Intervención cognitivo-conductual en una adolescente con rasgos de ansiedad generalizada: Estudio de caso J1

Tania Vanessa Tapia Rodríguez

Universidad del Sinú – seccional Cartagena

Resumen

El presente estudio de caso describe la intervención cognitivo-conductual aplicada a una adolescente de 13 años con rasgos de ansiedad generalizada, dificultades en regulación emocional y déficit en habilidades de afrontamiento, el cuadro clínico incluyó preocupación persistente e intensa, insomnio, pensamientos intrusivos y autolesiones, afectando significativamente su funcionamiento general. Se empleó un diseño cuasi-experimental de tipo pretest-postest en contexto de hospitalización. La intervención se basó en el enfoque cognitivo-conductual, usando técnicas como psicoeducación, respiración diafragmática, registro de pensamientos, estrategias de tolerancia al malestar y rituales simbólicos de elaboración del duelo, adaptadas a las necesidades clínicas de la paciente. La evaluación se realizó mediante entrevista clínica semiestructurada, y los instrumentos *Children's Depression Inventory* (CDI), el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A). Los resultados muestran una disminución en los síntomas depresivos y ansiosos, reducción de autolesiones y una mejora en la gestión emocional. Se concluye que la intervención breve basada en TCC, complementada con estrategias de regulación, puede ser efectiva en contextos hospitalarios para adolescentes con síntomas de ansiedad.

***Palabras clave**: Intervención clínica, terapia cognitivo-conductual, ansiedad, adolescencia, estudio de caso.*

Abstract

The present case study describes the cognitive-behavioral intervention applied to a 13-year-old adolescent with traits of generalized anxiety, difficulties in emotional regulation, and deficits in coping skills. The clinical picture included persistent and intense worry, insomnia, intrusive thoughts, and self-harm, significantly affecting her overall functioning. A quasi-experimental pretest-posttest design was used in a hospitalization context. The intervention was based on the cognitive-behavioral approach, using techniques such as psychoeducation, diaphragmatic breathing, thought recording, distress tolerance strategies, and symbolic grief processing rituals, adapted to the patient's clinical needs. The assessment was conducted through a semi-structured clinical interview, the Children's Depression Inventory (CDI), the Beck Anxiety Inventory (BAI), and the Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A). The results show a decrease in depressive and anxious symptoms, as well as a reduction in the frequency of self-harm and an improvement in regulation. Concluding that a brief CBT-based intervention, complemented with regulation strategies, can be effective in hospital settings for adolescents with anxiety symptoms.

Keywords: *Clinical intervention, cognitive-behavioral therapy, anxiety, adolescence, case study.*

Introducción

La ansiedad es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en niños y adolescentes. Con una prevalencia estimada entre el 5 % y el 20 %, con variaciones según el contexto sociocultural y los métodos de evaluación. De acuerdo con la Organización Mundial de

la Salud, aproximadamente el 7 % de los adolescentes entre 10 y 19 años presenta trastornos de ansiedad, lo que confirma su alta incidencia en esta etapa del desarrollo (World Health Organization, 2021).

Esta etapa se caracteriza por varios cambios biológicos, psicológicos y sociales, incrementando su vulnerabilidad emocional. Diversas investigaciones indican que estos trastornos suelen manifestarse de forma gradual durante la adolescencia y pueden persistir hasta la adultez si no se interviene oportunamente (Ochando & Peris, 2022). El cuadro clínico puede incrementarse cuando los jóvenes no cuentan con recursos personales y familiares adecuados para afrontar situaciones estresantes, lo que aumenta su vulnerabilidad emocional (Mammarella et al., 2021). También, se ha demostrado que el trastorno de ansiedad generalizada es uno de los más frecuentes en esta población, afectando significativamente su funcionamiento académico, social y familiar (American Psychiatric Association, 2022).

