una solución orientada al futuro, consideraba al paciente como un agente activo, con recursos y con el potencial necesario para la solución de sus problemas, (Sánchez y Téllez, 2016). En un estudio de caso sobre la aplicación de hipnoterapia y terapia breve centrada en soluciones aplicada a síntomas por abuso sexual infantil, consideran que es prudente el uso de ambas técnicas ya que tienen principios similares; la Hipnosis Clínica Eriksoniana (HCE) accede y utiliza los recursos inconscientes (memoria implícita) y la TBCS trabaja esencialmente a nivel consciente (memoria explícita episódica), encontraron que el uso combinado de HCE y TBCS es muy recomendable pues proporcionan herramientas para favorecer un cambio rápido, evidente y perdurable.

La terapia breve motiva al cliente a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias y además estudiar su comportamiento de forma sistemática; (Hewitt y Gantiva, 201

9), la investigación ha demostrado que los individuos que aprenden habilidades mediante la terapia breve mantienen lo aprendido en el tratamiento. Las bases teóricas de la terapia breve radican en la motivación de los logros y en la teoría de la autoeficacia que busca explicar la relación entre las percepciones de la competencia y adaptación personal, sus características son:

- Terapia de tiempo limitado y corta duración: máximo cinco sesiones de cuarenta y cinco o sesenta minutos.
- La terapia breve se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona.
- La terapia breve pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio.
- La terapia breve trabaja la cognición y la motivación para lograr el cambio.
- La terapia breve tiene por objetivo la toma de decisiones y el inicio del cambio comportamental.

2.2 Terapia cognitiva

Como todas las disciplinas científicas, la psicología también tiene sus antecedentes en la filosofía, así como todas las áreas y conceptos que estudia la psicología, tal es el caso de la “cognición”, la cual tiene sus inicios en los planteamientos de diversos filósofos orientales y occidentales que se dedicaban a explicar la naturaleza del mundo y el ser humano, así como a sus malestares emocionales. En los inicios de la psicología científica los principios que regían la conducta estaban basados en la investigación básica y académica, de donde surgieron diversos métodos, procedimientos y varios nombres de conductistas como son Wundt, Williams

James, Watson, Pávlov, Thorndike y Skinner. La terapia conductual fue tomada de la teoría del aprendizaje y métodos de laboratorio, se caracteriza por un enfoque teórico extremista (Lira, 2007)

La terapia cognitiva desarrollada por Aaron Beck en 1970 tuvo un amplio reconocimiento después de la publicación, en 1976, de su libro “La terapia cognitiva y los trastornos emocionales”, siendo esta la primera formulación de la terapia cognitiva. Beck trabajó con la hipótesis de que dicho tratamiento podría utilizarse en problemas de ansiedad, depresión, ira, problemas interpersonales, entre otros y su desarrollo tanto teórico como clínico lo han confirmado. Este modelo pone énfasis en el potencial de los individuos para percibir negativamente el ambiente y los acontecimientos que le rodean, quienes, a través de estas percepciones negativas, crean perturbaciones emocionales. Beck y sus colaboradores describieron varios procesos cognitivos que son considerados como distorsiones cognitivas las cuales tienen el efecto de cambiar un acontecimiento ambiguo o inocuo, en uno de experiencia negativa. En conclusión, Beck dice que la terapia cognitiva enfatiza la identificación de los procesos y patrones cognitivos que son disfuncionales (Caballo y Sierra, 1991).

Beck (2015), define la terapia cognitiva como una modalidad de psicoterapia basada en la teoría y comprometida con el empirismo científico, la terapia cognitiva se basa en el planteamiento de la hipótesis en la que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y los comportamientos de las personas. Cada terapia cognitiva debe diseñarse a medida de cada individuo, pero existen ciertos principios básicos para la aplicación de esta.

- Principio 1: La terapia cognitiva se funda en una formulación dinámica del paciente y sus problemas planteados en términos cognitivos.
- Principio 2: La terapia cognitiva requiere una sólida alianza terapéutica.
- Principio 3. La terapia cognitiva enfatiza la colaboración y participación activa.

- Principio 4. La terapia cognitiva está orientada hacia objetivos y centrada en problemas determinados.
- Principio 5. La terapia cognitiva inicialmente destaca el presente.
- Principio 6. La terapia cognitiva es educativa, tiene por objeto enseñar al usuario a ser su propio terapeuta y pone énfasis en la prevención de las recaídas.
- Principio 7. La terapia cognitiva tiende a ser limitada en el tiempo.
- Principio 8. Las sesiones de terapia cognitiva son estructuradas.
- Principio 9. La terapia cognitiva ayuda a los pacientes a identificar y evaluar sus pensamientos y comportamientos disfuncionales y a actuar en consecuencia.
- Principio 10. La terapia cognitiva se sirve de una variedad de técnicas para cambiar el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta.

En el mismo sentido, Lira (2007) dice que la psicología cognitiva surge como reacción contra el conductismo estímulo-respuesta, ante la necesidad de centrar el estudio en las variables mediadoras, es decir se presta atención a la mente del sujeto. Según Lira, Beck crea la terapia cognitiva como una psicoterapia con bases empíricas y de investigación, demostrando ser efectiva en problemas psiquiátricos severos, el objetivo principal de esta terapia es identificar los pensamientos automáticos-distorsionados mientras el sujeto se encuentra en alguna situación particular o cuando recuerda un suceso significativo. Esta terapia también incluye una gran cantidad de intervenciones conductuales como pueden ser los programas de actividades y tareas asignadas, las cuales se utilizan para cambiar la patología conductual e influenciar el funcionamiento cognitivo.

2.3 Terapia conductual

Para Kazdin (2000), la modificación conductual es un enfoque de la evaluación, valoración y alteración de la conducta, su estudio se enfoca al desarrollo de la conducta

adaptativa, prosocial y a la reducción de la conducta desadaptativa en la vida diaria. Sus diversas teorías señalan cómo surgen los problemas clínicos y cómo se mantienen, además señalan la importancia de la influencia de los procesos internos del individuo (pensamientos, creencias y percepciones) o procesos que resultan de eventos ambientales (como indicaciones, retroalimentación y consecuencias que produce la conducta), sus técnicas incluyen las poblaciones de niños, adolescentes y adultos.

El principio básico de orientación conductual, establecen que los trastornos son adquiridos mediante experiencias concretas, cualquier comportamiento normal o anormal son consecuencias de un proceso de aprendizaje o bien de la ausencia del aprendizaje adecuado, en el caso de la ansiedad patológica o desadaptativa, es consecuencia de una experiencia de condicionamiento o de aprendizaje previo a su aparición y dado que en dicho problema intervienen las respuestas emocionales negativas o displacenteras, la experiencia debió ser negativa o traumática, I Trallero (1991), menciona además que el modelo cognitivo conductual debe encuadrarse dentro de un modelo de funcionamiento individual, que los justifique y permita deducir experiencias modificadoras del mismo. La conducta depende de la situación o estímulo, pero en la conformación del comportamiento en cuestión influyen una serie de elementos mediadores asociados dinámicamente entre sí de manera compleja.

2.3.1 Economía de fichas

Dentro de la terapia conductual la economía de fichas es un programa que se utiliza para modificar algunos comportamientos disruptivos de un niño o adolescente, Soler et al. (2009) realizan una revisión de la aplicación de este programa en diversos campos y problemas conductuales y mencionan a Alvord quien describe la economía de fichas (EF) como un sistema motivacional que se aplica con la finalidad de modificar uno o más conductas específicas en una persona para lograr una mejor adaptación al medio ambiente. Los pioneros

en el sistema de EF para la modificación de conductas a nivel institucional, de forma sistematizada, organizada y con sustento en los principios de análisis experimental fueron Ayllon y Azrin en 1974, quienes hicieron diversas recomendaciones para realizar un procedimiento adecuado entre las que se encuentran:

- Las conductas para modificar deben ser descritas de manera clara y precisa.
- Se debe realizar un seguimiento sistemático del modo de vida del sujeto, sus costumbres, rutinas y actividades.
- Seleccionar reforzadores que respondan a las necesidades vitales del sujeto.
- Garantizar que los efectos del programa se centren en los eventos reforzantes.

Por otro lado, del Carmen Gómez y Resurrección Cuña (2017), definen la Economía de Fichas como una técnica que fue desarrollada por Ayllón y Azrrin, usándola por primera vez en hospitales psiquiátricos, después su uso se extendió a instituciones de educación especial y finalmente, a escuela donde tuvo gran aceptación. Dicha técnica busca modificar las conductas no deseadas aplicando un refuerzo positivo cuando las conductas deseadas se presentan y aplicando un castigo para las conductas indeseadas. Como refuerzo positivo se proporcionan fichas o puntos que se pueden canjear por objetos de diferentes valores, mientras que el castigo consistirá en restar puntos que el alumno ya había conseguido por buena conducta; cabe mencionar que los objetos y las consecuencias o castigos se recomienda que sean seleccionados de acuerdo con los intereses del usuario. Para poder aplicar la técnica es necesario determinar las conductas a eliminar y se escriben y colocan en un lugar visible para los niños; se asignará un mismo color para las fichas de reforzamiento positivo y un color diferente para fichas de castigo, cuando el niño realiza la conducta deseada se le dará una ficha de reforzamiento positivo y cuando suceda una conducta indeseada se le dará una ficha castigo o consecuencia, al final del día o semana según se defina, se realiza la cuenta de las fichas de cada color para sumar los puntos y se podrá realizar el canje por las recompensas

que se hayan acordado.

2.3.2 Respiración y relajación progresiva

Otras técnicas que se pueden utilizar en la terapia conductual son la respiración y relajación progresiva, la respiración en específico tiene un papel muy importante en el desarrollo y mantenimiento de las crisis de ansiedad inesperadas, según Moreno y Martín (2004), la respiración está muy relacionada con las emociones y por tanto se acelera o se calma en función a nuestro estado emocional. Todos necesitamos respirar pero un exceso de respiración aumenta el nivel de oxígeno en la sangre y disminuye el nivel de anhídrido carbónico, generando la hiperventilación que es el aumento de la tasa de respiración por encima de las necesidades de oxígeno del organismo, generando cambios funcionales en el organismo, paradójicamente la bajada de anhídrido carbónico produce una disminución de oxígeno en determinadas zonas del cerebro lo que favorece el aumento de la capacidad del organismo para actuar ante una amenaza real, algunos de los síntomas son:

- Síntomas centrales: Mareo, confusión, sensación de ahogo, visión borrosa y sensación de irrealidad.
- Síntomas periféricos: Aumento del número de latidos del corazón, hormigueos y pinchazos en extremidades, escalofríos, rigidez muscular, manos frías y húmedas.
- Síntomas generales, sensación de calor, sofoco, sudor, cansancio y opresión o dolor en el pecho.

La respiración se utiliza con frecuencia en lugar de otras técnicas de relajación, forma parte del manejo de la ansiedad o de la inoculación de estrés, con esta técnica se instruye al paciente en la respiración diafragmática en la que después de exhalar, el siguiente paso es inhalar aire, mientras que al mismo tiempo se empuja el diafragma hacia abajo y afuera, con esto se genera un espacio suficiente para que el aire fluya hacia los pulmones, este aire se

libera lentamente, mientras que al mismo tiempo contrae el abdomen, se debe dar indicaciones al paciente para contar de manera rítmica durante el ejercicio y emplear una cantidad de tiempo en cada inhalación y exhalación. La mayoría de las personas que sufren ansiedad experimentan uno o los dos siguientes problemas: respiración en un punto excesivamente elevado del pecho y una respiración poco profunda y respiración rápida o hiperventilación que da como resultado la inhalación de excesivo dióxido de carbono en relación con la cantidad de oxígeno que transporta la sangre (Slaikeu, 1990).

