Estrategias de afrontamiento: estudio de caso en adolescente con sintomatología ansiosa, intervención cognitivo conductual.[1]

Coping strategies: case study in adolescent with anxious symptoms, cognitive behavioral intervention

Leidy L. Valencia Moreno[2]

Lina M. Bedoya Hernández[3]

Kelly A. Clavijo Gonzáles[4]

Resumen

Este estudio describe las variables o factores que explican la problemática psicológica presentada por un paciente adolescente de 14 años, tratado en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad Católica de Pereira, quien presenta, síntomas de escoriación-onicofagia. En el proceso, se identifican estrategias de afrontamiento, siendo estas, el conjunto de habilidades cognitivas y conductuales que, una persona utiliza para gestionar demandas internas o externas percibidas como excesivas con relación a sus recursos. Dicho caso de estudio se considera único y con fines descriptivos y comprensivos, abordado desde un enfoque cognitivo conductual, y en el que, participa un paciente de 14 años escolarizado en grado octavo.

---

[1] El presente artículo de revisión corresponde a un trabajo de grado prerrequisito para la obtención del título como Especialista en Psicología Clínica de la Universidad Católica de Pereira.

[2]Psicóloga de la universidad Antonio Nariño, candidata a especialista en psicología clínica con énfasis en psicoterapia con niños y adolescentes, correo electrónico: leidy.valencia@ucp.edu.co

[3] Psicóloga de la universidad Corporación universitaria Minuto de Dios, especialista en neuropsicología de la universidad Javeriana, candidata a especialista en psicología clínica con énfasis en psicoterapia con niños y adolescentes, correo electrónico: lina1.bedoya@ucp.edu.co

[4]Director: Psicóloga, especialista en psicología clínica y especialista en atención psicosocial a víctimas y sobrevivientes. Docente de educación superior en la ciudad de Pereira, correo electrónico: Kelly_clavijog@hotmail.com

En cuanto a la recolección y análisis de la información, se utilizó una entrevista semiestructurada, la observación, la historia clínica y las pruebas Escala de Inteligencia de Wechsler para niños IV (WISC-IV), Coping-Escala de estrategias de Coping – modificada (EEC-M). Por último, se encuentra como resultado que, el adolescente posee pensamientos irracionales y aplica estrategias de afrontamiento inadecuadas que se han reforzado por el entorno familiar.

Palabras clave: Estrategias de afrontamiento, cognitivo conductual, adolescente.

Abstract

This study describes the variables or factors that explain the psychological problems presented by a 14-year-old adolescent patient, treated at the Psychological Care Center (CAPSI) of the Catholic University of Pereira, who presents symptoms of excoriation-onychophagia. In the process, coping strategies are identified, these being the set of cognitive and behavioral skills that a person uses to manage internal or external demands perceived as excessive in relation to their resources. This case study is considered unique and for descriptive and comprehensive purposes, approached from a cognitive behavioral approach, and in which a 14-year-old patient attending eighth grade participates. Regarding the collection and analysis of the information, a semi-structured interview, observation, clinical history and tests were used Wechsler Intelligence Scale for Children IV (WISC-IV), Coping-Coping Strategies Scale – modified (EEC-M). Finally, the result is that the adolescent has irrational thoughts and applies inadequate coping strategies that have been reinforced by the family environment.

Key words: Coping strategies, behavioral cognitive, teenager.

Contenido

Introducción 5
Método 10
Participante 11
Instrumentos 12
Análisis de la Información 14
Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-IV) (prueba para la exploración de las capacidades cognoscitivas) 14
Presentación y Análisis de los Resultados 20
Discusión y Conclusiones 27
Referencias 31

Contenido de las tablas.

Tabla 1. Ficha Técnica de la Escala Coping. 16

Contenido de las figuras.

Figura 1. Imagen de la conversión de sumas escalares en puntuaciones arrojados del informe del software SOFTPSI. 15

Figura 2. Resultados de la Escala de Estrategias Coping - Modificada (EEC-M), primera administración. 18

Figura 3. Resultados de la Escala de Estrategias Coping - Modificada (EEC-M), segunda administración. 18

Figura 4. Gráfico comparativo entre los resultados obtenidos entre la primera y segunda administración de la Escala Coping. 19

Introducción

Las estrategias de afrontamiento han sido objeto de estudio por el campo de la salud mental, principalmente aquellas afines con el estrés, las emociones y la solución de problemas, atendiendo a esta consideración, la presente investigación es un estudio de caso único, con fines descriptivos que busca describir las variables o factores que explican la problemática psicológica presentada por un paciente adolescente de 14 años, tratado en el Centro de Atención Psicológica (CAPSI) de la Universidad Católica de Pereira, quien presenta síntomas de escoriación-onicofagia, dando relevancia a la identificación de estrategias de afrontamiento definidas estas por Lazarus, 2000, citado por (Espinosa et al., 2009,p.2) como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales, constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas, como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo; se enmarca bajo el modelo cognitivo conductual.

Los seres humanos se enfrentan a gran cantidad de eventos o situaciones que exigen diferentes tipos de respuestas, y los recursos con los cuales cuenta el individuo, determinarán la efectividad de dichas respuestas para dar solución a las demandas del medio. Estas respuestas son conocidas como estrategias de afrontamiento. Con relación al estrés, las estrategias de afrontamiento o Coping son consideradas como un conjunto de recursos y esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, orientados a resolver el problema, a reducir y a eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. La utilización de una u otra estrategia está determinada por la evaluación cognitiva, el control percibido, las emociones y la activación fisiológica (Lee-Baggley & Preece, 2005).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, la salud mental se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2018). Es decir, que no puede hablarse de salud sin salud mental y que esta comprende al ser humano como un sistema que se interrelaciona con su entorno a partir de recursos individuales y colectivos; según la fuente citada, los determinantes de la salud mental y de los trastornos mentales incluyen tanto características individuales tales como la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, comportamientos e interacciones con los demás, y también, factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales (Organización Mundial de la Salud, 2013), en Colombia se define como un estado dinámico que se expresa en el diario vivir a través de nuestras conductas e interacciones “de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad”. (Ley No.1616, 2013, p.1), tal definición es compatible con la de la OMS. Desde el punto de vista cognitivo, la salud mental se asocia con la flexibilidad cognitiva, Beck (1963) planteó que la cognición patológica se caracteriza por ser idiosincrática disfuncional y rígida. La rigidez en la convicción se torna problemática porque es contraria a las metas del paciente y por la falta de consenso que esa cognición tiene.