Aunque los trastornos de ansiedad han sido más diagnosticados en población adulta, existe evidencia que indica que muchos de estos trastornos se originan durante la infancia y la adolescencia, persistiendo hasta la adultez, en ausencia de intervención. De igual manera, los adolescentes expuestos a contextos adversos, como violencia, abuso, negligencia o duelo, presentan una mayor probabilidad de desarrollar síntomas ansiosos de mayor intensidad y complejidad clínica.

Diferentes estudios muestran que la ansiedad en adolescentes no solo genera angustia subjetiva, sino que también impacta significativamente en todas las áreas de la vida. Igualmente, se asocia con un mayor riesgo de desarrollar respuestas desadaptativas, como la autolesión y la presencia de sintomatología depresiva (Kendall et al., 2008).

El Trastorno de Ansiedad Generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva, difícil de controlar, acompañada de síntomas cognitivos, emocionales y fisiológicos que interfieren significativamente en la vida cotidiana (American Psychiatric Association, 2013). No obstante, en población adolescente, la ansiedad no siempre cumple con todos los criterios diagnósticos establecidos, manifestándose en muchos casos como rasgos subclínicos que, aunque no configuran un diagnóstico formal, generan un malestar significativo y constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos posteriores, si no se tratan oportunamente. El DSM-5 recomienda cautela al establecer diagnósticos en adolescentes, destacando la importancia de una evaluación que tenga en cuenta la etapa evolutiva, historia de vida y el impacto de los síntomas y que no sea solo una categorización diagnóstica (American Psychiatric Association, 2013).

La falta de recursos emocionales aumenta la probabilidad que aparezcan conductas desadaptativas. Desde el modelo conductual se puede hablar de reforzamiento negativo, ya que generan un alivio momentáneo del malestar emocional (Linehan, 2015). El modelo cognitivo-conductual plantea que la ansiedad surge de la interacción entre pensamientos disfuncionales, respuestas emocionales intensas y conductas evocativas, mientras que enfoques como la Terapia Dialéctico-Conductual destacan el papel de la desregulación emocional en la aparición de conductas impulsivas y autolesiones.

La Terapia Cognitivo-Conductual se toma como uno de los enfoques terapéuticos con mayor respaldo para la ansiedad en niños y adolescentes, y la desregulación emocional en niños y adolescentes. Desde la TCC, los síntomas ansiosos se comprenden como el resultado de la interacción entre pensamientos, emociones intensas y conductas, por lo que la intervención se orienta a modificar estos patrones mediante técnicas estructuradas y orientadas a objetivos

(Beck, 2011; Kendall, 2012). Igualmente, la incorporación de estrategias de la Terapia Dialéctico-Conductual ha mostrado resultados favorables en el manejo de crisis emocionales, impulsividad y comportamientos autolesivos en población adolescente con dificultades en la regulación emocional (García Saiz & Camus Bueno, 2021; Linehan, 2015).

En este contexto, este estudio de caso tiene como objetivo describir la intervención cognitivo-conductual realizada en una adolescente que presenta rasgos de ansiedad generalizada en etapa de hospitalización. Priorizando el análisis funcional de los síntomas y su impacto en el funcionamiento emocional, en lugar de un diagnóstico categorial estricto, considerando la edad de la paciente, su situación clínica y sus experiencias vitales.

Por último, este estudio busca aportar a la comprensión del abordaje clínico de la ansiedad en adolescentes, destacando la importancia de intervenciones tempranas, basadas en la evidencia y sensibles a los factores emocionales, evolutivos y contextuales que influyen en el desarrollo y mantenimiento del cuadro clínico.

Descripción del Caso

Identificación del paciente

Paciente identificada como J1, adolescente de 13 años de edad, sexo femenino, estudiante de educación básica secundaria, en sexto grado, reside en el municipio de Turbaco, junto a su familia nuclear, compuesta por madre de 47 años, su padre de 44 años, hermano de 19 años y abuela de 69 años, se identifican vínculos afectivos adecuados, aunque limitaciones en la expresión emocional, refiere mayor cercanía con la madre. Presenta antecedentes de un posible abuso sexual en la infancia.