2.3.3 Desensibilización sistemática

La Desensibilización Sistemática (DS) desarrollada por Wolpe es un método para reducir las reacciones de ansiedad, el procedimiento se basa en los principios del condicionamiento clásico, para Wolpe la inhibición recíproca subyace a la DS, de tal manera que, si una conducta aumenta su potencia, entonces otras conductas, en compensación tienen que disminuir la suya. Tal es el caso de la relajación y la ansiedad, que son respuestas que se inhiben recíprocamente, es decir, si un estímulo provocador de ansiedad con poca potencia se presenta en el paciente cuando este se encuentra relajado, tendrá lugar el contra condicionamiento, por tanto, dicho estímulo ya no provocará ansiedad, por el contrario, evoca la respuesta de relajación. Caballo (1991), Wolpe señala que la DS consta de cuatro pasos principales:

- Entrenamiento en el empleo de la escala SUDS la cual es un medio de comunicación entre terapeuta y paciente, esta escala permite al paciente ubicar la magnitud de su miedo o ansiedad entre 0 (cero) y 100.
- Un análisis conductual y el desarrollo de una jerarquía de miedos.
- Entrenamiento en la relajación muscular profunda o en algún otro procedimiento de relajación.

- Combinación de la exposición, imaginación, jerarquización de miedos junto con el establecimiento de una respuesta de relajación profunda.

2.4 Terapia cognitivo-conductual

Para Polo y Diaz (2011), la Terapia Cognitiva-Conductual es un tratamiento para diversos trastornos mentales, ayuda a los pacientes a modificar sus pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas que les permitan combatir sus problemas. Como su nombre lo indica, surge de la unión de dos teorías de la psicología, este modelo de psicoterapia es estructurado, activo y centrado en el problema, el tratamiento dura entre 10 y 20 sesiones, los usuarios experimentan una reducción considerable de los síntomas después de 4 o 6 semanas de tratamiento. Su objetivo es disminuir el pensamiento disfuncional, incrementar las habilidades de autocontrol, optimizar la capacidad de resolución de problemas, mejorar las tasas de reforzamiento positivo y aumentar las habilidades sociales/interpersonales.

La terapia cognitivo-conductual, se ha convertido en la orientación psicológica con mayor evidencia empírica y experimental debido a su eficacia y efectividad en diversos problemas y trastornos psicológicos, es una terapia que puede aplicarse de manera individual o en grupo, tiene gran capacidad para atender las necesidades sociales de intervención tanto en el ámbito de la salud en general, así como en el área educativa, industrial o comunitaria. La terapia cognitivo-conductual, cuenta con amplias técnicas y procedimientos de intervención psicológica para el tratamiento de diversos problemas y trastornos psicológicos que afectan al sujeto en diversos contextos en su desarrollo, para optimizar sus potencialidades y habilidades y con esto favorecer su adaptación al entorno e incrementar su calidad de vida (Fernández, García y Crespo, 2012).

Bajo la terapia cognitivo-conductual, la Terapia de Solución de Problemas (TSP) es una

intervención que busca mejorar la capacidad de enfrentarse a estresores mayores y menores para reducir los problemas de salud mental y física, los dos principales objetivos para Nezu, Nezu y D´Zurilla (2014) son: La adopción de una visión del mundo o de una orientación adaptativa hacia los problemas de la vida y la implantación eficaz de conductas concretas de solución de problemas. La TSP ha demostrado su eficacia en tratamientos para pacientes con diversos problemas de salud física y mental como son la depresión, ansiedad, trastornos emocionales, ideación suicida, cáncer, enfermedades cardíacas, diabetes, infartos, lesiones cerebrales, hipertensión y estrés postraumático, también ha resultado eficaz para el tratamiento en sujetos con esquizofrenia o retraso mental. La TSP se ha implementado como sistema psicoterapéutico y como programa de formación breve centrado en habilidades. La TSP se enfoca en actividades cognitivo-conductuales con las que las personas tratan de desarrollar formas eficaces de enfrentar los problemas de la vida real, cuatro son las habilidades de solución de problemas: a) definición y formulación del problema, b) generación de alternativas, c) toma de decisiones y d) implementación y verificación de la solución.

En una investigación realizada por Oltra, Salamanca y Veras (2021) sobre fobia infantil, mencionan que la Terapia Cognitivo Conductual es un modelo terapéutico y un conjunto de intervenciones que combinan técnicas cognitivas y conductuales, dicho modelo asume que en los trastornos psicológicos subyacen cogniciones distorsionadas y/o conductas desadaptativas. Esta terapia es un tratamiento breve, colaborativo y orientado a objetivos, donde la conducta es conceptualizada desde distintos niveles: conductual, cognitivo, fisiológico y emocional; se busca con el tratamiento la modificación de la conducta desadaptada y de las cogniciones disfuncionales. En los resultados de su investigación en la que Oltra, Salamanca y Veras aplicaron diversas técnicas cognitivo-conductuales, encontrando que los niveles de ansiedad de los menores ante situaciones de salir de casa habían disminuido y había retomado las actividades que realizaba antes de la aparición del problema.

Por otro lado, Pinedo-Rodríguez et al (2014), utilizaron la terapia cognitivo conductual (TCC) en el manejo integral de la obesidad en adolescentes, con el propósito de iniciar y mantener un proceso que permita identificar y resolver los problemas relacionados con el hábito de comer en exceso y de la falta de ejercicio, para con esto determinar si al eliminar o reducir estos factores se logra una conducta más apropiada para iniciar con un estilo de vida saludable. Por tanto, el objetivo estaba enfocado en evaluar la eficacia de la TCC, sus resultados mostraron eficacia para disminuir la deserción del programa de abordaje integral, así como el mejoramiento en la adherencia al mismo; demostrando que la TCC a corto, mediano y largo plazo puede contribuir como una herramienta útil en el problema de la obesidad.

En otra investigación realizada en niños y adolescentes con TDAH o TDA (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno por déficit de atención) por Luna, Vences y Guzmán (2020), buscaron conocer el rol de la TCC en la evolución de pacientes con los trastornos antes mencionados, en su estudio descriptivo cualitativo, transversal los pacientes recibieron TCC, con el propósito de identificar la frecuencia del TDAH y la evolución de estos a la TCC, obteniendo como resultado que los niños y adolescentes en su totalidad respondieron favorablemente a la TCC, logrando un mejor manejo y control de ansiedad, depresión, pensamiento autocrítico, impulsividad además de mayores periodos de atención.

De igual forma Roselló et al. (2011), realizó un estudio donde se examinó la respuesta de la TCC en adolescentes puertorriqueños con ideación suicida y depresión mayor, mencionan que, de acuerdo con la literatura, la TCC tiene efectos positivos en los tratamientos para adolescentes. En su estudio las intervenciones de TCC estuvieron basadas en el manual desarrollado por Muñoz y Miranda, el cual adaptaron culturalmente, su intervención consistió en 12 sesiones en formato individual, se cubrieron tres módulos principales (pensamientos, actividades y relaciones interpersonales). En dicho estudio, los resultados indican que la TCC en combinación con la medicación es mejor en la reducción de ideación suicida que por sí

solas. Sin embargo, al evaluar el efecto de cada una por separado es decir medicación y TCC, se obtuvo que el efecto mayor en la disminución de la ideación suicida se obtuvo con la TCC, al proporcionar estrategias para la reestructuración de pensamientos desadaptativos, identificación de sentimientos y emociones, adquisición de destrezas para la resolución de problemas y comunicación efectiva.

En México, la clínica de Trastornos obsesivos-compulsivos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, realizan una investigación a cargo de Vargas et al (2008), quienes mencionan que el TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) en los últimos tiempos ha sido un tema de interés dentro de la psiquiatría infantil y de la adolescencia, pues al igual que en los adultos es un padecimiento con importantes implicaciones en el funcionamiento social, escolar y familiar. En su investigación reconocen que la combinación de terapia cognitivo-conductual y el tratamiento farmacológico con ISRS es la estrategia con mayores resultados y mejoría sostenida. La terapia cognitivo-conductual está basada en la modificación de emociones y conductas a través de cambios en la forma de pensar, es considerado como el tratamiento psicosocial de elección para el TOC, la práctica más común es de manera individual, sin embargo, tiene muchísimas ventajas de manera grupal en la población infantil.

En una investigación, O´Kearney y Galdeano (2008), realizaron una revisión literaria sobre la eficacia de la terapia cognitiva conductual (TCC) para el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en niños y adolescentes, utilizaron las principales técnicas de TCC solas o en combinación con otras técnicas de TCC o medicación, como la exposición con prevención de respuesta, psicoeducación, entrenamiento cognitivo, entrenamiento para el manejo de la ansiedad y la participación de padre o familiares. En sus estudios comparativos obtuvieron como resultados que la TCC es un tratamiento prometedor para el TOC pediátrico, mencionando además que dicha terapia se debería considerar un tratamiento de primera línea para dicho trastorno y que es equivalente a un tratamiento farmacológico ya que los resultados

farmacológicos podrían mejorar en combinación con la TCC.

El Trastorno Dismórfico Corporal (TDC), trastorno que se refiere a la fijación de uno o más defectos corporales percibidos, es altamente incapacitante del que se tiene escasa información, Peña-Casquero (2016), realizó una intervención en una adolescente con TDC utilizando terapia cognitivo-conductual basada en reestructuración cognitiva y exposición en vivo, el tratamiento fue llevado a cabo con apoyo de la madre como coterapeuta durante cinco meses, realizando 14 sesiones. En los resultados del estudio se corrobora la hipótesis que decía que la utilización del tratamiento cognitivo conductual basado en la reestructuración cognitiva y exposición en vivo con prevención de respuesta disminuiría tanto la frecuencia y duración de la intensidad de la conducta problema y de la ansiedad que sufría la joven, en los resultados también se resalta la importancia del trabajo conjunto durante el tratamiento del círculo más cercano del paciente.

La TCC es una forma estructurada de psicoterapia que se genera con la unión de las estrategias de modificación de conducta basada en la ciencia conductual y la terapia cognitiva. La principal hipótesis que apoya la TCC es que los trastornos o problemas emocionales, son el resultado de respuestas aprendidas y pueden cambiarse con un nuevo aprendizaje. La TCC tiende a estar más estructurada que otras formas de terapia, su estructura parte del énfasis que la TCC da al hecho de aprender nuevas conductas, lo que se logra por medio de establecer metas y la práctica de actividades específicas. Este tipo de terapia debe involucrar un equilibrio entre estructura y flexibilidad, un enfoque demasiado rígido es posible que no aborde los intereses o preocupaciones actuales del paciente y por el contrario incrementa la deserción a la terapia, por otro lado, un enfoque muy flexible puede generar la evasión de tareas terapéuticas difíciles o desagradables pero necesarias, por tanto, la implementación de la TCC debe equilibrar la estructura con la flexibilidad apropiada (Zayfert et al, 2008).

