



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TÍTULO

**Plan de Intervención Psicológica basado en la
Terapia Breve Centrada en Soluciones para
adolescentes con indicadores depresivos de la
Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco
de Asís.**

Tesis previa a la
obtención del título de
Psicólogo Clínico

AUTORA:

Jéssica Gabriela Mendoza Morocho

DIRECTORA:

Psic. Cl. Zhenia Muñoz Vinces, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2019

CERTIFICACIÓN

Psic. Cl. Zhenia Muñoz Vinces, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA

Que el trabajo de investigación **“PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BASADO EN LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES, PARA ADOLESCENTES CON INDICADORES DEPRESIVOS DE LA UNIDAD FISCOMISIONAL SAN FRANCISCO DE ASÍS”** elaborado por la estudiante Jéssica Gabriela Mendoza Morocho, estudiante de la carrera de Psicología Clínica, ha sido revisado, asesorado y desarrollado bajo mi dirección de manera que certifico que cumple con los requerimientos establecidos en el Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación para los fines legales consiguientes.

Loja, 09 de Septiembre de 2019

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Zhenia Muñoz Vinces', written over a horizontal line.

Psic. Cl. Zhenia Muñoz Vinces, Mg. Sc.
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, Jéssica Gabriela Mendoza Morocho, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional Biblioteca Virtual.

Autor: Jéssica Gabriela Mendoza Morocho

Firma:

A handwritten signature in blue ink, consisting of stylized letters and a circular flourish.

N de cédula: 110468173-7

Fecha: 09 de Septiembre de 2019

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, **Jéssica Gabriela Mendoza Morocho**, declaro ser la autora de la tesis: **“PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BASADO EN LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES, PARA ADOLESCENTES CON INDICADORES DEPRESIVOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL SAN FRANCISCO DE ASÍS”**, como requisito para optar por el título de Psicólogo Clínico, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los nueve días del mes de Septiembre de dos mil diecinueve, firma la autora.

Firma:



Autora: Jéssica Gabriela Mendoza Morocho

Cédula: 110468173-7

Correo electrónico: yeka_1518@hotmail.com

Director de la tesis: Psic. Cl. Zhenia Muñoz Vinces, Mg. Sc.

Tribunal de grado:

- **Presidenta:** Dra. Ana Catalina Puertas Azanza, Mg. Sc.
- **Vocal:** Psic. Cl. Karina Cecibel Flores Flores, Mg. Sc.
- **Vocal:** Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc.

DEDICATORIA

A Dios, por darme serenidad para aceptar las cosas que no puedo cambiar, valor para aquellas que sí puedo y sabiduría para reconocer la diferencia.

A mis padres, por su apoyo incondicional y su ejemplo.

A mi hermana, por tu carisma y bondad que me permiten esclarecer y mantenerme firme en mí andar, a mis hermanos por enseñarme lo frágil de la enseñanza.

A mi esposo, amigo, confidente por su comprensión, apoyo e ir a mi lado en cada uno de mis pasos.

A mi hijo, por ser ese pilar fundamental en mi vida, por romper, crear esquemas y transformarme como ser humano, a ti lo más grande y maravilloso de la vida.

A Leonardo Peláez, gran amigo y fuente de inspiración de este trabajo, que en los momentos más difíciles estuvo para esclarecer mi camino y que más que de investigación este trabajo, fue la puesta en escena de tus aprendizajes.

AGRADECIMIENTO

Mediante estas líneas quiero expresar mi agradecimiento a quienes de una u otra forma han contribuido a mi formación.

A la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Salud Humana y a la Carrera de Psicología Clínica que a través de sus autoridades y profesionales me permitieron formarme y adquirir los conocimientos indispensables para mi futura vida profesional.

A Psic. Cl. Zhenia Muñoz Vences Mg. Sc., directora del presente proyecto de tesis, por su colaboración y con sus aportes como Directora que generaron los lineamientos para la presente intervención, agradezco la confianza, paciencia y el tiempo ofrecido durante este proceso.