Motivo de consulta

J1 es remitida a la IPS Niños de Papel debido a síntomas de ansiedad que estaba experimentando, durante la entrevista inicial ella informa que “yo le dije a mi mamá que me sentía mal, que necesitaba hablar con la psicóloga de bienestar familiar, y ella me envió a Niños de Papel”.

Historia del problema

El deterioro inicia hace meses, con incremento significativo en la ansiedad, llanto frecuente y una sensación persistente de descontrol emocional, miedo, desesperación y incapacidad para manejar ideas recurrentes no deseadas, especialmente relacionados con experiencias traumáticas del pasado. Desde hace seis meses presenta conductas autolesivas (cutting), como estrategia de gestión emocional, particularmente cuando tenía recuerdos del abuso sexual ocurrido a los 5 años, así mismo frente a emociones intensas como rabia, tristeza o frustración.

En semanas recientes se intensificaron los síntomas, con un episodio de ideación suicida, donde pensó en lanzarse frente a un vehículo mientras caminaba con una amiga. Ese mismo día presentó un nuevo episodio de autolesión, y una crisis de ansiedad severa, incluyendo 7 días de insomnio, pensamientos no deseados, descritos como “imposibles de detener”.

Presenta bajo rendimiento académico, asociado a problemas de concentración, sensación de saturación frente a estímulos del entorno, especialmente el ruido del aula, expresó sentirse “perdida” durante las clases. A nivel social, ella mantiene vínculos con pares; sin embargo, estos se encuentran marcados por relaciones emocionalmente demandantes, como el caso de una amiga con ideación suicida y antecedentes de presunto abuso sexual, ella asume el rol de apoyo hacia esta amiga, incrementando su carga emocional y sensación de responsabilidad.

Adicionalmente, J1 enfrenta la ruptura reciente de una relación sentimental, generando un alto nivel de estrés emocional.

Formulación clínica

Análisis y descripción de las conductas problema

Identificación y descripción de problemas.

Problema No.1: Sintomatología ansiosa.

Presenta ansiedad intensa, pensamientos intrusivos, insomnio, sensación de descontrol emocional, aturdimiento ante estímulos, inquietud y dificultades de concentración.

Problema No.2: Déficit en habilidades de afrontamiento.

Limitadas estrategias para manejar situaciones estresantes, emociones intensas y recuerdos traumáticos. Tiende a recurrir a respuestas desadaptativas, como el aislamiento o la autolesión.

Problema No.3: Débiles estrategias de regulación emocional.

Dificultades para identificar, expresar y regular emociones, utiliza estrategias desadaptativos como cutting, aislamiento y evitación para disminuir malestar.

Selección y aplicación de las técnicas y/o instrumentos de evaluación y resultados obtenidos

Entrevista clínica semiestructurada

Teniendo en cuenta los criterios necesarios dentro de la historia clínica que utiliza la IPS Niños de Papel, Se utilizó como el instrumento principal de recolección de datos, lo que permitió indagar el motivo de consulta, historia personal, familiar y académica del paciente, fundamental en el proceso, ya que es el primer contacto con el paciente, y determina como se llevará a cabo

la dinámica, adicionalmente sirve para tener información desde la mirada y el sentir del paciente.

Children's Depression Inventory (CDI)

Evalúa la gravedad de los síntomas depresivos en niños y adolescentes, diseñado por Kovacs (1992) en Estados Unidos y adaptado al español por Del Barrio et al. (2002). Consta de 27 ítems con formato tipo Likert y tres opciones de respuesta. Utilizada para evaluar síntomas depresivos en la usuaria, considerando la presencia de indicadores como tristeza persistente, baja autoestima, retraimiento y antecedentes de conductas autolesivas. Y permitió obtener indicadores cuantificables relevantes para la formulación clínica y el diseño del plan de intervención.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Fue desarrollada originalmente por Beck, Epstein, Brown y Steer (1988), diseñado para evaluar la gravedad de síntomas de ansiedad consta de 21 ítems que describen los síntomas de ansiedad, especialmente físicos. ya que a lo largo de la entrevista ella menciona varios síntomas de ansiedad frecuentes, lo que a porta veracidad a la comprobación de hipótesis diagnostica y el diseño de plan de intervención.

Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)

Es una herramienta de evaluación psicológica, diseñada por el psiquiatra Max Hamilton en 1959 para medir la gravedad de síntomas de ansiedad. Fue utilizada para complementar las herramientas previamente usadas, ya que evalúa más detalladamente síntomas de ansiedad a nivel físico y psíquico, su pertinencia va de la mano con reafirmar diagnóstico y diseño de plan de intervención.

En la entrevista, ella menciono síntomas, como ideas recurrentes no deseadas, preocupación constante, tensión muscular, inquietud, sensación de pérdida de control y temblores. Indico sentirse abrumada en situaciones cotidianas y sensibilidad emocional, afectando su dinámica familiar, social y académica. Además, de síntomas como desmotivación, pensamientos negativos, dificultades en la regulación y antecedentes de autolesiones e ideación suicida.

Tabla 1

Resultados de Instrumentos.

PRUEBAS	RESULTADO	INTERPRETACION
Children's Depression Inventory (CDI)	9	Nivel leve o ausente de síntomas depresivos clínicos, lo que indica que actualmente no se identifican síntomas depresivos clínicos en la paciente.
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	30	Nivel moderado lo que corresponde a una carga moderada de síntomas de ansiedad en la paciente.
Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A)	39	Nivel grave de ansiedad, lo que sugiere que la paciente experimenta altos síntomas físico y psíquicos de ansiedad.

Nota. En este cuadro se describen los resultados obtenidos en las pruebas.

Análisis funcional molar o formulación clínica

Tabla 2

Problema No. 1 Sintomatología ansiosa

SITUACION	*RESPUESTA*	*CONSECUENCIA*

Recuerdos de abuso, ruido en clases o ruptura sentimental	*Psicofisiológica: tensión muscular.* *Cognitiva: "No puedo detener los pensamientos"., Afectiva-Emocional: tristeza, frustración, rabia, ansiedad, desesperanza.* *Motora: aislamiento, , llorar, conductas autolesivas.*	*Disminución inmediata del malestar (refuerzo negativo).* *Sensación de control momentáneo.* *Aumento de pensamientos intrusivos.* *Mayor hipervigilancia.* *Deterioro académico y social*

Nota. Esta tabla describe el problema 1 de situación con respuesta y consecuencias.

Se describiendo un ciclo de ansiedad mantenida por reforzamiento negativo, en el que los estímulos (recuerdos traumáticos, ruido, ruptura afectiva) activan respuestas cognitivas y emocionales. Las conductas como el llanto, el aislamiento y la autolesión cumplen la función de reducir temporalmente el malestar, lo que refuerza su repetición. Sin embargo, este alivio inmediato impide el desarrollo de estrategias adaptativas, perpetuando el problema. De igual forma, el miedo a perder el control actúa como un factor cognitivo mantenedor intensificando la ansiedad y favoreciendo la evitación

Tabla 3

Problema No. 2 Déficit en habilidades de afrontamiento.

SITUACION	*RESPUESTA*	*CONSECUENCIA*
Recordatorio de abuso, dificultades de amiga.	*Psicofisiológica tensión muscular. Dolor de cabeza. Cognitiva: "me da rabia cuando lo recuerdo".* *Afectiva-Emocional: tristeza, rabia, impotencia, soledad.* *Motora: aislarse, llorar, salir con amigas, autolesiones.*	*Atención y apoyo de figuras cercanas (refuerzo positivo)* *Reducción parcial del malestar.* *Sobrecarga emocional.* *Incremento de ansiedad ante problemas.*

Nota. Esta tabla describe el problema 2 de situación con respuesta y consecuencias.