2.4.1 Higiene del sueño

Villaroel (2008), menciona que durante mucho tiempo se pensó que el sueño era una actividad pasiva, sin embargo, mientras dormimos nuestro metabolismo continúa en plena actividad, realizando diversas funciones específicas del sueño e imprescindibles para la supervivencia. La necesidad de horas de sueño depende de cada persona y puede verse alterado por la edad. Dormir es necesario para sobrevivir, existe evidencia que forma parte de las operaciones que nuestro organismo necesita para poder funcionar, por tanto, privar a nuestro cuerpo de esta función puede crear problemas en nuestra salud. Es frecuente que, debido a nuestras actividades diarias, dejemos el sueño como una actividad secundaria y por si fuera poco durante los periodos de preocupaciones es más complicado conciliar el sueño, además la ansiedad facilita los estados de alerta y vigilancia por lo que tiende a mantenernos despiertos. Por lo anterior, es importante tener una buena higiene de sueño para mejorar su calidad y combatir los efectos negativos que se presentan por no dormir de forma adecuada; para tener una higiene de sueño, es necesario desarrollar una rutina que nos permita dormir y despertar a la misma hora, evitar las comidas abundantes y actividades estimulantes antes de acostarse.

La adolescencia es un periodo de cambios biológicos hormonales y de crecimiento, explica Solaris (2015) que viene acompañada de importantes cambios emocionales, psicológicos y sociales, los cuales pueden generar en algunos adolescentes una serie de trastornos adaptativos. El sueño es parte de un ritmo circadiano entre dos estados: vigilia/sueño, se define como un estado del organismo, regular, recurrente y fácilmente reversible, tiene la característica de una relativa tranquilidad y un aumento del umbral o de respuesta a los estímulos externos, es un proceso fisiológico necesario; durante la pubertad el cerebro presenta una segunda curva en el aumento de crecimiento y creación de redes neuronales. Diversos estudios han examinado los trastornos de sueño de los padres y niños,

en diversas encuestas de salud, se asocia el sueño fragmentado o alterado con problemas conductuales, estos problemas son más prevalentes en niños y adolescentes con enfermedades crónicas y alteraciones del neurodesarrollo y psiquiátricas, de aquí la importancia del buen dormir en todos los aspectos de la vida diaria, por tanto, es importante que los profesionales de la salud realicen preguntas dirigidas a los hábitos de sueño.

Capítulo 3

3.1 Estrategias de Intervención.

La estrategia de intervención es el conjunto coherente de recursos utilizados por un profesional disciplinario o multidisciplinario, con el propósito de desplegar tareas en un determinado espacio social y sociocultural, con la finalidad de producir determinados cambios (Rodríguez, 2010).

3.1.1. *Terapia Breve Centrada en Soluciones*

Esta terapia se enfoca en el presente, ayuda a los pacientes a que propongan soluciones para generar un cambio en su vida futura, no se enfoca en experiencias pasadas, se centra en los puntos fuertes del usuario y sus posibilidades y recursos para ayudarles a avanzar (O'hanlon, Weiner-Davis, M. 1990). Tiene tres componentes principales:

- Primer lugar temas generales, el terapeuta obtiene la información por conversaciones donde se centra en las preocupaciones del consultante, quien menciona qué y quién es importante para ellos.
- Segundo lugar: se involucra un proceso terapéutico de co-construcción de significados alterados o nuevos para el usuario, esto se logra cuando el terapeuta hace preguntas centradas en las soluciones sobre los temas de conversación del apartado anterior, estas soluciones se conectan y se construyen a partir de lo dicho por el consultante.
- Tercer lugar: El terapeuta utiliza técnicas específicas de preguntas y respuestas que invitan al usuario a co-construir una visión de su futuro preferido y aprovechando los éxitos pasados, fortalezas y recursos que logren hacer realidad su objetivo.

Es una terapia corta, máximo 10 sesiones, en la primera sesión se busca establecer objetivos, definiendo metas específicas concretas y realistas, en la TBCS son los consultantes

los que establecen los objetivos, son ellos quienes deciden que quieren que sea diferente en su futuro. En las sesiones se debe tener una actitud cordial, positiva y centrada en soluciones, la posición del terapeuta debe ser, positiva, respetuosa y esperanzadora.

Se buscan *soluciones anteriores*: En esta terapia se asume que la mayoría de la gente a resuelto previamente, muchos problemas y sabe cómo hacerlo, puede ser en otro tiempo o en otro lugar, en otra situación o bien, que un problema anterior ha vuelto, la clave es que el usuario ha resuelto su problema, aunque sea por corto tiempo.

Se buscan *excepciones*, aun cuando el usuario no tenga una solución anterior que se pudiera repetir, se tienen ejemplos recientes de excepciones a su problema, excepción es un momento en que un problema pudo haber ocurrido, pero no ocurrió.

Preguntas, los terapeutas utilizan preguntas como una herramienta de comunicación e intervención primaria, los profesionales centrados en las soluciones tienden a no hacer interpretaciones, rara vez desafían o confrontan directamente al consultante. Las preguntas que hace casi siempre se centran en el presente o en el futuro, la atención se centra en el consultante y en lo que este quiere que ocurra en su vida o en elementos que ya están sucediendo.

Entre las preguntas encontramos algunos ejemplos como: ¿Qué cambios nota usted que han ocurrido o comenzado a suceder desde que tomo la hora para esta sesión? ¿Cómo puedo ser útil para usted hoy? ¿Qué tendría que pasar hoy día para que ésta sea una sesión realmente útil? ¿Cómo sabría su mejor amigo si esta sesión le sirvió? ¿Qué tendría que ser diferente en su vida después de esta sesión para que usted pueda decir que fue una buena idea venir a hablar conmigo?, y “la pregunta del milagro”

Los elogios y felicitaciones son parte indispensable en la TBCS, la validación de lo que los

usuarios ya están haciendo bien y reconocer lo difícil que son sus problemas anima a los consultantes a cambiar y transmitir el mensaje de que el terapeuta los ha estado escuchando y se preocupa por ellos.

2.1.2. Respiración diafragmática

Es un tipo de respiración relajante que usa el diafragma, un músculo que se encuentra bajo las costillas y arriba del estómago, esta técnica consiste en inspirar lentamente por la nariz y después exhalar por la boca utilizando el diafragma. Adoptar con el cuerpo una cómoda posición, puede ser de pie, sentado o acostado, colocar una mano en el pecho y otra en el estómago, la mano en el pecho no debe moverse, la mano en el estómago sentirá tu estómago subir y bajar al momento de respirar. Inhala por la nariz de 3 a 5 segundos, permitiendo que el estómago suba al momento que el aire entra a los pulmones, después exhale por la boca de 3 a 5 segundos, sintiendo como el estómago baja al salir el aire de los pulmones. Repita cada paso hasta relajar tu cuerpo.

3.1.3. Economía de fichas (EF)

Pretende cambiar o modificar las conductas no deseadas, para tal finalidad se utiliza un refuerzo positivo (premio) cuando sucede la conducta deseada y un castigo para la conducta indeseada, las fichas son el refuerzo positivo o puntos que podrán cambiar por diversos objetos de diverso valor, mientras que el castigo consiste en quitar puntos que se hayan conseguido por una buena conducta. Se debe determinar la conducta que se desea eliminar y se escriben en una cartulina y colocar en un lugar visible. Cuando el niño o adolescente realiza una conducta deseada se le dará una pegatina o ficha de determinado color, cuando realiza una conducta indeseada se le dará una pegatina o ficha de un color diferente a la conducta deseada. Al final del día o semana según se haya acordado, se hace un recuento de los puntos que debe tener el niño o adolescente y esos puntos podrán ser sustituidos por una recompensa

que se haya determinado con anterioridad.

3.1.4. Locus de control

El locus de control habla del grado de control que sienten las personas sobre su vida y la contingencia entre sus decisiones y lo que les ocurre. Cuando el locus de control es externo, las personas atribuyen lo que le sucede al destino o a fuerzas externas como Dios, la suerte o el karma. A diferencia del locus de control interno, que la persona asocia el resultado de sus acciones a su propia toma de decisiones, actuar, habilidades o capacidades personales. Es decir, el locus de control es la creencia que tienen las personas acerca de poder controlar o no los sucesos de su vida. En esta investigación se trabajó con ejemplos que pudieran servir de referencia al adolescente para entender la diferencia entre locus de control interno y externo, lo que si puede controlar y lo que no puede controlar. Suponiendo, como señalan Palomar y Váldez (2004), que, si el adolescente logra asociar su experiencia a sus reforzamientos, entonces podrá hacer generalizaciones que lo lleven a tener un locus de control interno la mayor parte del tiempo.

3.1.5. Comunicación asertiva

Para trabajar con la asertividad, se debe enseñar al paciente a ser capaz de hacer peticiones sin manipular a los demás, algunas de las técnicas que se utilizan para esta finalidad son: La psicoeducación, role playing para prácticas dirigidas al saber decir que no, como pedir favores y como pedir que otras personas modifiquen algún comportamiento hacia a mí que no es agradable, ser persistente a través de parábolas donde se debe enseñar a hacer comparaciones con situaciones, el disco rayado que consiste en repetir una petición las veces que sean posibles con la finalidad de que cuando llegue el momento de hacerla, se realce con la misma intensidad, tono de voz y seguridad, la técnica de sándwich, que consiste en decir algo positivo antes y después de rechazar la petición para suavizar los mensajes.

Pautas educativas a los padres

Utilizando la guía programática “La Crianza Durante la Adolescencia” Unicef (2021), se buscó en los padres:

- Promover relaciones amorosas, cálidas y afectivas entre el padre, madre e hijo.
- Mejorar el conocimiento de los padres sobre el desarrollo fisiológico, cognitivo, social y emocional durante la adolescencia.
- Desarrollar habilidades de los padres para comunicarse con su hijo.
- Promover en los padres técnicas positivas y no violentas basadas en comunicar expectativas, establecer parámetros y límites sobre el comportamiento de sus hijos.

3.1.6. Horarios y rutinas en casa

Para administrar de manera adecuada el tiempo se debe contar con una buena organización para el estudio y otras responsabilidades, así como para divertirse. Para lograr esto, es necesario hacer un recuento de todas las actividades que se quieren y deben realizar durante el día o bien durante la semana, dividir estas actividades considerando su importancia, prioridad y duración, es decir jerarquizar u ordenar poniendo en primer lugar lo que es más importante, en segundo la actividad que seguiría en importancia y así sucesivamente con todas las demás actividades. Se puede realizar la programación en un horario dividido en días de la semana, horas del día y actividades a realizar.

3.2. Participantes

Adolescente de 12 años, sexo masculino, estudiante de primer año de secundaria, vive con su padre, madre y hermana, en el Estado de México, no tiene casa propia, viven en casa de los abuelos. Su madre reporta un desarrollo normal.

3.3. Instrumentos

Los instrumentos de evaluación son técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas, son construidos con base en teorías psicológicas que intentan explicar el comportamiento humano Llaneza, et al. (2007).

3.3.1. Entrevista

Se hizo uso de entrevista semiestructurada y a profundidad, para Bleger (1964), en la entrevista abierta, el entrevistador tiene una amplia libertad para realizar preguntas e intervenciones, permitiéndose la flexibilidad necesaria en cada caso, para permitir en lo posible que el entrevistador configure el campo de la entrevista de acuerdo a la estructura psicológica particular o que el campo de la entrevista se configure en lo posible por las variables que dependen de la personalidad del usuario. Por tanto, la entrevista abierta proporciona la posibilidad de una investigación más amplia y profunda de la personalidad del entrevistado.