ÍNDICE

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de literatura.....	9

Capítulo I: Terapia Breve Centrada en Soluciones

4.1. Terapia Breve Centrada en Soluciones.....	9
4.1.1. Propuestas iniciales.....	9
4.1.1.1. Antecedentes.....	10
4.1.2. Filosofía de la terapia breve centrada en soluciones.....	10
4.1.3. Estrategias y técnicas en las intervenciones basadas en soluciones.....	11
4.1.3.1. Estrategias comunicacionales en la entrevista interventiva.....	11

Capítulo II: Adolescencia

4.2. Adolescencia.....	13
4.2.1. Definición.....	14
4.2.1.1. Diferencia entre pubertad y adolescencia.....	14
4.2.2. Cambios evolutivos.....	15

4.2.2.1.	Aspectos físicos.....	15
4.2.2.1.1.	Transición de la niñez a la adolescencia.....	15
4.2.2.2.	Aspectos psicosociales.....	15
4.2.2.3.	Aspectos cognitivos.....	16
4.2.2.3.1.	Aspectos de la maduración cognitiva.....	16
4.2.2.3.2.	Elkind: características inmaduras del pensamiento adolescente.....	16
4.2.2.4.	Cambio estructural.....	18
4.2.2.5.	Cambio funcional.....	19
4.2.3.	Factores de riesgo y protección en la adolescencia	19

Capítulo III: Depresión en adolescentes

4.3.	Depresión en adolescentes.....	20
4.3.1.	Definición de depresión.....	21
4.3.1.1.	Acontecimientos vitales.....	22
4.3.1.1.1.	Clasificación de los acontecimientos vitales estresantes..	23
4.3.2.	Características de la depresión.....	24
4.3.3.	Tipos de depresión.....	25
4.3.4.	Depresión y su relación con el suicidio.....	25

Capítulo IV: Plan de intervención grupal basada en la Terapia Breve

Centrada en Soluciones

4.4.	Plan de Intervención Psicológico.....	27
4.4.1.	Perfil básico de la psicoterapia breve intensiva.....	27
4.4.2.	La sesión inicial	27
4.4.2.1.	Tres factores en la relación terapéutica.	28
4.4.3.	Segunda a cuarta sesión de la psicoterapia breve intensiva.	28

4.4.3.1. Segunda sesión.	28
4.4.3.2. Tercera sesión.	29
4.4.3.3. Cuarta sesión.	29
4.4.4. Diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión.....	29
5. Materiales y métodos.....	32
6. Resultados.....	39
7. Discusión.....	79
8. Conclusiones.....	82
9. Recomendaciones.....	84
10. Bibliografía.....	86
11. Anexos.....	94
Anexo 1: Inventario de depresión de Beck.....	94
Anexo 2: Hoja de respuestas calificación y perfil BDI.....	98
Anexo 3: Historia Clínica Psicológica.....	101
Anexo 4: Consentimiento informado para padres de familia.....	104
Anexo 5: Consentimiento informado para estudiantes.....	107
Anexo 6: Memoria fotográfica.....	108
Anexo 7: Certificado de traducción.....	111
Anexo 8: Proyecto de tesis.....	112

1. TÍTULO

PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BASADO EN LA TERAPIA BREVE
CENTRADA EN SOLUCIONES PARA ADOLESCENTES CON INDICADORES
DEPRESIVOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL SAN FRANCISCO
DE ASÍS

2. RESUMEN

La adolescencia representa un hito en el aspecto evolutivo del ser humano, que ante eventos vitales estresantes, factores de riesgo y protección pueden desencadenar aspectos de inestabilidad emocional que dependiendo de la intensidad y de las características individuales, requerirán o no, intervención psicológica. Para el desarrollo del presente estudio se utilizó una investigación de tipo correlacional y corte longitudinal, de diseño experimental con el objetivo de determinar la eficacia de un Plan de Intervención Psicológico basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones, para lo cual se procedió en la selección de aquellos adolescentes que presentaban indicadores depresivos moderados de un universo de 213 estudiantes correspondientes a primero y segundo de bachillerato de la institución, mediante el uso del Inventario de depresión de Beck, se determinó que 17 adolescentes cumplían con indicadores de depresión moderada; se trabajó con 15 de ellos y se procedió con la elaboración de la Historia Clínica Psicológica, para luego aplicar el Plan de Intervención Psicológico, que involucró tanto a los adolescentes, docentes y padres de familia. Al concluir las sesiones se aplicó un post-test, se revisó los resultados y se determinó mediante el programa SPSS haciendo uso de la prueba estadística T - student, que del total de adolescentes que presentaban indicadores depresivos moderados, el 64,7% disminuyó a altibajos que son considerados normales, 5,9% a leve perturbación del estado de ánimo y 17,6% a estados de depresión intermitente; en base a los resultados se concluye que el Plan de Intervención Psicológica basado en la TBCS genera cambios en los indicadores de depresión en los adolescentes.