Partiendo de los supuestos anteriores, en el marco del modelo cognitivo conductual emocional de Albert Ellis y el estudio de las estrategias de afrontamiento, esta investigación basada en describir las variables o factores que explican la problemática psicológica, identificando las creencias irracionales, y el estudio de las estrategias de afrontamiento, en consideración con lo anterior, Gantiva Díaz At (2010) realizan una investigación con el objetivo

de identificar las diferencias en las estrategias de afrontamiento en personas con y sin ansiedad con la implementación del instrumento para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M). Los resultados muestran que las diferencias significativas en el uso de las estrategias: a) reevaluación positiva; y b) solución de problemas. Siendo más utilizadas por las personas sin ansiedad. De igual forma, se encontró diferencias significativas en: a) reacción agresiva; b) expresión de la dificultad de afrontamiento; c) búsqueda de apoyo profesional; y d) evitación emocional. Siendo más utilizadas en las personas con ansiedad. Por lo anterior, el modelo cognitivo, por su parte. considera la ansiedad como el resultado de cogniciones patológicas. Se puede decir que el individuo "etiqueta" mentalmente la situación y la afronta con un estilo y conducta determinados (Díez & Sánchez, 2000).

Por otro lado, Ursul, Herrera (2023) presentan un estudio con el objetivo de analizar la asociación entre el riesgo de suicidio y el uso de estrategias de afrontamiento ante el estrés, en adolescentes escolarizados de grado once, entre edades entre los 15 y 17 años, quienes respondieron la Escala de riesgo de suicidio de Plutchik y la Escala de estrategias de Coping modificada, los resultados obtenidos, muestran que el riesgo de suicidio en la muestra de adolescentes escolarizados fue de un 28,8%. Encontrando asociación entre riesgo suicida y las estrategias de afrontamiento: evitación emocional, religión, reacción agresiva y expresión difícil de afrontar. Estos resultados son útiles para diseñar intervenciones psicológicas integrales orientadas a la promoción de habilidades de afrontamiento positivo como un elemento fundamental en procesos de afrontamiento ante el estrés para la prevención del riesgo de suicidio en el ámbito escolar, bajo un enfoque multisectorial de la salud pública.

Desde 1993, Ellis realiza algunas modificaciones a sus postulados, ahora con la TREC, terapia racional emotiva conductual. Aquí pone de relieve tres filosofías básicas de afrontamiento racional, la primera, es la autoaceptación incondicional; la segunda, aceptación incondicional del otro; y la última, aceptación incondicional de la vida, y afirma que, probablemente estos tres principios reduzcan los problemas relacionados con los pensamientos-comportamientos, emociones, específicamente la ansiedad, la depresión y los síntomas que de allí se desprenden (Ellis, 2000)

En consecuencia, las estrategias de afrontamiento se remiten a las acciones concretas que se ejercen frente a una demanda externa. Estas pueden variar según como se perciba la demanda externa. La estrategia de afrontamiento hace alusión a la conducta concreta mediante la cual la persona se adapta al entorno (Fernández Abascal y Palmero, 1999). Otros autores, como Girdano y Everly (1986) consideran que las estrategias de afrontamiento pueden a su vez ser adaptativas o inadaptativas. Las estrategias adaptativas son aquellas que logran reducir el efecto del estímulo estresor en el tiempo, dispuestas a generar una salud a largo plazo. Las inadaptativas son estrategias capaces de perjudicar la salud a largo plazo ya que buscan reducir el estrés inmediato.

Finalmente, la terapia cognitiva conductual en las últimas décadas ha recibido el reconocimiento de su eficiencia y efectividad a la hora de tratar trastornos psicológicos, poniendo a su favor que se puede desarrollar intervenciones en el ámbito de la salud, área educativa, industrial o comunitaria (Ruiz Diaz Villalobos 2012, p. 124 como se citó en Méndez, 2017, p. 65 y 66), en ese sentido el psicólogo clínico, debe, por tanto, contar con modelos que le permitan intervenir en la prevención y manejo de los trastornos, creando en los pacientes estilos de afrontamiento cognitivos, emocionales y comportamentales que favorezcan una mejor calidad de vida (Riso, 2006, Beck y Dozois, 2011).

El presente esquema de conceptualización de caso clínico busca describir las variables o factores que explican la problemática psicológica presentada por un paciente adolescente de 14 años, quien presenta síntomas relacionados con escoriación-onicofagia, y con esquemas de pensamiento como “no se manejar mis emociones, quiero formar un buen carácter, no cerrarme a las personas”, así como, “me siento invisible, no tengo valor”.

Método

Esta investigación se enmarca dentro de una metodología con enfoque cualitativo, como lo exponen (Sherman y Webb, 1988) se concentra en las vivencias de los participantes tal como fueron (0 son) sentidas y experimentadas, en la misma línea Patton (1980, 1990) define los datos cualitativos como descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones, conductas observadas y sus manifestaciones. En este sentido el presente trabajo se realizó con fines descriptivos, según Danhke (1989) estos estudios buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Es decir, miden, evalúan o recolectan datos sobre diversos conceptos (variables), aspectos, dimensiones componentes del fenómeno a investigar. En consecuencia, para la recolección de dicha información se utilizaron instrumentos como la entrevista semiestructurada y la observación directa, escala de inteligencia Wisc IV, escala de Estrategias Coping - Modificada (EEC-M) que servirán como base en el cumplimiento de la presente investigación el fin único de explicar la lógica de la problemática psicológica presentada por el consultante, así la identificación de las estrategias de afrontamiento presentes frente a la sintomatología en exposición.

Participante

Paciente adolescente hombre de 14 años de edad, quien pertenece a familia nuclear conformada por padres y el participante siendo hijo único, actualmente la relación parental está consolidada en unión libre, los padres presentan formación profesional; el padre ejerce como técnico en servicios farmacéuticos y la madre como auxiliar de preescolar, dentro de la información sociodemográfica se refiere ubicación en sector urbano con estratificación socioeconómica tres, vivienda propia, en relación con su dinámica familiar y teniendo como referente a Viveros & Arias (2006) quienes exponen que la dinámica familiar hace referencia a la movilidad que se da en el clima relacional que construyen los integrantes de la familia para interactuar entre ellos mismos y con el contexto externo, para el caso de esta familia relaciones armónicas, la comunicación se da a través del dialogo de forma fluida y asertiva.

Dentro de la información suministrada por el participante de su nivel educativo se encuentra escolarizado en grado octavo en institución educativa pública, con antecedente de acoso escolar, con pérdida académica de asignaturas, dificultades atencionales, inquietud motora en manos por otro lado presenta adecuada socialización con pares, cumplimiento de normas y seguimiento a instrucciones, sin pérdida de años escolares, sin embargo, demuestra desinterés y baja motivación hacia las actividades en entorno educativo es de aclarar que el participante no ha presentado seguimiento o abordaje de dichos antecedentes por parte de la institución educativa.