La tabla muestra que J1 presenta un repertorio limitado de estrategias de afrontamiento, recurriendo principalmente a respuestas evitativas y dependientes del entorno. Se observa que el apoyo externo (madre, amiga) funciona como reforzador positivo, lo que puede estar fortaleciendo la búsqueda de contención sin desarrollo de recursos internos. Del mismo modo, el rol que asume con su amiga (tipo "cuidadora") constituye un factor de sobrecarga emocional, que incrementa su vulnerabilidad y dificulta la regulación de sus propias emociones. Este patrón sugiere una percepción de autoeficacia y pocas habilidades en la resolución de problemas.

Tabla 4

Problema No. 3 Débiles estrategias de regulación emocional.

SITUACION	*RESPUESTA*	*CONSECUENCIA*
Pensamientos intrusivos, recuerdos de abuso, recordar a su abuelo. (cutting)	*Psicofisiológica: tensión muscular. Dolor de cabeza.* *Cognitiva: "lo extraño mucho".* *Afectiva-Emocional: tristeza, desesperanza, sensación de pérdida de control* *Motora: llorar, aislarse.*	*Disminución inmediata de la activación emocional.* *Sensación de alivio y control.* *Asociación entre autolesión y regulación emocional.* *Mayor frecuencia de conducta.* *Patrón disfuncional de regulación.*

Nota. Esta tabla describe el problema 3 de situación con respuesta y consecuencias.

El análisis prueba que la autolesión cumple una función de gestión emocional, usada como estrategia desadaptativas ante emociones intensas y recuerdos traumáticos. Esta conducta se mantiene principalmente por reforzamiento negativo, al reducir de forma inmediata la

afectación emocional y la activación fisiológica. Adicionalmente, se identifica una dificultad significativa en la identificación y expresión emocional, esto favorece la consolidación de un patrón en el que J1 recurre repetidamente a la autolesión como mecanismo principal de regulación.

Objetivos terapéuticos

Objetivo general

Reducir la sintomatología ansiosa y depresiva, y conductas autolesivas en la paciente, mediante la implementación de un programa de intervención cognitiva-conductual orientado al fortalecimiento de la gestión emocional, el desarrollo de habilidades de afrontamiento y la promoción de un funcionamiento más adaptativo.

Objetivo a corto plazo*:* Establecer una alianza terapéutica y disminuir crisis de ansiedad.

Mediano plazo: Modificar pensamientos disfuncionales, fortaleciendo habilidades de afrontamiento ante situaciones estresantes.

Largo plazo: Prevenir recaídas y fortalecer autonomía emocional.

Selección del tratamiento adecuado

Desarrollada desde la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), complementada con estrategias de la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), en función de las características clínicas de la paciente y el contexto de hospitalización. La TCC constituye uno de los tratamientos con mayor respaldo para la ansiedad en niños y adolescentes, al centrarse en la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales, reducción de la activación fisiológica y el desarrollo de respuestas más adaptativas, frente al malestar emocional (Beck, 2011; Kendall,

2012). Según Ruiz Fernández (2012), este enfoque es pertinente, por la presencia de ideas recurrentes no deseadas, pocas habilidades de concentración y una interpretación negativa a nivel emocional, contribuyendo al mantenimiento de síntomas de ansiedad, y permite intervenir de manera estructurada sobre la triada cognitiva, favoreciendo la comprensión del problema por parte del paciente y fortaleciendo habilidades de afrontamiento eficaces.

No obstante, debido a la presencia de autoagresiones, desregulación emocional e impulsividad, se complementa la intervención con estrategias orientadas al manejo de crisis y al aumento de la tolerancia al malestar. Incluyendo técnicas de la DBT, adecuada en contexto clínico, ya que este modelo enfatiza el aprendizaje de habilidades para gestionar emociones intensas, disminuir conductas impulsivas y reemplazar estrategias desadaptativas por alternativas más seguras (Linehan, 2015).