Según Morrison (2015) la entrevista clínica es más que motivar a las personas a hablar de sí mismas, en el campo de la salud mental, se pide a los pacientes que revelen algo de sus emociones y de su vida en general, con la práctica se aprende a preguntar y a cómo dirigir una conversación para lograr obtener la información que se necesita para ayudar al paciente de la mejor manera. La entrevista implica hacer que los pacientes respondan preguntas y percibir los matices de sus frases, observar los titubeos y la humedad de los ojos, los cuales son signos de alerta ante una línea productiva de indagación. La entrevista clínica se utiliza con diferentes fines dependiendo su campo, pero el personal de salud busca obtener toda la información básica de cada paciente y se buscan tres características: primero obtener la mayor cantidad de información precisa pertinente para el diagnóstico y el manejo, segundo en el menor tiempo, y tercero, son constantes en la creación y mantenimiento de una buena relación de trabajo (rapport) con el paciente. De estos tres puntos la información obtenida y el rapport son

decisivos.

3.3.2. Inventario de ansiedad de Beck

Según González (2007), el Inventario de Ansiedad de Beck fue creado en 1988, puede ser de administración auto aplicada, tiene por objetivo valorar la severidad de los síntomas de ansiedad y discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. El Inventario de Ansiedad de Beck, está compuesto por 21 ítems, los cuales describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con manifestaciones físicas de la misma de acuerdo con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Los autores mencionan que el inventario debe ser utilizado a la par de otros cuestionarios como el inventario de depresión de Beck y las escalas de ansiedad y depresión de Hamilton. Para calificar cada inventario cada ítem se puntúa de 0 a 3, donde:

- 0 = En absoluto
- 1 = Levemente, no me molesta mucho
- 2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo
- 3 = Severamente, casi no podía soportarlo.

La puntuación total es la suma de todos los ítems, el rango de la escala es de 0 a 63, la puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25.7.

El inventario de Ansiedad de Beck es internacionalmente conocido por su nombre original el inglés como BAI (Beck Anxiety Inventory), este cuestionario auto aplicado se ha convertido en el más utilizado para evaluar la ansiedad en los países con mayor producción científica en psicología. La PsycINFO (base de datos referencial y bibliográfica especializada en literatura psicológica) identifica al BAI como el instrumento de evaluación de ansiedad más utilizado en la investigación psicológica. El BAI se creó para medir los síntomas de ansiedad

que apenas son compartidos con los de la depresión, es decir, fue creado para evaluar conductas (cognitivas, emocionales, motoras o fisiológicas) anormales o patológicas de ansiedad, pregunta por el grado de molestia (nada, leve, moderado o grave) que le han ocasionado al sujeto ciertas conductas anormales durante la última semana. El BAI contiene 21 ítems que se pueden responder en 5-10 minutos, es posible aplicar el BAI repetidamente durante el proceso terapéutico para monitorizar los progresos del paciente y evaluar resultados de la terapia, por tanto, el BAI ayuda a responder si en el paciente se ha producido una reducción o aumento clínicamente significativo en la sintomatología ansiosa (Sanz, 2014).

3.3.3. *Inventario de Depresión de Beck*

El Inventario de Depresión de Beck (BDI), ha demostrado buenas propiedades psicométricas durante los últimos años, Beltrán et al. (2012), mencionan que la teoría de la depresión de Beck se considera una de las principales representantes de las explicaciones cognitivas sobre la depresión. El BDI, desarrollado en 1961 por Beck y sus colaboradores cuenta con más 500 estudios publicados los cuales avalan las propiedades psicométricas en la población clínica y no clínica, así como su uso Transcultural en la investigación. Dicho inventario contempla seis de los nueve criterios diagnósticos establecidos en el DSM-III, estos se miden mediante 21 ítems, en escalas de cuatro puntos para una suma total que oscila entre 0 y 63 puntos.

Para Jurado (1998), el Inventario de Depresión de Beck (BDI), es una de las escalas más utilizadas en el mundo para medir los síntomas de depresión en muestras clínicas y no clínicas, la escala fue construida en los Estados Unidos, posteriormente fue traducida al español (España), chino, alemán, francés, sueco, árabe, persa y búlgaro, la adaptación de instrumentos de evaluación psicométrica es obligatoria, cuando la nueva población difiere de la cultura original en la que se usa el instrumento en aspectos como: premisas socioculturales,

país, idioma, etc., con la finalidad de asegurar que la nueva versión sea útil. El BDI es un instrumento publicado por la Psychological Corporation y la autorización para su adquisición y uso, está restringida a psicólogos o profesionistas certificados y debe utilizarse con fines de investigación.

3.4. Familiograma

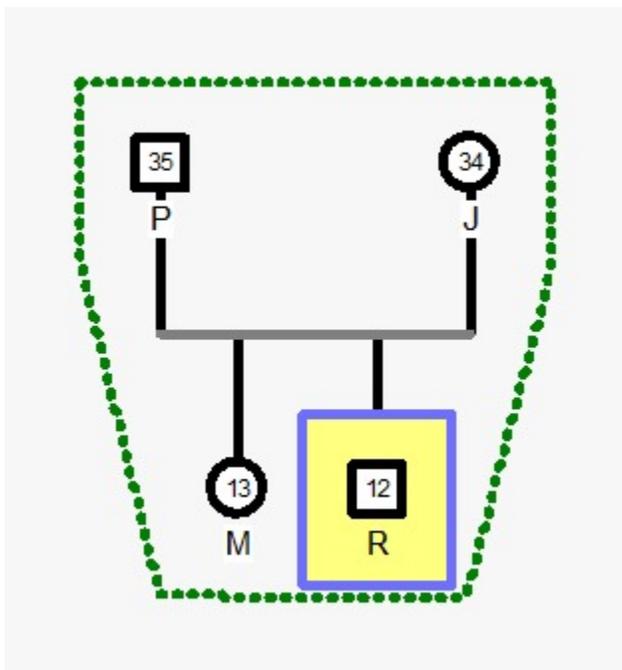


Fig. 1 Familiograma de R.

Procedimiento

Se realizó intervención con un Modelo de Terapia Breve Centrada en Soluciones y diversas estrategias de la Terapia Cognitivo Conductual. Se realizaron nueve sesiones las cuales se dividieron y trabajaron de la siguiente manera:

NUMERO DE SESION	OBJETIVOS	CONTENIDO
Sesión 1	<ul style="list-style-type: none"> ● Entrevista con la madre. ● Recoger datos pretratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Recoger información. ● Formular hipótesis. ● Devolución de la información y planteamiento de la intervención.
Sesión 2	<ul style="list-style-type: none"> ● Evaluación de caso. ● Plan de intervención. ● Objetivos de intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Formular el caso. ● Administración de pruebas o test de evaluación.
Sesión 3	<ul style="list-style-type: none"> ● Conceptualizar la sintomatología. ● Conseguir sensación de responsabilidad y control sobre ella. ● Reducción de ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Psicoeducación. ● Entrenamiento en respiración diafragmática. ●
Sesión 4	<ul style="list-style-type: none"> ● Implementar economía de fichas. ● Establecer límites en casa. ● Estructurar un horario y rutinas adecuadas en casa. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pautas educativas a los padres. ● Horario y rutinas en casa. ● Preguntas de TBCS.
Sesión 5	<ul style="list-style-type: none"> ● Iniciar terapia breve centrada en soluciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Clarificación de objetivos. ● Pregunta milagrosa.
Sesión 6	<ul style="list-style-type: none"> ● Psicoeducación. ● Verificación de avances. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Factores de riesgo. ● Factores de protección.
Sesión 7	<ul style="list-style-type: none"> ● Afrontar miedo y enojo. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Locus de control.

Sesión 8	<ul style="list-style-type: none"> • Reducción de ansiedad. • Comunicación asertiva. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en técnica de relajación Progresiva. • Practica de comunicación asertiva con algunos ejemplos.
Sesión 9	<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de objetivos. • Prevención de recaídas. • Cierre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de Inventario de depresión y ansiedad de Beck. • Refuerzo de la mejoría. • Prevención de recaídas.

Tabla 1. Procedimientos

Sesión 1

Objetivos

- Realizar entrevista con la madre
- Identificación de problema.

Se realizó entrevista con la madre, la cual mencionó que busca ayuda para su hijo de 12 años, estudiante de primer grado de secundaria y expuso que su hijo le habló sobre la idea de suicidarse, mencionó incluso que le dio detalles sobre cómo podría hacerlo.

La madre mencionó detalles sobre la vida y círculo social de R, dijo han pasado por diversos problemas familiares como una deuda económica del padre de R, deuda que orilló a la familia a cambiar de residencia durante algún tiempo teniendo que regresar a vivir a casa de los abuelos, a raíz de esa situación la madre debe trabajar y R y su hermana pasan la mayor parte del tiempo solos o bajo la supervisión de su padre.

Dada la ideación suicida de R, se le indicó a su madre acudir a instituciones especializadas en el tratamiento de este tipo de trastornos, le proporcioné un documento con

los datos de contacto y ubicación de dichas instituciones, la madre de R aceptó la recomendación hecha, sin embargo, solicitó que R sea atendido en lo que logran un ingreso a otra institución.

Acepté la petición de la madre de R para acompañar a su hijo y solicité su autorización para documentar el caso indicando la utilidad de la investigación. Se acuerda con la madre de R una entrevista con su hijo en la siguiente semana.

Sesión 2.

Objetivos

- Crear un plan de intervención.
- Establecer los objetivos del tratamiento.
- Obtener datos pretratamiento.
- Aplicación de escalas

Se inició la sesión con un saludo y se estableció rapport con R, le mencioné sobre el consentimiento informado que firmó su mamá y le pedí que también lo firmara él.

R se mostraba nervioso, movía las manos y pies constantemente, se tronaba los dedos repetidamente, su respiración era muy agitada, por lo demás, su aspecto en general era de un chico de su edad.

R. mencionó que aceptó buscar apoyo psicológico de manera voluntaria porque no era buena la relación con su hermana y no lograba cumplir sus actividades de la escuela, sus calificaciones eran muy bajas, mencionó que tiene solo un amigo que conoció en la primaria con el cual aún mantenía comunicación, en la secundaria no tenía amigos. En esta sesión no mencionó la ideación suicida.

Se le realizaron a R preguntas de escala de puntuación, se aplicó el Cuestionario de Ansiedad de Beck y Cuestionario de depresión de Beck, como resultado se observó ansiedad y depresión media. Le proporcioné a R entrenamiento en respiración diafragmática haciéndole la recomendación de practicarla antes de irse a la escuela y antes de dormir. Le pregunté a R sobre sus hábitos de salud y mencionó que se dormía alrededor de las 3 de la madrugada y se despertaba a las 7 de la mañana, consideraba que bebía demasiado refresco ya que le gusta mucho y lo consumía constantemente en su casa, también tomaba café y no le gustaba el agua. Le hice la sugerencia de modificar estos hábitos y le expliqué las consecuencias negativas del consumo de azúcar, así como las consecuencias a nivel emocional sobre no tener una buena higiene del sueño.