A nivel personal se muestra alegre, colaborador, empático, amoroso, sensible y en situaciones de estrés demuestra impulsividad, dificultad relacionada con su regulación emocional, baja tolerancia a la frustración, llanto; de acuerdo a sus antecedentes, el participante manifiesta a los cinco años, haber recibido atención por psicología, sin embargo, no continuó el

proceso terapéutico, sus padres en diferentes momentos intentaron retomar el acompañamiento psicológico teniendo una respuesta de rechazo por parte del consultante.

Ha intentado vincularse a diferentes espacios de forma extracurricular especialmente en escenarios deportivos, relacionados con futbol y voleibol, por otra parte actividades como boy scout y club de emprendedores, sin embargo, ha presentado frecuentemente deserción a cada uno de estos.

Paciente quien asiste actualmente de forma voluntaria a proceso terapéutico en compañía de sus padres, con sintomatología ansiosa relacionada con escoriación y onicofagia, quien refiere como motivo de consulta inicial “no se manejar mis emociones, quiero formar un buen carácter, no cerrarme a las personas”, así como, “me siento invisible, no tengo valor”.

Instrumentos

Para la recolección de la información se realizó entrevista semiestructurada definida está según Grinnell (1997) como una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados (es decir, no todas las preguntas están predeterminadas); otra fuente de recolección de información fue la historia clínica, el ministerio de Sanidad y consumo (2000) la define como el conjunto de documentos en el que se obtienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier tipo sobre la situación o evolución clínica de un paciente a lo largo de su proceso asistencial; a estos instrumentos se agrega la escala de Estrategias de Coping-Revisada (EEC-R) de Charot y Sandín (1993), una versión modificada y mejorada de la versión original de la escala Ways of Coping instrument deLázarus y Folkman (1984) esta escala EEC-M está conformada por 69 ítems y 12 factores: solución de problemas, apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación

cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía, permite evaluar el conjunto de recursos y esfuerzos, tanto cognitivos como comportamentales, orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación. Se califica sumando los ítems correspondientes a cada estrategia y las puntuaciones directas se transforman en percentiles para obtener el baremo a partir de media, desviación y percentiles de la escala EEC-M (Ursul, A. y Herrera, E. 2023) por otro lado, la escala de inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-IV) (prueba para la exploración de las capacidades cognoscitivas) según su manual técnico es un instrumento clínico de aplicación individual para la evaluación de la capacidad cognoscitiva de niños desde los 6 años 0 meses hasta los 16 años 11 meses de edad el cual proporciona subpruebas y puntuaciones compuestas que representan el funcionamiento intelectual en dominios cognoscitivos específicos, así como una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general (es decir, el CI total).

Análisis de la Información

Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños (WISC-IV) (prueba para la exploración de las capacidades cognoscitivas)

Partiendo del resultado de la investigación realizada por Barquín-Cuervo, R., Medina-Gómez, Mª B. y Pérez de Albéniz-Garrote, G. (2018), las personas con discapacidad intelectual (DI) utilizarían estrategias de afrontamiento del estrés para manejar eventos vitales y harían uso con menor frecuencia de las estrategias centradas en el problema que de las centradas en la emoción y menos de las adaptativas que de las desadaptativas en comparación con personas sin discapacidad. Estos resultados eran esperables, debido a las limitaciones en el razonamiento, en la planificación, en la resolución de problemas, en el pensamiento abstracto, en la comprensión de ideas complejas, en el aprendizaje rápido mediante la experiencia, etc. de las personas con DI (Schalock et al., 2010) atendiendo a estos postulados, se considera pertinente la administración de la presente prueba para descartar la presencia de limitaciones cognitivas en el participante.

Teniendo en cuenta la consideración anterior se presenta resultado de la evaluación realizada al participante de su aptitud intelectual mediante la escala de Inteligencia de Wechsler para niños IV (WISC-IV). El informe ha sido generado basándose en las puntuaciones directas obtenidas por el paciente y a través del se utilizó el software SOFTPSI (ver figura 1).

Figura 1. *Imagen de la conversión de sumas escalares en puntuaciones arrojados del informe del software SOFTPSI.*

Conversión de sumas escalares en puntuaciones				
Índice	Suma de P. E.	Punt. compuesta	Perc.	Int. De conf. 95%
Comprensión verbal	34	106	66	99-112
Razonamiento perceptual	20	79	8	76-88
Memoria de trabajo	16	88	21	81-97
Velocidad de procesamiento	19	97	42	88-106
CI total	89	91	27	86-96

Nota. Fuente: elaboración propia.

El participante obtuvo un CIT de 91, y su capacidad intelectual, tal como es medida por el WISC-IV, se clasifica como Promedio / Normal. Hay una alta probabilidad (95%) de que su verdadero CIT se sitúe entre los valores 86-96. Este valor de CIT se sitúa en el percentil 27, En este caso, la diferencia entre el índice mayor (106 en Comprensión verbal) y el menor (79 en Razonamiento perceptual) es de 27 puntos. Como este valor es mayor o igual a 23, su CIT debe interpretarse con extrema cautela; teniendo en cuenta estos resultados se puede descartar que el participante presente discapacidad intelectual con relación al uso de estrategias de afrontamiento.

En la tabla 1, se presenta la ficha técnica de la Escala Coping.

Tabla 1. Ficha Técnica de la Escala Coping.