De esta manera, el contexto de hospitalización requirió una intervención breve, focalizada y orientada a la estabilización emocional, priorizando la reducción del riesgo, el fortalecimiento de recursos internos y la preparación para la continuidad del tratamiento ambulatorio. Teniendo en cuenta a Ruiz Fernández (2012), explica que en contextos clínicos agudos es fundamental seleccionar técnicas claras, concretas y adaptadas al nivel de desarrollo del paciente, lo que hace pertinente el uso de la psicoeducación, la respiración diafragmática, el registro de pensamientos y las estrategias conductuales de gestión emocional.

Aplicación de tratamiento

Sesión 1: Evaluación inicial, Rapport, consentimiento y manejo de crisis

Duración: 40 minutos

Durante la primera sesión se realizó la firma del consentimiento informado, explicando a la paciente y posteriormente a la acudiente los objetivos del proceso terapéutico, Igualmente, se trabajó en el establecimiento del Rapport terapéutico, generando un ambiente de confianza y validación emocional, posteriormente. Se exploraron los detonantes recientes de la crisis, así mismo la intensidad de los síntomas ansiosos y emocionales presentes al momento del ingreso. Se brindó psicoeducación de forma breve sobre la ansiedad, explicando de manera sencilla la relación entre componente cognitivos, emocionales y fisiológicos, utilizando la respiración diafragmática como técnica principal de estabilización, intentando de reducir la activación fisiológica y a su vez generar una primera experiencia de control sobre los síntomas. También se indicó el registro básico de emociones y crisis, permitiendo a J1 poder identificar dos desencadenantes de su ansiedad. Como resultado se observó una reducción del nivel de ansiedad y una adecuada práctica de la respiración guiada, además de una actitud receptiva hacia el proceso terapéutico.

Sesión 2: Manejo de impulsos y conductas autolesivas

Duración: 40 minutos.

Se abordaron las conductas autolesivas y el manejo de los impulsos. brindando psicoeducación sobre la función de la autolesión desde el modelo conductual, indicando cómo esta conducta opera como una estrategia de reforzamiento negativo al generar alivio momentáneo del malestar

emocional (Linehan, 2015). Luego, trabajando en la identificación de señales internas previas al impulso autolesivo e introduciendo estrategias alternativas de control emocional y tolerancia al malestar, tales como el dibujo expresivo, la respiración con conteo y la caminata como descarga de activación física. Y de manera complementaria, estableciendo un plan de seguridad hospitalario. Como resultado, Ella manifestó una reducción en la urgencia de autolesión y logró identificar al menos dos alternativas antes de recurrir a la conducta dañina.

Sesión 3: Regulación emocional, trauma y duelo

Duración: 40 minutos.

Se trabajó la gestión de emociones frente a recuerdos asociados al trauma y al duelo. tocando estos temas de manera gradual y no invasiva, enfatizando en la seguridad emocional de la paciente. Por esto se utilizó el registro de pensamientos como herramienta central para identificar situaciones desencadenantes, pensamientos automáticos y emociones asociadas, logrando una mayor conciencia de lo que sucede antes de la desregulación. también, se hizo un ritual simbólico de duelo con actividades expresivas como la escritura y el dibujo, lo que permitió la expresión emocional guardada. En esta sesión, J1 se abrió sobre sus experiencias dolorosas sin señales de una crisis intensa y comenzó a reconocer señales tempranas de desregulación emocional.

Sesión 4: Cierre del proceso agudo, trabajo con la familia y plan post-alta.

Duración: 50 minutos.

Centrada en consolidar las estrategias de gestión aprendidas. realizando una revisión conjunta

de las técnicas que resultaron más útiles durante la hospitalización y se reforzó su aplicación en el contexto cotidiano. Se llevó a cabo una sesión con la madre de la paciente, en la que se trabajó la validación emocional, la identificación de señales de alerta y las acciones a seguir frente a una posible crisis. Finalmente, se elaboró un plan de seguridad para el hogar definiendo las prioridades para el seguimiento ambulatorio. Al cierre, J1 demostró un uso adecuado de las técnicas aprendidas y presentó un nivel de estabilidad emocional suficiente para el alta.