Al terminar la sesión le pedí a la madre de R que ingresara para informarle sobre las tareas asignadas a su hijo R: realizar los ejercicios de respiración, ir a dormir a más tardar a las 11 de la noche, dejar de consumir refrescos y bebidas con cafeína, incrementar su consumo de agua, así como realizar una actividad deportiva.

Sesión 3

Objetivos

- Conceptualizar la sintomatología que presenta R.
- Proporcionar información sobre la ideación suicida.
- Pacto no suicida con R.
- Identificar los detonantes de su ansiedad.

Le di la bienvenida a R y le pregunté sobre cómo había pasado sus días posteriores a nuestra primera sesión, R respondió de manera superficial y brevemente. Le pregunté a R sobre la tarea que le asigné y mencionó que comenzó a dormirse a las 11:30 pm, dejó de tomar

refresco y café, pero no había realizado ejercicio. Le pregunté a R sobre el tema del suicidio, me respondió que si lo pensó hace como dos años y pero que actualmente no lo consideraba, también mencionó R que no quiere acudir a ninguna de las instituciones que le recomendé a su madre y solo desea continuar con mi acompañamiento. Invité a R a realizar un pacto de no suicidio, pude haberlo realizado por escrito, pero solo hicimos de palabra para no ejercer presión sobre el adolescente.

Aún se observaba en R un constante movimiento en manos y pies, le proporcione información sobre lo que es la ansiedad y cómo controlar la sintomatología que presenta.

Busqué los posibles motivos de la ansiedad de R, le pedí que dibujara un edificio o casa con las características que él deseara que llevara por nombre “ansiedad” y que mostrara quién vive dentro de ese edificio, así encontramos que el joven ha bebido cerveza en la escuela y tiene miedo de que alguien que lo haya visto lo acuse; R hace referencia a la relación con su hermana y dice que lo estresa demasiado; R menciona una muy mala relación con una profesora quien constantemente realiza comparaciones entre R y su padre que también fue alumno de dicha profesora; menciono R que lo que más le estresaba es no entregar sus tareas de la escuela porque no le da tiempo de hacerlas debido a las actividades que debía realizar en casa.

Le pedí a R continuar realizando los ejercicios de respiración diafragmática, así como continuar con las modificaciones a sus hábitos de salud y agendamos una cita de 20 minutos con los padres de R en la próxima sesión para implementar la terapia de economía de fichas.

Sesión 4

Objetivos

- Implementar economía de fichas

- Modificación de conducta de autolesión
- Realizar pacto no suicida

R y yo nos saludamos, platicamos un poco sobre sus actividades de la semana, continuaba con los hábitos de salud, pero seguía sin realizar ejercicio, pregunté a R sobre la relación con su hermana y mencionó que no han peleado tanto. Para ese momento considere que R se había abierto un poco más a mí, ya que mencionó la existencia de una situación que hasta el momento no había comentado: estando en la escuela se rayaba las piernas con una pluma de punto fino con la intención de lastimarse; le pregunté si esa actividad la realizaba en algún momento específico y mencionó que cuando se sentía muy nervioso; con la intención de que no se haga daño, le propuse que utilizará una libreta especialmente para esta finalidad en lugar de rayar su cuerpo. Retomando lo descrito en la actividad de la sesión anterior, comenté con R el tema del consumo de bebidas alcohólicas (específicamente cerveza) dentro de la escuela, por lo que le sugerí a R que comentará él solo, este hecho a sus padres si se siente cómodo o bien que en la siguiente sesión lo comentemos en conjunto ya que es mi deber dar a conocer esta información a sus padres con la intención de salvaguardar su salud.

En conjunto con los padres de R y R elaboramos un horario de actividades básicas, actividades entre las que se encontraban; hora de levantarse y acostarse, tiempo de comida, limpieza de la casa, higiene personal, tareas escolares con hora de inicio y de terminación, también se establecieron las consecuencias del adecuado o inadecuado cumplimiento de estas actividades. Realicé nuevamente el pacto no suicida para que R no se hiciera daño esa semana.

Sesión 5

Objetivos

- Iniciar terapia breve centrada en soluciones.

- Pacto no suicida con R.

Con base en la terapia breve, hice un encuadre para entender lo que deseaban lograr R y sus padres con este acompañamiento; R mencionó que desea estar más tranquilo y no sentir miedo por no cumplir con sus compromisos escolares, por lo que le pregunté a R; ¿Qué es no tener miedo? ¿Cómo te darás cuenta de que estás más tranquilo? ¿Cómo sería tu vida si el día de mañana te despiertas y todo lo que te hizo buscar ayuda ya no existe? ¿Quién se dará cuenta de estos cambios? ¿Qué pensarán de esos cambios? ¿Qué hacías en la escuela antes de la pandemia para tener excelentes calificaciones y que no estás haciendo hoy? ¿Y si retomas la actividad de designar una libreta para anotar tus tareas y proyectos para que no se te olviden, que crees que pasaría?

Le obsequio a R una libreta pequeña y cómoda y reforzamos el pacto no suicida para esa semana.

Sesión 6

Objetivos

- Psicoeducación en factores de riesgo y factores de protección.
- Verificar avances observados.
- Pacto no suicida con R.

Se inició la sesión con una charla de psicoeducación con R y sus padres sobre factores de riesgo en donde se abordaron temas de pornografía, bebidas alcohólicas y drogas, R les mencionó a sus padres que ha consumido bebidas alcohólicas en la escuela.

R y sus padres comentaron que habían observado avances conforme a los objetivos

que se había definido y propuesto (como cumplir con sus tareas, pues las está anotando en la libreta y en general dice sentirse un poco menos preocupado) por lo que se buscó replantear el objetivo del apoyo psicológico, coincidieron R y sus padres en reducir el nivel de ansiedad, que no se enojará tanto, que estuviera más tranquilo y que no peleará con su hermana. Pregunté a R y sus padres: ¿Cómo se darán cuenta que está funcionando lo que estamos trabajando? ¿Qué pasará cuando eso suceda?, en la medida que logren responder estas preguntas estarán logrando identificar el avance.

Felicité a R por comentar con sus padres el tema del consumo de alcohol y por los avances que sus padres han notado en él, reforzamos el pacto no suicida para esa semana. Como tarea para la siguiente sesión le pido a R que observe, en casa y escuela, qué cosas o situaciones lo hacen sentir bien y qué no le gustaría cambiar; vuelvo a sugerir a R realizar alguna actividad física.

Sesión 7

Objetivos

- Comunicación asertiva.
- Trabajar con Locus de control interno y externo.
- Pacto no suicida con R.

R llegó a la sesión y se observaba mucho más tranquilo en comparación a su comportamiento de las sesiones anteriores, ya no movía los pies y las manos como lo hacía en las sesiones pasadas, su respiración no se escuchaba agitada. Se realizaron actividades para trabajar con comunicación asertiva para mejorar la comunicación con su hermana y compañeros de la escuela. R mencionó que ha dejado de aplicar la economía de fichas porque no hay quién lo supervise, pero que tampoco le gustaba porque se siente cuidado por sus padres, R comenta que como resultado del acompañamiento la dinámica familiar ha cambiado

y no le gusta, se mostró muy enojado por los límites que le han puesto sus padres, se buscó contener a R y hablar sobre locus de control interno y externo el cual consiste en hacer consciente al adolescente sobre los eventos o situaciones que puede controlar y lo que no puede controlar y que tienen consecuencia en su conducta. Realizamos el pacto no suicida, pero me comentó que ya no era necesario que no se haría daño.

Sesión 8

Objetivos

- Técnica progresiva de Jacobson.
- Comunicación asertiva.
- Pacto no suicida con R.

R mencionó que se había sentido más tranquilo, los días anteriores a esa sesión no había peleado con su hermana y precisamente ese día antes de acudir a la sesión sucedió un enfrentamiento por un comentario que R le hizo a su hermana; R dice también que sus padres lo han inscrito en un equipo de fútbol lo cual no le gustó, sus calificaciones en la secundaria mejoraron considerablemente y ya no siente tan intenso ese miedo que antes tenía por no presentar sus proyectos y tareas. R dice que se siente un poco separado de sus compañeros porque piensa que no lo entienden. R mencionó que sigue sin trabajar con la economía de fichas, sin embargo, está haciendo sus actividades, aunque no le gusta. Le mostré a R la técnica progresiva de Jacobson y una vez más practicamos la comunicación asertiva, así como el pacto no suicida.

En esa sesión consideré terminar la asesoría psicológica en la siguiente sesión realizando el cierre con R y sus padres debido a que R considera que ya no necesita más

sesiones de acompañamiento. Agendamos una reunión con R y sus padres para cerrar y dar por concluido el apoyo psicológico.

Sesión 9

Objetivos

- Aplicación de Inventario de ansiedad y depresión de Beck.
- Prevención de recaídas.
- Cierre.

Iniciamos la sesión con la aplicación a R del Inventario de Ansiedad de Beck e Inventario de Depresión de Beck; como resultado en el Inventario de Ansiedad R obtiene 18 puntos lo que muestra una ansiedad muy baja y como resultado en el Inventario de Depresión R obtiene 12 puntos lo que indica depresión mínima. Los padres de R se unieron a la sesión y mencionaron una vez más que R ya no quiere acudir a terapia, algo que ya habíamos comentado en la sesión anterior y ellos aceptaron porque habían visto cambios importantes en las calificaciones escolares y sus actividades en la casa, aunque las peleas con su hermana continúan, ha disminuido la intensidad y R ha buscado acercarse a ella y platicar, los padres de R consideran que R piensa más las cosas antes de actuar, R adoptó un gato el cual le ha ayudado a mantener la tranquilidad, R mencionó que ya aceptó jugar fútbol, que se dará una oportunidad en este deporte. Realizo cierre de sesión y apoyo psicológico, le proporciono a los padres de R el directorio de autocuidado y prevención de suicidio, hago recomendaciones para prevenir recaídas de R y refuerzo la mejoría de R así como la participación y compromiso de sus padres. Se deja abierta la posibilidad para retomar el acompañamiento si fuera necesario.