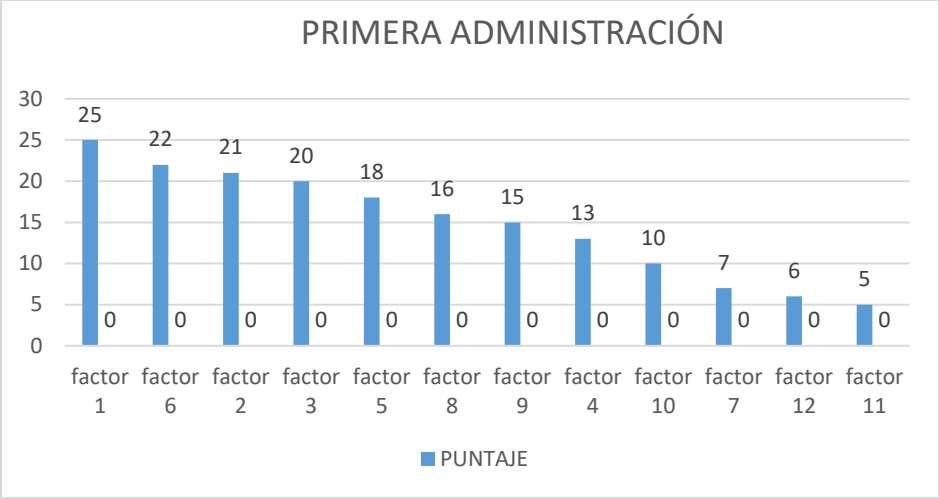
Datos	Información general
Año	2006
Nombre	Escala De Estrategias Coping-Modificada (Eec-M)
Autores	Londoño, Nora Helena; Henao López, Gloria Cecilia; Puerta, Isabel Cristina; Posada, Sara; Arango, Diana; Aguirre Acevedo, Daniel Camilo
Objetivo	Identificar la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas para afrontar problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida.
Factores evaluados y cantidad de ítems que lo conforman	Esta escala fue validada en Medellín-Colombia Se compone de 12 factores: Solución de problemas: 10,17,19,26,28,37,39,51,68 Búsqueda de apoyo social: 6,14,23,24,34,47,57 Espera: 9,18,27,29,38,40,50,60,69 Religión: 8,16,25,36,49,59,67 Evitación emocional: 11,20,21,30,41,43,53,62 Búsqueda de apoyo profesional: 7,15,35,48,58 Reacción agresiva: 4,12,22,33,44 Evitación cognitiva: 31,32,42,54,63

	Reevaluación positiva: 5,13,46,56,64 Expresión de la dificultad de afrontamiento: 45,52,55,61 Negación: 1,2,3 Autonomía: 65,66
Modo de aplicación	Heteroaplicada y autoaplicada
Duración	Tiempo aproximado de 20 a 30 minutos
Tipo	Opciones de respuesta tipo Likert, en un rango de frecuencia de 1 a 6, donde sus opciones de respuesta son: 1, nunca: 2, casi nunca: 3, a veces: 4, frecuentemente: 5, casi siempre: 6, siempre.
Numero de ítems	69

Nota. Fuente: Elaboración propia.

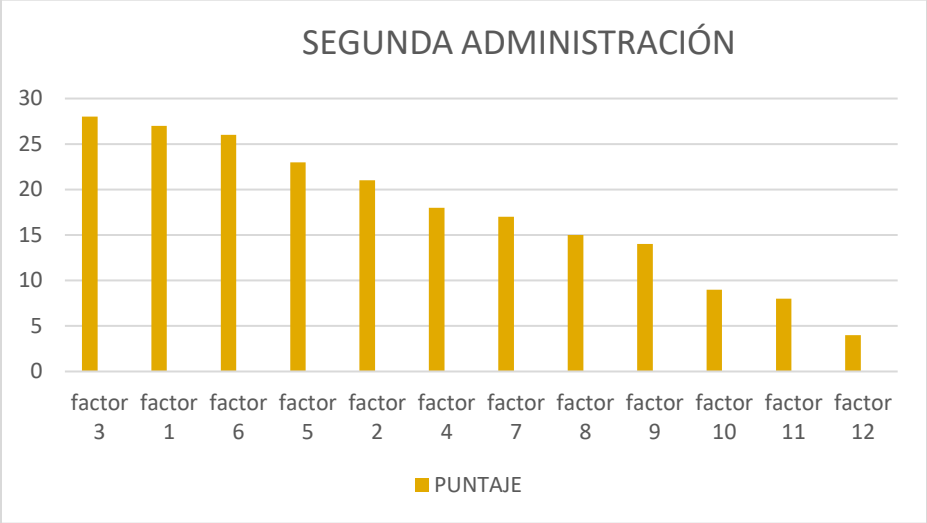
Para la pertinencia y uso de este instrumento se refiere según se de esta escala se os hallazgos del presente estudio indican que la Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M) se adaptó consistentemente en una población adulta colombiana

Figura 2*. Resultados de la Escala de Estrategias Coping - Modificada (EEC-M), primera administración.*



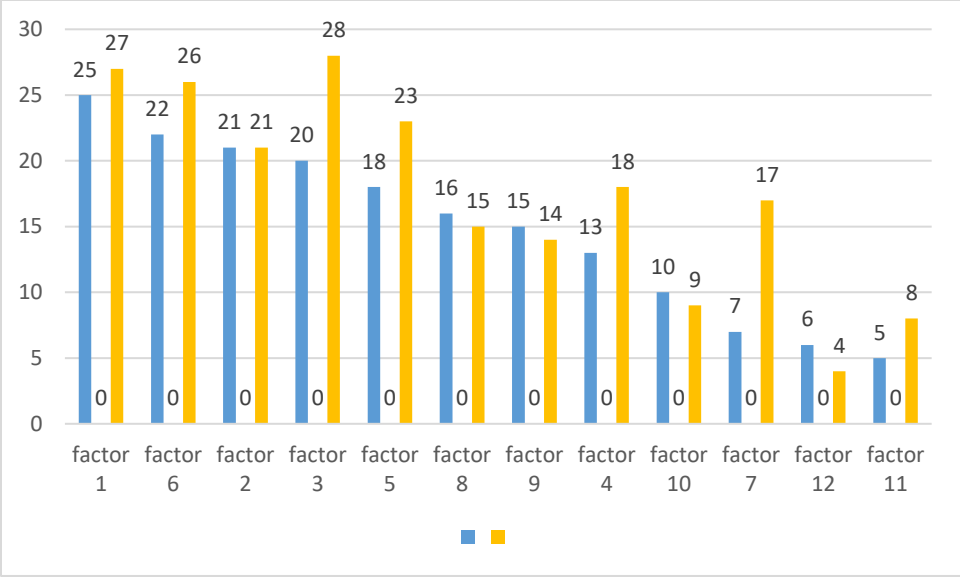
Nota. Fuente: elaboración propia.

Figura 3*. Resultados de la Escala de Estrategias Coping - Modificada (EEC-M), segunda administración.*



Nota. Fuente: elaboración propia.

Figura 4. *Gráfico comparativo entre los resultados obtenidos entre la primera y segunda administración de la Escala Coping.*



Nota. Fuente: elaboración propia.

Teniendo en cuenta estudio realizado por Londoño et at., 2006 se toma en consideración validación la herramienta escala de Estrategias Coping - Modificada (EEC-M), el cual indica que se adaptó consistentemente a una población colombiana, aun cuando se eliminó una buena proporción de los ítems del cuestionario original a través de un análisis factorial, se logró obtener doce factores o subgrupos específicos, conformados por ítems consistentes conceptual y estadísticamente, los 12 factores representan la información sobre la manera como la población adulta de la ciudad de Medellín emplea el conjunto de recursos y esfuerzos tanto cognitivos como comportamentales orientados a resolver el problema, a reducir o eliminar la respuesta emocional o a modificar la evaluación inicial de la situación (Lazarus & Folkman, 1986).