Resultados del tratamiento

Se evidenciaron cambios significativos tanto a nivel cognitivo, emocional y conductual, la psicoeducación facilito la comprensión de la ansiedad como una respuesta adaptiva del organismo, disminuyendo la percepción de amenaza, y el miedo asociado a los síntomas fisiológicos y emocionales. El entrenamiento en respiración diafragmática redujo la activación fisiológica, evidenciando en la reducción de síntomas como tensión muscular, presión torácica y temblor durante los episodios de ansiedad.

Igualmente, el abordaje de la autolesión desde el modelo conductual permitió que la paciente identificara su función como estrategia de gestión emocional basada en reforzamiento negativo. El uso del registro de pensamientos favoreció al reconocimiento de pensamientos disfuncionales, reduciendo la intensidad de la carga emocional durante las crisis.

Efectividad del tratamiento comparación línea pos tratamiento:

A nivel cualitativo Tras la intervención, se observó una reducción en la frecuencia e intensidad de estos síntomas ansiosos, especialmente en la activación fisiológica y la percepción

de descontrol, una mejoría en las habilidades de gestión emocional y el uso de estrategias más adaptativas de regulación.

Finalmente se utilizó el (CDI) como medida cuantitativa de seguimiento, como un indicador sensible a la angustia emocional global, la regulación afectiva y la disminución del riesgo autolesivo, indicando un cambio en la función de la conducta, pasando de estrategias desadaptativas a un repertorio más amplio de afrontamiento.

Tabla 5.

PRUEBAS	RESULTADO	INTERPRETACION
Children's Depression Inventory (CDI) INICIAL	9	Nivel leve, o ausente de sintomatología depresiva clínica, lo que indica que actualmente no se identifican síntomas depresivos clínicos en la paciente.
Children's Depression Inventory (CDI) FINAL	6	Nivel leve, o ausente de sintomatología depresiva clínica, lo que indica que actualmente no se identifican síntomas depresivos clínicos en la paciente.

Se observa una disminución de tres puntos en el CDI, aunque ambos puntajes se mantienen en rango no clínico, este cambio sugiere una mejoría en el estado emocional general, lo que se asocia con una mayor gestión emocional, reducción de pensamientos negativos, mejoría en la aparición de los impulsos autolesivo y una mayor capacidad para identificar emociones.

Interpretación global

Los resultados señalan que J1, mostró una respuesta favorable al tratamiento. Especialmente en la disminución de síntomas ansiosos, que era el motivo principal de consulta. A nivel funcional se observa una modificación en la respuesta ante el sufrimiento emocional,

pasando de respuestas desadaptativas como la autolesión hacia estrategias más adaptativas y conscientes. Esto sugiere un cambio en los mecanismos de mantenimiento. Y una mejor capacidad para identificar señales tempranas de desregulación, emplear técnicas de afrontamiento alternativas a la autolesión y solicitar apoyo, lo que representa un avance significativo en términos de gestión emocional y afrontamiento.

No obstante, persisten factores de vulnerabilidad, como antecedentes de trauma, duelo no resuelto y sensibilidad emocional elevada, por lo que se recomienda la continuidad del proceso terapéutico en modalidad ambulatoria, con énfasis en el fortalecimiento de habilidades y prevención de recaídas.

Discusión

Se confirma que una intervención breve basada en la TCC aplicada en contexto de hospitalización, puede generar cambios significativos en los síntomas y regulación emocional en adolescentes. reflejada en la reducción del puntaje (CDI) de 9 a 6 puntos y la disminución de síntomas iniciales. Estos hallazgos son consistentes con la evidencia que señala a la TCC como una de las intervenciones con mayor respaldo empírico para el tratamiento trastornos de ansiedad en niños y adolescentes (Beck, 2011; Kendall, 2012; Kendall et al. 2008).