Resultados

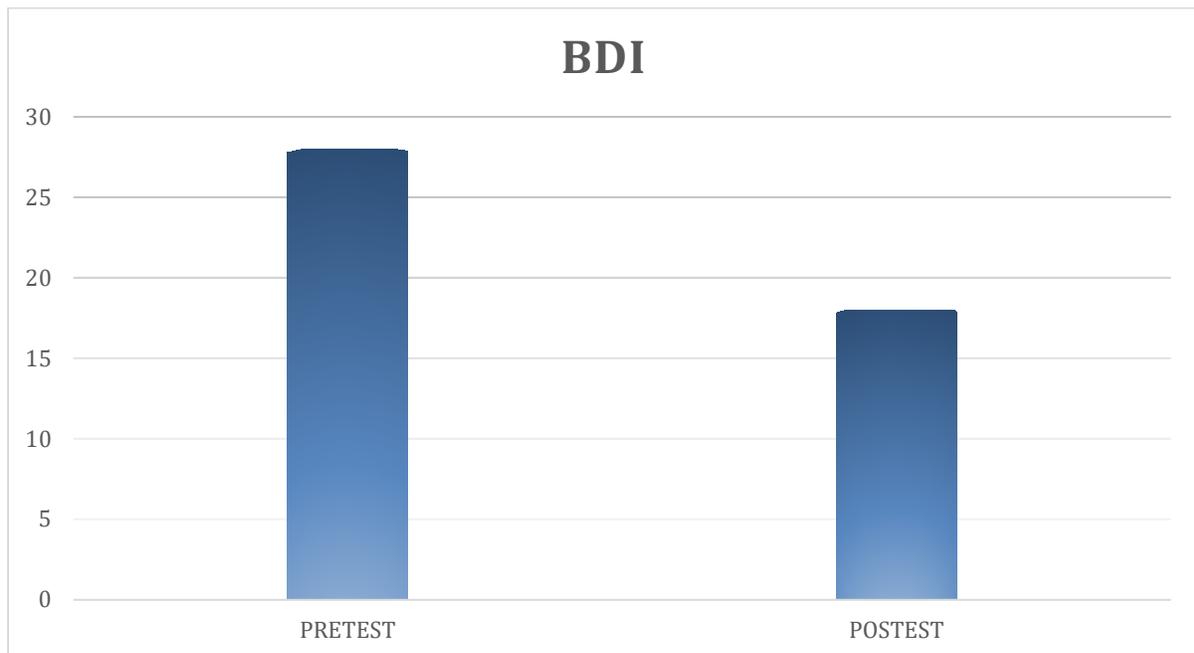


Fig. 2. Inventario Depresión de Beck

En la Fig. 2, se observa la gráfica de Inventario de Depresión de Beck, R puntúa en la primera aplicación (pretest) con 26 puntos lo cual lo coloca en una depresión moderada, para la segunda aplicación (postest) se obtienen 12 puntos es decir 14 puntos abajo, que muestra una depresión leve, por tanto, se observa una disminución para el día en que finaliza la intervención.

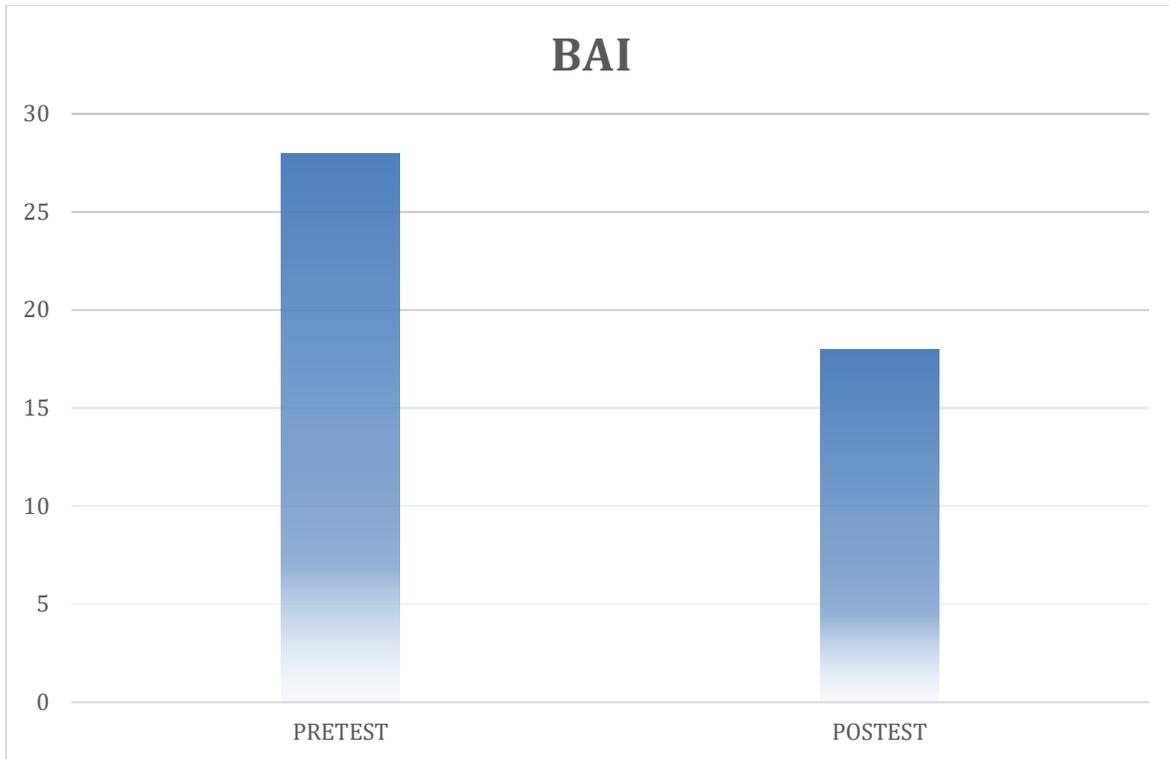


Fig. 3. Inventario Ansiedad de Beck

En la Fig. 3, de la gráfica del Inventario de Ansiedad de Beck, R muestra una ansiedad media en la primera aplicación (pretest) con una puntuación de 28, mientras que para la segunda aplicación (postest) R muestra un puntaje de 18, se observa una disminución de 10 puntos que lo coloca en una ansiedad leve.

Cuadro de eventos durante la primera y la última semana de intervención.

Pregunta	Semana 2	Semana 9
¿Cuántas veces durante la semana mencionó R la idea de hacerse daño?	9	0
¿Cuántas veces durante la semana R tuvo conflictos con su hermana?	14	5
¿Cuántas veces durante la semana R tuvo conflictos en la escuela por no presentar trabajos?	16	5

Tabla 2, resultados de eventos

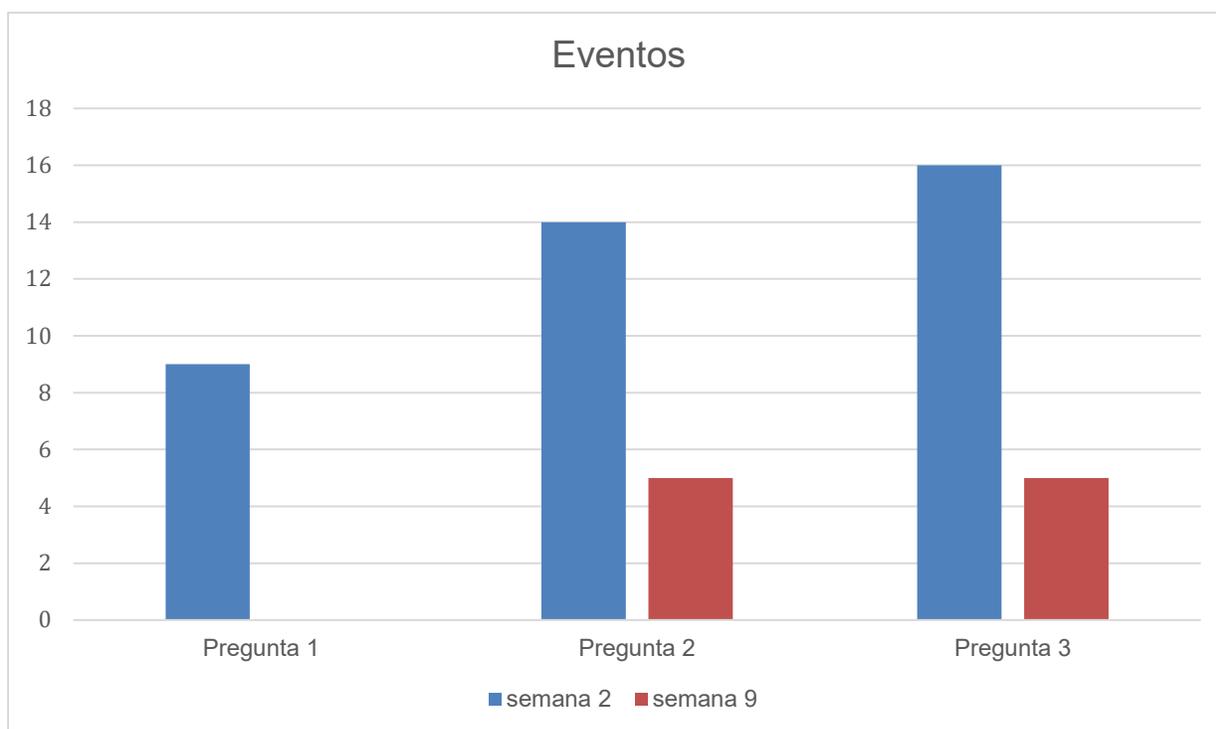


Fig 4. Eventos problemáticos de R

En la Fig. 4, se observa la gráfica de la cantidad de eventos señalados en la tabla 2, los cuales fueron registrados por la madre de R en las semanas de intervención uno y nueve; se puede observar una reducción en los tres eventos más importantes que manifestaban los padres y R que le causaban ansiedad.

Preguntas de Escala

En una escala donde 10 es muy bien y 0 es muy mal ¿qué número le pondrías a?

Del uno al diez en que número pondrías	Escala de puntuación		
	Semana 2	Semana 5	Semana 9
Cumplir con tus tareas escolares	1	2	8
Que tan buena es la relación con tu hermana	0	0	3
Cumplir con tus actividades en casa	10	10	7
Te sientes triste	0	5	8
Te sientes ansioso	0	5	9

Tabla 3. Resultados de escala de puntuación

En la tabla de escala de puntuación se puede observar una disminución en las situaciones que más ansiedad y estrés le generaban a R. Si bien en “Cumplir con tus actividades en casa”, en la semana nueve se observa una disminución del puntaje alertando acerca de un retroceso, en realidad R fue más realista con las actividades que en verdad realizaba, ya que al revisar el horario de actividades de R así como las entrevistas realizadas por separado a R y a sus padres, no coincidía la versión de R en la que mencionaba hacer todo el quehacer de casa según se muestra en las semanas 2 y 5.

Conclusiones

La Terapia Breve Centrada en Soluciones como base de intervención y auxiliada con la Terapia Cognitivo Conductual, son eficaces para reducir las ideas suicidas de un adolescente, ya que los cambios que promueve son cambios efectivos y tras comprobar la disminución de la variable se considera que la utilización de dicha intervención es útil ya que se ha conseguido eliminar la ideación suicida.

La terapia Cognitivo-conductual está basada en la modificación de conducta, que, en conjunto con locus de control, factores de riesgo y factores de protección se buscaba que R diera paso a la reflexión y que dimensionara la consecuencia de sus actos, es decir generar un cambio cognitivo y conductual, el objetivo se logró pues el adolescente dejó de amenazar a sus padres con quitarse la vida y dejó de ser un riesgo.

Los recursos que obtuvo R le sirvieron y le gustaron de tal manera, que en diversas ocasiones buscó hacer locus de control interno y practicar la comunicación asertiva para lograr un entendimiento con sus padres y dejando de amenazar con hacerse daño, recurso que también puso en práctica con sus profesores, compañeros e incluso con su hermana quien en dos ocasiones mencionó a sus padres el cambio positivo de R. Por el contrario, con la técnica de la economía de fichas no fue posible aplicarla de manera correcta en este caso, ya que, ante la falta de tiempo de los padres de R para supervisarlo, deseaban ellos delegar esta responsabilidad a la hermana un año mayor de R, motivo por el cual la técnica de economía de fichas fue suspendida.