Presentación y Análisis de los Resultados

Según Yuni y Urbano (2006) el análisis de datos "se basa en la aplicación de un conjunto de procedimientos y la utilización de técnicas específicas apropiadas para la naturaleza de los datos cuyo fin es compactar, resumir o concentrarlos para sacar conclusiones basadas en ellos" (p. 37) por lo anterior en la presente investigación inicialmente se procedió a evaluar el desempeño cognitivo con la escala de Inteligencia de Wechsler para niños IV (WISC-IV) según el manual técnico de esta prueba este instrumento evalúa las capacidades intelectuales, su visión de inteligencia defiende que las capacidades cognitivas se organizan de forma jerárquica, con aptitudes específicas vinculadas a distintos ámbitos cognitivos que representan las habilidades intelectuales generales (Comprensión verbal y Razonamiento perceptivo) y habilidades de procesamiento cognitivo (Memoria de Trabajo y Velocidad del Procesamiento), teniendo en cuenta la información recolectada sobre su desempeño (comprensión verbal: 106, razonamiento perceptual: 79, memoria de trabajo: 88, velocidad de procesamiento: 97 ci: 91 se clasifica como promedio, lo cual refiere desarrollo normal según lo esperable para su edad).

Se puede dejar de lado como elemento influyente en la respuesta conductual ante situaciones amenazantes o problemáticas, que con son evaluadas, como excedentes o desbordantes para el participante, por lo tanto, el proceso se en ruta a la identificación de las estrategias de afrontamiento, como mecanismos cognitivos y conductuales que le permiten hacer frente a las situaciones estresantes del diario vivir, por su parte Lazarus y Folkman (1986) plantearon que el estrés representa un problema en gran medida individual, tanto en el ámbito psicológico como fisiológico, y un problema colectivo, dada la interrelación de los humanos en la sociedad, desde ésta perspectiva, las estrategias de afrontamiento cumplen un rol

intermediario fundamental entre las experiencias estresantes en las que se encuentran inmersas las personas, los recursos personales y sociales con los que cuentan para enfrentar dicha situación y los efectos derivados (Mestre, Samper, Tur, Richaud y Mesurado, 2012) se consideró relevante entonces la administración de una herramienta que permitiera la identificación de las estrategias de afrontamiento del participante con esa finalidad se utilizó la escala de Estrategias Coping-Modificada (Eec-M) que mide las estrategias de afrontamiento utilizadas por las personas para manejar situaciones estresantes. Fue validada en una muestra colombiana por Londoño et al. (2006) 1. La escala consta de 69 ítems y 12 componentes, y se basa en la versión de CSS-R de Sandin y Chorot (1993), la consolidación de la información se llevó a cabo en software de Microsoft Excel, con el cual se realizó una matriz de datos que permitió la elaboración del correspondiente análisis estadístico; cabe agregar que las ventajas que ofrece dicho paquete contribuyen a la elaboración de los respectivos gráficos y comparativos de cada una de las variables diseñadas de la escala.

En el caso del participante la primera administración de esta escala se realizó en el mes de mayo 2023, el cual arrojó como resultado el uso de estrategias adecuadas y pertinentes centradas en la solución del problema por parte del paciente, es así como se expone con 25 puntos la solución de Problemas como lo exponen Fernández-Abascal & Palmero, 1999 esta estrategia puede describirse como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo, en la que se movilizan estrategias cognitivas analíticas y racionales para alterar la situación y solucionar el problema, evidenciándose como estrategia principal por parte del participante, en esta sintonía aparecen la búsqueda de apoyo profesional con 22 puntos y búsqueda de apoyo social con 21 puntos, cabe resaltar en este caso, que la administración de dicha escala se llevó a cabo después de varios

meses de acompañamiento terapéutico, lo cual pudo mediar la activación de estrategias de afrontamiento adecuadas que no fueran propias del perfil inicial en este paciente.

Es así, como en concepto de tiempo trascurrido entre administración de instrumentos y encuentros terapéuticos con el participante abordados según agendamiento del CAPSI en los que se realizó acercamiento para establecer rapport, firma del consentimiento informado y anamnesis consecutivo a esto elaboración y diseño de familiograma, psicoeducación en referencia del modelo cognitivo conductual y posterior evaluación de las problemáticas de la paciente para iniciar el proceso evaluativo con pruebas (WISC IV, Coping-Modificada (Eec-M)) además del inicio progresivo del proceso de intervención, el cual incluyó técnicas que dentro de la psicoterapia cognitivo-conductual, son diversas y con la posibilidad de ajustarse a las características del paciente. Entre las más comunes se utiliza la psicoeducación, la relajación, la reestructuración cognitiva y técnicas conductuales (Caballo, 2002) de igual manera la identificación de las estrategias de afrontamiento principales y reconocimiento de la dinámica familiar a través de entrevista semiestructurada con participación de los padres y el participante brindando información para la elaboración del familiograma.

Por lo anterior el proceso terapéutico generó en el participante la disminución de síntomas relacionados con la escoriación y onicofagia haciéndose visible en la mejoría de la apariencia de sus brazos con heridas y cicatrices, así como el crecimiento de sus uñas reflejando regulación emocional frente a situaciones de estrés, de acuerdo a Isabel Caro (1997) el terapeuta ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo y eliminando así los síntomas; sirviéndose de una gran variedad de estrategias cognitivas y conductuales, para lograr el objetivo de delimitar las falsas creencias y los supuestos desadaptativos, mediante técnicas de aprendizaje.

Al realizar una pausa en el proceso cercano en tiempo a los dos meses, considerando la finalización de atención dentro del semestre educativo, el participante retoma proceso terapéutico con psicología donde a través de la entrevista se identifica intensificación de síntomas relacionados con escoriación, onicofagia, así como estado de ánimo bajo, adicional a esto, procesos inactivos a nivel del sistema de salud relacionados con terapia ocupacional, psiquiatría, terapia neuropsicológica, deserción parcial en actividades de esparcimiento, elementos que pudieron al parecer causar reprocesos.