Los resultados del caso sugieren que intervenciones breves en contextos hospitalarios pueden generar cambios clínicamente significativos, cuando se enfocan en objetivos específicos, como gestión emocional y manejo de crisis.

En relación con las técnicas utilizadas, la combinación de psicoeducación, estrategias de gestión emocional y registro de pensamientos, lograron una mayor conciencia emocional y una

reducción de la angustia psicológica. Estos resultados se complementan con estudios que señalan que la intervención multimodal basada en la TCC potencia los efectos terapéuticos al abordar simultáneamente componentes cognitivos, emocionales, conductuales (Cano, 2021; García Saiz & Camus Bueno, 2021). Del mismo modo, investigaciones recientes han demostrado que la psicoeducación en adolescentes hospitalizados no solo mejora la comprensión del malestar, sino que también incrementa la adherencia al tratamiento.

La disminución de autolesiones, respaldadas desde el modelo conductual de Linehan (2015), describe estas conductas como respuestas mantenidas por reforzamiento negativo, al aliviar temporalmente la angustia emocional. El aprendizaje de estrategias de tolerancia al malestar permitió sustituir estas conductas por respuestas más adaptativas, en concordancia con estudios de intervención basada en terapia dialéctico-conductual que reportan disminución en autolesión en adolescente. (Cano, 2021).

Asimismo, el uso del registro de pensamientos permitió identificar cogniciones disfuncionales asociadas al trauma y emociones intensas, alineado con la teoría cognitiva de Beck (2011), esto coincide con investigaciones que destacan un papel central de la reestructuración cognitiva en la disminución de síntomas depresivos en adolescentes, Adicionalmente, la inclusión de un ritual simbólico de duelo coincide con planteamientos teóricos que destacan la importancia de elaborar pérdidas significativas para prevenir la intensificación de síntomas ansiosos y depresivos en adolescentes (Pérez Uribe & Atehortúa Vélez, 2017).

Al final, la conceptualización del caso como rasgos de ansiedad generalizada, en lugar de un diagnostico categorial completo, responde a las recomendaciones del DSM-5 (American

Psychiatric Association, 2013), que enfatizan la necesidad de cautela diagnóstica en población adolescente. este enfoque es consistente con la literatura actual, la que propone priorizar evoluciones dimensionales centradas en la funcionalidad permitiendo intervenciones tempranas que prevengan la progresión hacia trastornos más estructurados.

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). American Psychiatric Publishing.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893–897. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893

Aznar García, A. I. (2014). *Evaluación de un programa de prevención de la ansiedad en adolescentes*. Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes, 1(1), 53–60.

Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). Guilford Press.

Cano, C. (2021). Eficacia de la terapia dialéctica conductual para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. *Revista Científica Ciencias de la Salud*, (2), 126–135. https://www.redalyc.org/pdf/7498/749878840017.pdf

Del Barrio, V., Moreno, C., & López, R. (2002). *Children's Depression Inventory (CDI): Adaptación española*. TEA Ediciones.

García Saiz, A. C., & Camus Bueno, A. (2021). Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *MLS Psychology Research, 4*(2), 71–92.

Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology, 32*(1), 50–55. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.

Kendall, P. C. (2012). *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (4th ed.). Guilford Press.

Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI).* Multi-Health Systems.

Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.

Mammarella, I. C., Ghisi, M., Bomba, M., et al. (2021). Anxiety and coping strategies in adolescence: A systematic review. *Journal of Affective Disorders, 295*, 123–135.

Ochando, B., & Peris, M. (2022). Anxiety disorders in adolescence: Risk factors and developmental course. *Current Psychology, 41*(5), 2345–2356.

Pérez Uribe, D. A., & Atehortúa Vélez, M. R. (2017). La comprensión del duelo desde la psicoterapia humanista. *Revista Electrónica Psyconex, 8*(12), 1–9. https://revistas.udea.edu.co/index.php/Psyconex/article/view/326982/20784208

Ruiz Fernández, M. Á. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales*. Desclée de Brouwer.

World Health Organization. (2021). *Adolescent mental health*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health