En los resultados de la tabla 3 con las preguntas a escala, se observan las modificaciones cognitivas y conductuales que se produjeron en R; en específico sobre “cumplir con tus actividades en casa”, se pudiera pensar que se tuvo un retroceso, sin embargo es importante destacar la responsabilidad que R asume para la semana nueve, pues deja de

victimizarse mencionando que todas las actividades de la casa eran su responsabilidad lo que ayudó a disminuir los conflictos con su hermana dados por esta situación; por tanto su calificación de siete es mas realista y lejos de calificarse como un retroceso se considera un logro en la conducta de R.

Finalmente, en el momento de cerrar y concluir el acompañamiento psicológico, el pensamiento suicida dejó de estar presente y la modificación conductual en los padres de R y en R mismo estaban presentes. Por tanto, empleando la intervención con TBCS en conjunto con estrategias cognitivo-conductuales son adecuadas para lograr el objetivo que se pretendía alcanzar, gracias a que el adolescente puso en práctica los recursos que tenía para trabajar en las situaciones que le causaban conflicto. Considero deseable el seguimiento al caso para observar los cambios a largo plazo.

Nota:

- Es importante mencionar que los nombres son ficticios para la protección y privacidad de los participantes.
- Se buscó a la madre del adolescente 6 semanas después de la última sesión para dar seguimiento y saber a qué institución acudió para que el adolescente recibiera ayuda profesional y mencionó que no han podido buscar ninguna por el momento debido a situaciones familiares, pero que ha dejado de ser su prioridad pues observan que su hijo mejoró sus calificaciones en la secundaria, sigue peleando con su hermana pero dejaron de golpearse, continua haciendo deporte y no ha vuelto a mencionar el deseo de hacerse daño. Se le recomienda nuevamente que a la brevedad acudan a una evaluación profesional.

Bibliografía

- Alonso, A. G. (2009). La depresión en adolescentes. *La salud mental de las personas jóvenes en España*, 85.
- Álvarez Toste, M., Hernández-Bernal, F., Castillo Hernández, N., Hernández Álvarez, Y., Sibila González, M. E., Castro Masson, C. R., & Romero Placeres, M. (2008). Algunos factores de riesgo en la adolescencia, hallazgos en un área de salud. *Revista cubana de higiene y epidemiología*, 46(3), 0–0. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032008000300007
- Angel, L. M., Hernández, J. M., Leal, O. G., & Mas, J. S. (2000). Un test informatizado para la evaluación de la tolerancia a la frustración. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 16(2), 143-155.
- Antoni, M., & Zentner, J. (2014). *Las cuatro emociones básicas*. Herder editorial.
- Antonio, J., Madruga, G., y Delval, J. (s/f). *Psicología del Desarrollo I*. Edu.ni. Recuperado el 19 de mayo de 2023, de <http://biblioteca.univalle.edu.ni/files/original/244013091c807a9618e02d27579dfc7b04f19a4d.pdf>
- Baztán, Á. A. (1994). *Psicología de la Adolescencia*. Marcombo.
- Beck, J. (2015). Editorial Gedisa. *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*, 141626.
- Beltrán, M. D. C., Freyre, M. Á., & Hernández-Guzmán, L. (2012). El Inventario de Depresión de Beck: Su validez en población adolescente. *Terapia psicológica*, 30, 5–13.
- Bleger, J. (1964). *La entrevista psicológica. Temas de psicología (entrevista y grupos)*.
- Bisquerra Alzina, R. (2011). *Educación emocional. Padres y maestros*.
- Bisquerra, R. (2012). De la inteligencia emocional a la educación emocional. *Cómo educar las emociones*, 1, 24-35.

- Borrás Santisteban, T. (2014). Adolescencia: definición, vulnerabilidad y oportunidad. CCH. Correo científico de Holguín, 18(1), 05–07. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s1560-43812014000100002&script=sci_arttext&lng=pt
- Bourne, E. (2012). Hacer frente a la ansiedad: 10 formas sencillas de aliviar la ansiedad, los miedos y las preocupaciones. Editorial AMAT.
- Burak, S. D. (2001). Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes. En *Adolescencia y juventud en America Latina*. Consejo Editorial de LUR.
- Bustos, P. F. (2010). Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes (Doctoral dissertation).
- Caballo, V. E., y Sierra, S. (1991). *Manual de psicología clínica aplicada*. G. Buela-Casal (Ed.). Siglo XXI.
- Campos, V. (2012). *El gobierno de las emociones*. Editorial Herder.
- Camuñas, N., Mavrou, I., y Tobal, J. J. (2019). Ansiedad y tristeza-depresión: Una aproximación desde la teoría de la indefensión-desesperanza. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(1), 19–28.
- Cárdenas, E. (2016). La situación de la infancia y la adolescencia en México. *González Martín, Nuria y Rodríguez Jiménez, Sonia, et al.*
- Coleman, J., y Hendry, L. B. (2004). *Psicología de la adolescencia*. Ediciones Morata.
- Córdova Osnaya, M., Rosales Pérez, J. C., & Rosales, A. (2017). SIGNIFICADO PSICOLÓGICO DE TRES EMOCIONES MIXTAS EN JÓVENES MEXICANOS UNIVERSITARIOS. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3).
- Cornejo Troche, O. M. (2021). Terapia breve centrada en soluciones en un caso de trastorno de estrés post traumático. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSA*, 19(1), 160-194.

- Crone, E. A. (2019). El cerebro adolescente: Cambios en el aprendizaje, en la toma de decisiones y en las relaciones sociales (Vol. 159). Narcea Ediciones.
- De Faroh, A. C. (2007). Cognición en el adolescente según Piaget y Vygotski. ¿ Dos caras de la misma moneda?. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 27(2), 148-166.
- De la Fuente Prieto, J., Díaz, P. L., & Martínez-Borda, R. (2019). Adolescentes, redes sociales y universos transmedia: la alfabetización mediática en contextos participativos. *Revista Latina de Comunicación Social*, (74), 172-196.
- De la Villa Moral, M., & Suárez, C. (2016). Factores de riesgo en el uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 7(2), 69-78.
- De Prevención y Participación Ciudadana, S. (2011). Deserción escolar y conductas de riesgo en Adolescentes. <http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary>.
- Del Barrio, V., y Capilla, MLR (2006). Factores de riesgo y protección en agresión infantil. *Acción psicológica*, 4 (2), 39-65.
- Del Carmen Gómez, M., y Cuña, A. (2017). Estrategias de intervención en conductas disruptivas. *Educação por escrito*, 8, 278–293.
- Díaz, M., Ruiz, M. D., & Villalobos, A. (2012). Historia de la terapia cognitivo conductual (M. Ruiz, M. Díaz, & A. Villalobos, Eds.).
- Diz, J. I. (2013). Desarrollo del adolescente: aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatr Integral*, 17(2), 88–93.
- Dols, J. M. F., & Ortega, J. E. (1985). Los niveles de análisis de la emoción: James, cien años después. *Estudios de Psicología*, 6(21), 34-56.
- Dominguez Lara, S. A., y Medrano, L. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario de regulación cognitiva de la emociones (CERQ) en estudiantes universitarios de Lima. *Psychologia*, 10(1), 53–67. <https://doi.org/10.21500/19002386.2466>
- Donas Burak, S. (2021). Adolescencia y juventud en América Latina.

- Echeburúa, E., & De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías ya las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 22(2), 91-95.
- Fernández-Abascal, E. G., Rodríguez, B. G., Sánchez, M. P. J., Díaz, M. D. M., & Sánchez, F. J. D. (2010). *Psicología de la emoción*. Editorial Universitaria Ramón Areces.
- Fernández, M. Á. R., García, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Galende, L. R. (2012). Subjetividades, adolescencias y violencias. *Tesis Psicológica*, (7), 188-193.
- González, F. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. En *Ciencias Médicas* (Vol. 248).
- González-Forteza, C., Berenzon-Gorn, S., Tello-Granados, A. M., Facio-Florez, D., & Medina-Mora Icaza, M. E. (1998). Ideación suicida y características asociadas en mujeres adolescentes. *Salud pública de Mexico*, 40(5), 430–437. <https://doi.org/10.1590/s0036-36341998000500007>
- Herrera Santi, P. (1999). Principales factores de riesgo psicológicos y sociales en el adolescente. *Revista cubana de pediatría*, 71(1), 39–42.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75311999000100006&script=sci_arttext&tlng=pt
- Hewitt Ramírez, N., y Gantiva Díaz, CA (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología latinoamericana*, 27 (1), 165-176.
- Ibañez, C. (2009). Charles Darwin: las emociones también se heredan.
- I Trallero, JT (1991). Tratamiento de los trastornos de ansiedad en el niño y el adolescente: abordaje cognitivo-conductual. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, (4), 292-301.
- Jurado, S., Villegas, M. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V., & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud mental*, 21(3), 26–31.

- Kamenetzky, G. V., Cuenya, L., Elgier, A. M., López Seal, F., Fosachecha, S., Martin, L., & Mustaca, A. E. (2009). Respuestas de frustración en humanos. *Terapia Psicológica*, 27(2). <https://doi.org/10.4067/s0718-48082009000200005>
- Kazdin, AE (2000). *Enciclopedia de psicología* (Vol. 8, p. 4128). Asociación Americana de Psicología (Ed.). Washington, DC: Asociación Americana de Psicología.
- Kazdin, A. E. (2009). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Editorial El Manual Moderno.
- Lai, S. y Shek, D. (2009). Social Problem Solving, Family Functioning, and Suicidal Ideation Among Chinese Adolescents. In Hong Kong. *Adolescence*. 44. 391-406.
- Leal, P., & Contreras, A. (1998). La baja tolerancia a la frustración y las adicciones. *Liberadictus*. Recuperado de: <http://liberadictus.org/Pdf/0202-17.pdf>.
- Leyva-Jiménez, R., Hernández-Juárez, A. M., Nava-Jiménez, G., & López-Gaona, V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232.
- Lira, N. A. H. (2007). *Manual de psicoterapia cognitivo-conductual para trastornos de la salud*. LibrosEnRed.
- Lozano-Vicente, A. (2014). Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. Última Década (on line), 11–36.
- Luna, N. I. S., Vences, Z. M. M., & Guzmán, E. V. S. (2020). Terapia cognitivo conductual (TCC) en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. *RECIMUNDO*, 4(4), 173–187.
- Lutte, G. (1991). *Liberar la adolescencia*. Herder.
- Montañés, M. C. (2005). *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. Universidad de Valencia, 3.