Teniendo en cuenta esto, se consideró importante reevaluar intervención del paciente, quien en su regreso expone dificultades relacionadas con el concepto de validación y aceptación en entornos de su interés, en este caso su práctica deportiva relacionada con voleibol. En un encuentro inicial este paciente realizó exposición de pensamientos como “soy un inútil, no soy importante, no tengo valor”, “cuando pienso esto, me como las uñas, me rasco los brazos”, teniendo en cuenta esto, se realiza análisis funcional definido este por Keawe´aimoku Kaholokula y colaboradores (2013) como la búsqueda de variables causales y que estas pueden incluir comportamientos, emociones y cogniciones, inmediatamente antecedentes al problema o circunstancias ambientales y contingencias de respuestas externas o internas. Estos aspectos deben explorarse para identificar y diferenciar factores desencadenantes y factores de control, como una herramienta que permitió analizar las conductas de este paciente, mediante la identificación de aquellas que han podido constituir el núcleo del problema, que lo genera y/o mantiene, así como sus antecedentes y sus consecuencias como resultado, de su comportamiento y síntomas ansiosos como resultados de sus pensamientos, los cuales constantemente, según el paciente, surgen cuando no recibe validación y aceptación por parte de su entorno y quienes lo rodean.

Dentro de este marco Ellis (2004) expone que “las cogniciones, las emociones y el comportamiento no son funciones aisladas, sino que están integradas intrínsecamente y holísticamente; es decir, las cogniciones van a estar sujetas a las emociones y al comportamiento y, de igual forma cada una de ellas a las misma” haciendo más cercano poder explicar dicha problemática psicológica desde el concepto de creencias irracionales definidas estas como “pensamientos distorsionados que tiene una persona los cuales interfieren en el desarrollo de su vida, causando así perturbaciones en su pensar, sentir y actuar; generalmente son ideas de carácter demandante o exigente (Ellis & Grieger, 1990) que el participante ha podido generar.

Ellis (1962), muestra algunas características sobre las creencias irracionales: primero porque son falsas, son creencias que no coinciden con la realidad, no coinciden con la situación; segundo porque se expresan como demandas, deber o necesidad; tercero porque llevan a experimentar unas inadecuadas emociones; y por último porque dificultan a conseguir los objetivos personales. En este sentido, la TREC, se reconoce y controvierten los pensamientos desadaptativos, para reemplazarlos por otros más convenientes, disminuyendo o permitiendo que la perturbación emocional y/o conductual desaparezcan. Tres son las etapas por las que pasa la TREC: a) Reconocer los pensamientos impropios, b) Estimar y analizar los pensamientos y, c) Hallar pensamientos alternos (Ellis y Grieger, 1992)

Adicionalmente, Ellis (1999) plantea que el motivo común de malestar es la imprecisión cognitiva, pues si el pensamiento no parte de una buena percepción de la realidad, no será lógico y no contribuirá al bienestar y alcance de metas que la persona se fija, por tanto, generando malestar. A lo anterior agrega que su enfoque se centra en combatir la irracionalidad y plantea el ABC, donde (A) son los acontecimientos por los que personas pasan, (B) las interpretaciones y

valoraciones que se pueden hacer de estas experiencias y (C) las consecuencias. (Ruíz Fernández, Díaz García, & Villalobos Crespo, 2012)

Resaltando que en el participante se presentó intensificación de síntomas e incremento de malestar evidenciándose como respuesta conductual escoriación y onicofagia se realiza nuevamente la administración de la escala Coping, caracterizada en esta ocasión, por inasistencia al proceso terapéutico y los diferentes acompañamientos interdisciplinarios con los que él contaba como psicología, psiquiatría, terapia ocupacional, terapia neuropsicológica impactando en el proceso.

En esta oportunidad la escala Coping arroja un cambio en el uso de las estrategias, en esta ocasión se expone como estrategia principal la denominada *Espera* con puntuación 28 definida como estrategia cognitivo-comportamental que busca esperar que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo (Londoño et at., 2006, p. 332) seguida a *solución de problemas* con puntuación 27 la cual se define como estrategia cognitiva en la que se busca analizar las causas del problema y generar alternativas de solución (Londoño et at., 2006, p. 331) finalmente *Búsqueda de Apoyo Profesional* definida como estrategia comportamental en la cual se busca el recurso profesional para solucionar el problema o las consecuencias del mismo (Londoño et at., 2006, p. 332)

En esta segunda administración cabe resaltar desde la gráfica comparativa, que estrategias como *Reacción Agresiva* la cual se define como estrategia comportamental en la que se expresa la ira y la hostilidad abiertamente como consecuencia de la frustración y la desesperación, reaccionando de manera agresiva hacia los demás, hacia sí mismo o hacia los objetos (Londoño et at., 2006, p. 332) ahora bien se evidencia un incremento significativo entre la primera y segunda aplicación referente a 10 puntos de diferencia, lo cual puede relacionarse

con un perfil más cercano a la forma de afrontamiento del participante según motivo de consulta inicial referido por él como "*no se manejar mis emociones, quiero formar un buen carácter, no cerrarme a las personas",* así como*, "me siento invisible, no tengo valor"* y antecedentes referidos como dificultad con su regulación emocional y baja tolerancia a la frustración, destacando con relevancia la validación y aceptación de su entorno para responder a las demandas internas y/o externas (Lazarus, 2000).

Si bien inicialmente el proceso terapéutico se enfocó en la conducta y disminución de síntomas relacionados con escoriación y onicofagia, el segundo momento del proceso se centró en el componente cognitivo con las creencias irracionales como lo define Ellis y Lega (1993) son la causa principal de la perturbación emocional, ya sea de forma consciente o inconsciente, asimismo el individuo es el que escoge pensar de forma ilógica y poco realista.

Finalmente, en este caso se puede encontrar que los factores que explican la problemática psicológica presentada por el participante se relacionan con la presencia de creencias irracionales definidas según Ellis, la irracionalidad es cualquier pensamiento, emoción o comportamiento que lleva a consecuencias autoderrotistas o autodestructivas que interfieran de forma significativa con la supervivencia y felicidad del organismo" (Navas, 1981, p. 78) por lo tanto propone una técnica con la meta fundamental de asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos "irracionales" o disfuncionales y ayudarle a que los sustituya por otros más "racionales" o eficientes, que le permitan lograr con más eficacia metas de tipo personal como el ser feliz, el poder establecer relaciones con otras personas, etc. (Ellis y Becker, 1982), en este sentido sustentado en el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento frente a las exigencias y desafíos que demanda su contexto.