- Moral, M. de la V., y Suárez, C. (2016). Factores de riesgo en el uso problemático de Internet y del teléfono móvil en adolescentes españoles. *Revista iberoamericana de psicología y salud*, 7(2), 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2016.03.001>
- Moreno, P., y Martín, J. (2004). *Dominar las crisis de ansiedad. Una guía para pacientes*. Editorial Desclée de Brouwer.
- Morrison, J. (2015). *La entrevista Psicológica. El Manual Moderno*, Editorial.
- Mustaca, A. E. (2017). Frustración y conductas sociales. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(1), 65. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4643>
- Nezu, A. M., Nezu, C., y Zurilla, T. (2014). *Terapia de solución de problemas*.
- Odrizola, E. E. (2012). Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista española de drogodependencias*, 4, 435–448.
- O'hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. Ediciones Paidós.
- O'kearney, R., y Galdeano, M. P. A. (2008). Beneficios de la terapia cognitiva-conductual para niños y jóvenes con trastorno obsesivo-convulsivo: reexaminando la evidencia. 21. adolescentes. *RECIMUNDO*, 4, 173–187.
- Oltra, A., Salamanca, P., Veras, S. H., & Sierra-García, P. (2021). Intervención psicológica online en un caso de sintomatología fóbica infantil desde la Terapia de Juego Cognitivo Conductual durante el confinamiento por COVID-19. *Acción psicológica*, 18(1). <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.29455>
- OMS. (2021). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- Palomar, J. y Valdés, L. (2004). Pobreza y locus de control. *Revista Interamericana de Psicología* 38, 225-240.
- Páramo, M. de L. Á. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85–95. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082011000100009>

- Pavez, P., Santander, N., Carranza, J., & Vera-Villarroel, P. (2009). Factores de riesgo familiares asociados a la conducta suicida en adolescentes con trastorno depresivo. *Revista Médica de Chile*, 137(2), 226–233. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872009000200006>
- Pedrosa, E. M. P. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147–173. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3130577>
- Peña-Casquero, P. (2016). Tratamiento cognitivo conductual en una adolescente con trastorno dismórfico corporal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 3(1), 37–43.
- Pérez Díaz, Y., y Guerra Morales, V. M. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista cubana de pediatría*, 86(3), 368–375. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300011
- Pérez Pérez, P. D. R., Pérez Manosalvas, H. S., y Guevara Morillo, G. D. (2022). Factores de riesgo y desarrollo de resiliencia en adolescentes. *Revista Científica UISRAEL*, 9(2), 23-38.
- Pérez, S. P., y Santiago, M. A. (1999). El concepto de adolescencia. En *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud de la adolescencia* (pp. 15–23). MINSAP.
- Pinedo-Rodríguez, G. A., Meza-Villa, Á., Ortiz-Ramos, A. F., Puerta-Mota, G., Guerrero-Romero, F., Rodríguez-Morán, M., y Ortiz-Martínez. (2014). Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 52(1), S68–S73.
- Polo, J. V. P., & Díaz, D. E. P. (2010). Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251–257.
- Ribeiro, A. (2020). Estilos parentales, apego y tolerancia a la frustración: transmisión intergeneracional abuelos-padres-nietos (Doctoral dissertation).

- Rosselló, J., Duarte-Vélez, Y., y Bernal, G. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 45(3), 321–329.
- Sánchez, T., & Téllez, A. (2016). Hipnoterapia y terapia breve centrada en soluciones aplicada a síntomas por abuso sexual infantil: Un estudio de caso. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 21(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.1.2016.16375>
- Sánchez-Sosa, J. C., Villarreal-González, M. E., Musitu, G., & Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Intervención*, 19(3), 279–287.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y salud*, 25(1), 39–48.
[https://doi.org/10.1016/s1130-5274\(14\)70025-8](https://doi.org/10.1016/s1130-5274(14)70025-8)
- Scherer, KR (1997). Emoción. *Psicología social: Eine Einführung* , 293-330.
- Silva, C. S., & Villalobos, J. A. (2011). Predictores familiares y personales de la ideación suicida en adolescentes. *Psicología y salud*, 21(1), 25-30. *Adolescencia: Una etapa fundamental*. (2002). UNICEF.
- Slaikeu, K. A. (1990). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. 2a. Edición. México: Manual Moderno.
- Solari, B. F. (2015). Trastornos del sueño en la adolescencia. *Revista médica Clínica Las Condes*, 26(1), 60–65. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2015.02.006>
- Soler, F., Herrera, J. P., Buitrago, S., & Barón, L. (2009). Programa de economía de fichas en el hogar. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 5(2), 373-390.
- Solum Donas, B. (2001). Marco epidemiológico conceptual de la salud integral y el desarrollo humano de los adolescentes.
- Sutil, CR (1998). Emoción y cognición. James, más de cien años después. *Anuario de psicología/The UB Journal of Psychology* , 3-24.

- Tamayo, I. M., Rodríguez, L. V. R., & Tamayo, F. M. (2020). Impacto psicológico de la obesidad en niños y adolescentes vistos desde la universidad, las instituciones de salud y la familia. *RILCO: Revista de Investigación Latinoamericana en Competitividad Organizacional*, 8.
- Tirado Morueta, R., Agueded Gómez, J. I., y Marín Gutiérrez, I. (2009). Protective factors and risk of alcohol consumption in students at the University of Huelva / Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Salud y drogas*, 9(2), 165–183. <https://doi.org/10.21134/haaj.v9i2.43>
- Trallero, J. T. (1991). Tratamiento de los trastornos de ansiedad en el niño y el adolescente: abordaje cognitivo-conductual. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 4, 292–301.
- Valiente-Barroso, C., Marcos-Sánchez, R., Arguedas-Morales, M., & Martínez-Vicente, M. (2021). Tolerancia a la frustración, estrés y autoestima como predictores de la planificación y toma de decisiones en adolescentes. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 8(1), 1–19. <https://doi.org/10.17979/reipe.2021.8.1.7077>
- Vargas Álvarez, L. A., Palacios Cruz, L., González Thompson, G., y de la Peña Olvera, F. (2008). Trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adolescentes: Una actualización. Segunda parte. *Salud mental (Mexico City, Mexico)*, 31(4), 283–289. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252008000400005&lng=es&tlng=es.
- Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N. I., Andrade Palos, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.
- View of Risk and Preventive factors of child aggression. (s/f). Uned.Es. Recuperado el 19 de mayo de 2023, de <https://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/479/418>
- Villarroel, J. C. B., Fort, G. B., y Cano, N. G. (2008). Higiene y prevención de la ansiedad. Ediciones Díaz de Santos.

Wong, V. C. L., Benavides, D. H., & Martínez, M. P. (2022). Terapia breve centrada en soluciones y terapia de aceptación y compromiso para la depresión. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 7(1), 516–618.

Yubero Jiménez, S., Larrañaga Rubio, M. E., & Navarro Olivas, R. (2018). Los padres ante el ciberacoso: factores de protección. *Bordón Revista de Pedagogía*.
<https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/167904>

Zayfert, C., Becker, C. B., Bellono, L. D. G., y Fuentes, S. V. (2008). *Terapia cognitivo-conductual para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático*. Manuel Moderno.



**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Psicología a distancia**

**Consentimiento informado para evaluación psicológica:
Padres de los participantes**

Yo, [REDACTED], madre del menor [REDACTED] de 13 años, acepto de manera voluntaria que mi hijo(a) participe en el proceso de evaluación psicológica que será realizada por la aún estudiante Marisol De Jesus Osorio con código 419154989 de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM, con la finalidad de brindar apoyo psicológico a mi hijo y al mismo tiempo registrar la información, investigación y datos que considere necesarios para la realización de su manuscrito recepcional.

Los padres manifiestan

- Que están aceptan la participación en el asesoramiento psicológico de su hijo [REDACTED] de 13 años, llevado a cabo por la Pasante de Psicología Marisol De Jesus Osorio, estudiante de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, UNAM.
- Que han sido informados de que la información aportada a la estudiante de psicóloga ante el proceso terapéutico está sujeta a secreto profesional y que, por lo tanto, no puede ser divulgada a terceras personas sin su consentimiento expreso.
- Que han sido informados que la estudiante de psicóloga está obligada a revelar ante las instancias oportunas información confidencial en aquellas situaciones que pudiera representar un riesgo grave para su hijo o terceras personas.
- Que aceptan que como padres serán informados de los aspectos relacionados con el proceso terapéutico y de su evolución, manteniendo como confidenciales los datos

que así hayamos acordados previamente entre nosotros, su hijo y estudiante de psicología.

- Que han sido informados y están conscientes que su hijo [REDACTED] acuda a una sesión semanal 50 minutos.
- Es de su conocimiento que a partir de los doce años habrá de considerar la opinión del menor que será tanto más determinante cuando mayor sea su edad y su capacidad de discernimiento.
- Es también de su conocimiento que los aspectos de los que se informará a los padres y aquellos que de los cuales se mantendrá la confidencialidad y que, por tanto, quedarán restringidos a la relación entre el menor y el estudiante de psicología, serán acordados previamente tras una negociación en la que participarán todas las partes interesadas (padres, menor y terapeuta).

En caso de que la estudiante en psicóloga lo estime necesario, consentimos en que se registre la sesión mediante medios audio visuales para su revisión personal

En Chicoloapan, Estado de México a 12 de febrero de 2023

Anexo 1. Consentimiento informado

Red de Servicios para Apoyo Emocional por COVID-19

	Forma de contacto	Horario	Población	
Línea de la Vida	Teléfono: 800 911 2000 Facebook: /LaLineadelaVidamx/ Twitter: @LineaDe_LaVida	Lunes a domingo 24 horas	Atención consumo de sustancias, por riesgo suicida, violencias	
Unidad de Inteligencia Epidemiológica Sanitaria	Teléfono: 800 0044 800 marcación 4	Lunes a domingo 24 horas	atención en violencia; riesgo suicida,	
Centro Integral de Salud Mental "San Jerónimo"	Teléfono: 55 5377 2700	Lunes a viernes 09:00 a 14:00 hrs	atención especializada para niñas, niños y sus cuidadores; a quienes viven con discapacidad	
Centros de Integración Juvenil	Teléfono: 55 52 121212 WhatsApp: 55 4555 1212	Lunes a viernes 8:30 - 22:00 h	Público general, atención especializada por consumo de sustancias;	
	Whatsapp: 55 1856 2724 55 3069 0030 55 1856 5224	Lunes a domingo 8:30 - 22:00 h		
Consejo Ciudadano para la Seguridad y Justicia de Ciudad de México.	Teléfono: 55 5533 5533	Lunes a domingo 24 horas	atención especializada para niñas, niños y personas mayores.	
Federación Nacional de Colegios, Sociedades y Asociaciones de Psicólogos de México, A.C.	Región Noroeste	66 9165 8566	Lunes a viernes 9:00 - 22:00	Público general
	Región Noreste	81 3107 7582	8:00 - 20:00	
	Región Oeste	31 2210 9094	9:00 - 14:00	
	Región Este	77 3151 8678	8:00 - 20:00	
	Región Cto Nte	47 7750 8391	8:00 - 20:00	
	Región Cto Sur	73 5106 3303	8:00 - 20:00	
Región Suroeste	96 1181 1136	8:00 - 20:00		
Región Sureste	93 7118 9181	10:00 - 21:00		
Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Álvarez"	Teléfono: 55 5487 4271	Lunes a domingo 24 horas	Consejería psiquiátrica para personas adultas,	
Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N Navarro"	Teléfono: 55 5655 0683	Lunes a domingo 24 horas	atención especializada para niñas, niños y sus cuidadores	
Instituto Nacional de Psiquiatría	Teléfonos: 800 953 1704 5655 3080	Lunes a domingo 24 horas	Público en general	
Línea UNAM	https://misalud.unam.mx/covid19/	24 horas	Al finalizar el cuestionario se canalizará con un especialista	
EstoyContigo	Teléfono: 55 70893974	Lunes a viernes 9:00 - 19:00 hrs	Familiares de personas fallecidas por COVID19.	
Red de Sostén Emocional para Familiares en Duelo	Teléfono: 55 4165 7000	Lunes a domingo 24 horas	Familiares de personas fallecidas por COVID19 u otras razones.	
Línea de Bienestar Emocional Naval	Teléfono: 55 5624 6003	Lunes a domingo 8:00 - 20:00 h	Público en general	