Discusión y Conclusiones

Según los hallazgos de las pruebas realizadas durante la evaluación, los encuentros terapéuticos y finalmente el proceso de intervención, se puede exponer por parte del participante pensamientos como *"soy un inútil, no soy importante, no tengo valor"* cuando no recibe la validación y/o aceptación de su entorno influyendo en sus emociones *"impulsividad, dificultad relacionada con su regulación emocional, baja tolerancia a la frustración"* y comportamiento *"cuando pienso esto, me como las uñas, me rasco los brazos"*, el padecimiento subjetivo que lo llevan al sufrimiento y la deserción continúa relacionada con actividades deportivas y de esparcimiento, finalmente unido a la identificación de estrategias de afrontamiento que utiliza en situaciones de estrés de acuerdo a Folkman, Lazarus, Gruen y De Longis (1986) manifiestan que diversos eventos de la vida tienen la propiedad de ser factores causantes de estrés, los cuales provocan un desequilibrio emocional. El estrés se presenta cuando la persona identifica una situación o un encuentro como amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento, lo cual pone en peligro su bienestar.

Si bien se puede resaltar la existencia de estrategias de afrontamiento orientadas a resolver el estrés de manera lógica, buscando soluciones alternativas y elaborando planes de actuación, para el caso de este participante sus creencias irracionales, suele acudir a estrategias de afrontamiento orientadas a la emoción, el modelo de Ellis (1997) propone tres componentes a la hora de explicar y entender la forma de comportarse de un individuo y su grado de ajuste psicosocial: acontecimiento activador, caracterizado como aquel fenómeno que le ocurre a un individuo o que él mismo ha propiciado que ocurra que hace que se activen una serie de pensamientos y conductas problemáticas; segundo, un sistema de creencias, el cual se refiere a la

serie de cogniciones que conforman la forma de ser y ver el mundo de la persona; finalizando con las consecuencias, las cuales se entienden como las respuestas que da el individuo ante un determinado acontecimiento activador y modulado por su propio sistema de creencias.

En el caso de este participante se pudo explicar la problemática psicológica presentada, la cual se activa con diferentes situaciones, experiencias, momentos en el día a día relacionados con entornos familiares, sociales, escolares en los cuales no recibe la validación o aceptación requerida, de forma automática llegan pensamientos irracionales como *"no soy útil, no tengo valor"* ante hechos que se exponen como no amenazantes, delimitando de forma significativa su forma de ser y privándolo de bienestar, estos pensamientos han sido poco susceptibles al cambio, lo cual ha generado consecuencias relacionadas con síntomas de escoriación y onicofagia que disminuyen la contingencia presentada.

Finalmente, según Albert Ellis y REBT (2021), las creencias irracionales son la fuente de angustia psicológica, pueden provocar un sufrimiento innecesario, siendo así, las creencias irracionales se convierten en causa del malestar emocional, que, si bien la causa principal del malestar emocional no tiene que ver con el modo en que fueron adquiridas esas creencias o modos de interpretar la realidad, se considera relevante el hecho de seguir manteniéndolas en el presente, aunque las creencias se puedan cambiar, las creencias irracionales se cambian mediante un esfuerzo activo y persistente para reconocerlas, retarlas y modificarlas.

Se puede concluir en la redacción de este artículo de investigación el cual referenció como objetivo principal describir las variables o factores que explicarían la lógica de la problemática psicológica presentada por el participante desde un enfoque cognitivo conductual, así como en el análisis de la información que permitieron identificar estrategias de afrontamiento y pensamientos irracionales "soy un inútil, no soy importante, no tengo valor", permitiendo

evidenciar que los resultados obtenidos son acordes la idea de fondo de la terapia de Albert Ellis en la que postula que nuestras emociones dependen principalmente de nuestro sistema de creencias (Ellis, 2006).

Cabe señalar que el psicólogo clínico, debe, por tanto, contar con modelos que le permitan intervenir en la prevención y manejo de malestar psicológico, creando en los pacientes estilos de afrontamiento cognitivos, emocionales y comportamentales que favorezcan una mejor calidad de vida. (Riso, 2006, Beck y Dozois, 2011).

Teniendo en cuenta lo mencionado hasta el momento, es importante considerar que en el desarrollo de la investigación se presentaron limitaciones relacionadas con la dinámica familiar (baja receptividad ante la realización de actividades, estigmatización sobre el proceso terapéutico) que no beneficiaron la evolución del participante y que fueron contrarias a lo propuesto por Macias et al. (2013) el entorno familiar siendo este un espacio socioeducativo de modelamiento y aprendizaje de posibles formas de manejar las situaciones críticas que puede enfrentar en la vida. En este sentido, el individuo, al ser parte de un grupo familiar, aprecia las diferentes formas de afrontamiento que asume su familia al manejar los problemas generadores de estrés, las cuales fomentara el desarrollo de recursos psicológicos, que se constituyen en recursos resilientes a la hora de afrontar situaciones desbordantes por el nivel de estrés que generan.

Es posible concluir que éste estudio de caso clínico, permite visualizar la intervención clínica enmarcada desde un enfoque cognitivo conductual en aras de describir las variables o factores que explican la problemática psicológica presentada por un paciente adolescente de 14 años de edad igualmente la identifican estrategias de afrontamiento con las que gestiona las demandas internas o externas percibidas como excesivas con relación a sus recursos, ya que los

resultados obtenidos están en consonancia con los aportes teóricos propuestos por Albert Ellis cuando menciona, si nuestra filosofía de vida es irracional nuestro pensamiento se dejará guiar por ideas irracionales que nos llevarán a la perturbación con emociones negativas. Por el contrario, si es racional tendremos una vida más feliz y auto satisfactoria con emociones apropiadas, mediante la integración del pensamiento, los sentimientos y la conducta (Ellis, Caballo y Lega, 1999).

Referencias

Barquín-Cuervo, Rodrigo, Medina-Gómez, Mª Begoña, & Albéniz-Garrote, Gloria Pérez de. (2018). El uso de estrategias de afrontamiento del estrés en personas con discapacidad intelectual. *Psychosocial Intervention*, *27*(2), 89-94.

Beck at. Thinking and Depression: I. Idiosyncratic Content and Cognitive Distortions. *Arch Gen Psychiatry.* 1963;9(4):324–333. doi:10.1001/archpsyc.1963.01720160014002

Beltrán Sastre, Andrea Juliana, & López Amú, Julián David. (2010). Comprensión desde las historias de vida de los estilos de afrontamiento ante el estrés en un grupo de trabajadoras sexuales de Bogotá. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, *4*(2), 131-141.

Caballo V. (2002), Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Trastornos por ansiedad, sexuales, afectivos y psicóticos, vol. 1, Siglo XXI de España Editores, España

Caro, I. (comp.) (1997). Manual de psicoterapias cognitivas 5ta edición Ediciones Paidós Ibérica, S.A. Barcelona Recuperado de: https://www.academia.edu/11981862/Manual_te%C3%B3ricopr%C3%A1ctico_de_psicoterapias_cognitivas_-_Isabel_Caro_Gabalda_2da_Ed

Chorot, P. & Sandín, B. (1993). Escala de Estrategias de Coping Revisado (EEC-R). Madrid: UNED.

Danhke, G. 1. (1989). Investigación y comunicación. En C. Fernández-Collado y G. L. Danhke (Eds.). La comunicación humana: Cienda sodal (pp. 385-454). México: McGraw-Hill.

Diez, C. & Sánchez, L. (2000). Etiopatogenia. En J. Vallejo & C. Gastó C. Trastornos afectivos, ansiedad y depresión (pp. 51 a 83) Masson, 2da Edición, Barcelona

Ellis, A. (1962). Reason and emotion in Psychoterapy. New York: Springer.

Ellis, A. y Becker, I. (1982). A guide to personal happiness. North Hollywood. Ca: Wilkshire.

Ellis, A y Lega, L. (1993). Como aplicar algunas reglas básicas del método científico al cambio de las ideas irracionales sobre uno mismo, otras personas y la vida en general. Psicología conductual. 1(1), 101-110. Recuperado de http://www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1993/num1/Como%20aplicar%20algunas.pdf

Ellis, A. (1997). Manual de terapia racional emotiva. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1999). Una terapia breve más profunda y duradera. Enfoque teórico de la terapia racional emotivo-conductual. (Vol. 182). Barcelona [es]: Editorial Paidós.

ELLIS, A., CABALLO, V., & LEGA, L. (1999). “Terapia Racional Emotivo Conductual”. México D.F: Siglo XXI.

Ellis, A. y MacLaren, C. (2004) Las relaciones con los demás. Barcelona: Editorial Océano.

Ellis, A. (2005). Ser feliz y vencer las preocupaciones. 2da. edición. España: Ediciones Obelisco.

Ellis, A. (2006). El camino de la tolerancia: la filosofía de la Terapia Racional Emotiva- Conductual. España: Ediciones Obelisco.

Ellis, A. (2021). *Studyando; siempre es mejor*. Obtenido de Studyando; siempre es mejor: https://estudyando.com/albert-ellis-teoria-y-concepto/

Ellis, A. y Becker, I. (1982). A guide to personal happiness. North Hollywood. Ca: Wilkshire.

Ellis, A. y Grieger, R. (1990) Manual de terapia racional - emotiva. Volumen 2. Bilbao: Desclée de Brouwer. Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf

Espinosa, J. C., Contreras, F. V., & Esguerra, G. (2008). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología, 5*(2), 88. Jordan, A. (2017). Estudio de Caso Clínico: Terapia Racional Emotiva en un Caso de Fobia Social. Lima, Perú.

Fernández-Abascal, E.G. y Palmero, F (1999) Emociones y salud. España: Editorial Ariel Psicología.

Keawe´aimoku Kaholokula, J. Godoyb, A., O´Brienc, W., Haynesa, S. y Gavinob, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. Clínica y Salud, 24, 117-127 doi: http://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13

Folkman, S. Lazarus, R., Schetter, C., DeLongis, A. & Gruen, R. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology 50 (5), 992-1003

Lazarus, R. F. (1986). *Estrés y procesos cognitivos.* Barcelona, España.

Gantiva Díaz, Carlos Andrés; Luna Viveros, Andrea; Dávila, Ana María; Salgado, María José Estrategias de afrontamiento en personas con ansiedad Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 4, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 63-72 Universidad de San Buenaventura Bogotá, Colombia

Girdano, D. y Everly, G.S. (1986) Controlling stress and tension [Controlar el estrés y la tensión] 2ª Ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Grinnell, R. M. (1997). Sodal work research & evaluation: Quantitative and qualitative approaches (Sa. ed.). Itaca: E. E. Peacock Publishers.

Ley de Salud Mental, No.1616, 2013, p.1. (Colombia).

Londoño, Nora Helena, Henao López, Gloria Cecilia, Puerta, Isabel Cristina, Posada, Sara, Arango, Diana, & Aguirre-Acevedo, Daniel Camilo. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) en una muestra colombiana. Universitas psychologica, 5(2), 327-350.

Macías, M. A., Madariaga O., C., Valle A., M., & Zambrano, J. (2011). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, *30*(1), 125.

Macías, María Amarís, Madariaga Orozco, Camilo, Valle Amarís, Marcela, & Zambrano, Javier. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. Psicología desde el Caribe, 30(1), 123-145.

Madriaga O., C., Macías, M. A., Valle A., M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, *30*(1), 127.

McCubbin, H., Cauble, E., & Patterson, J. (1982). *Family stress, coping, and social support.* (T. Publiser, Ed.) Sprinfield.

McCubbin, M., & McCubbin, H. (1993). *Family coping with health crises: The resiliency model of family stress, adjustment and adaptation.* (B. H.-B.-F. Danielson, Ed.) New York.

Mestre, V., Samper, P., Tur, A., Richaud, M., y Mesurado, B. (2012). Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. Univ. Psychol, 11(4), 1263-1275.

Navas, J., (1981) Revista Latinoamericana de Psicología, Bogotá, Colombia. 13, (1), 1981. 75- 83. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Recuperado de http://www.redalyc.org/html/805/80513105/.

Olso, D. H. (2011). *Marriage and families: Intimacy, diversity, and strengths.* (N. McGraw-Hill., Ed.) New York.

OMS. (2022). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud

Riso, W. (2006). Terapia cognitiva. Fundamentación teórica y conceptualización del caso clínico. Norma

Ruíz Fernández, M. d., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales (2 ed., Vol. 170 Biblioteca de Psicología). Bilbao [es]: Desclée de Brouwer; UNED, Universidad Nacional de Educación a Distancia

Schalock, R. L., Luckasson, R., Bradley, V. J., Buntis, W. H. E., Lachapelle, Y., Shogren, K. A., Wehmeyer, M. L. (2010). *Intellectual disability. Definition,*

classification, and systems of supports user's guide. Washington, DC: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities

Sherman, R. R. Y Webb, R. B. (1988). Qualitative research in education: A focus. En R. R Sherman y R. B. Webb [Eds.). Qualitative research in education: Focus and methods [pp. 2-21). Filadelfia: The Falmer Press.

Ursul, A. y Herrera, E. (2023). Riesgo de suicidio y estrategias de afrontamiento ante el estrés, en una muestra de adolescentes colombianos. Informes Psicológicos, 23(1), (pp. 223-238).

Viveros, E. y Arias, L. (2006). Dinámica interna de las familias con jefatura femenina y menores en conflicto con la ley penal: características interaccionales. Medellín, Colombia: Funlam.

Yuni, J. y Urbano, C. (2006) Técnicas para investigar. Vol. 3. Córdoba: Brujas.