Palabras clave: Terapia Breve Centrada en Soluciones, adolescencia, eventos vitales estresantes, indicadores depresivos.

ABSTRACT

Adolescence represents a milestone in the evolutionary aspect of the human being, which facing stressful life events, risk factors and protection can trigger aspects of emotional instability that, depending on the intensity and individual characteristics, will require or not, psychological intervention; For the development of the current study, a correlational and longitudinal cut research was used, experimentally designed to determine the efficacy of a Psychological Intervention Plan based on Brief Solution-Centered Therapy, for which it was carried out a selection of those adolescents who presented moderate depressive indicators from a universe of 213 students corresponding to first and second baccalaureate year of the institution, using the Beck Depression Inventory, 17 adolescents were determined to comply with indicators of moderate depression; We worked with 15 of them and proceeded with the preparation of the Psychological Clinical History, and then applied the Psychological Intervention Plan, which involved adolescents, teachers and parents. At the end of the sessions, a post-test was applied, the results were reviewed and determined by means of the SPSS program using the T-student statistical test, that of the total of adolescents who presented moderate depressive indicators, the 64.7% decreased to ups and downs that are considered normal, 5.9% to mild disturbance of mood and 17.6% to states of intermittent depression; Based on the results, it is concluded that the Psychological Intervention Plan based on BSCT generates changes in the indicators of depression in teenagers.

Key words: Brief Solution-Centered Therapy, adolescence, stressful life events, depressive indicators.

3. INTRODUCCIÓN

La presente investigación se enfocó en la aplicación de un Plan de Intervención Psicológico Basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones la misma que se deriva de un modelo Sistémico y se aplicó con adolescentes que presentaron indicadores depresivos moderados; tomando en consideración que la adolescencia es parte del ciclo vital, la cual involucra los procesos de maduración biológica, psíquica y social del individuo, dentro de esta última se evidencian circunstancias como, la adquisición de nuevas responsabilidades, experimentar nuevas sensaciones, búsqueda de identidad y la toma de decisiones propias, es así que, al transitar este periodo vital se determinará su vida adulta, por lo que se considera conveniente trabajar los indicadores depresivos.

Los factores de riesgo y protección son determinantes dentro del desarrollo del ser humano, por lo que, al encontrarse frente a circunstancias que aumenten las probabilidades de generar alteraciones del estado de ánimo y al no poseer los mecanismos suficientes de afrontamiento puede desembocar en una serie de situaciones como, baja autoestima, conductas agresivas, abuso de sustancias, problemas de atención, intentos autolíticos entre otras, estas situaciones pueden agravarse y desarrollar indicadores depresivos que finalmente con el tiempo y sin el debido tratamiento existe la posibilidad de generar un trastorno.

La depresión se define como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (DSM- 5, 2013) la depresión se puede manifestar como leve, moderada o grave, siendo ésta última la causa de suicidios, lo que requerirá de medicamentos y de ayuda profesional especializada (OMS, 2017).

Existe una estrecha relación entre la depresión y el suicidio que resulta de un comportamiento de autoagresión cuya finalidad es la propia muerte, datos estadísticos ponen de manifiesto que alrededor del mundo, 800 000 personas optan por el suicidio, siendo la segunda causa de muerte en personas entre 15 – 24 años de edad, lo cual genera un grado de alerta a la comunidad, dado que la depresión se considera prevenible y pese a esto, sus índices en vez de disminuir van en aumento.

Cabe recalcar lo preocupante de los datos estadísticos antes expuestos y más aún debido a que las cifras van en incremento, sin embargo una de las principales formas de detección de adolescentes con indicadores depresivos es a través de sus cuidadores principales, padres de familia, los mismos adolescentes o docentes que por medio de los Departamentos de Consejería de las Unidades Educativas, receptan los casos, por lo tanto es inherente hacer conocer que dentro del Modelo de Atención Integral de los Departamentos de Consejería (2019), nos menciona que “El área psicoemocional de los DECE, no deberá efectuar procesos de atención psicoterapéutica con los estudiantes o cualquier otro miembro de la comunidad educativa”. Siendo así que su aporte principal es la identificación de casos que puedan requerir psicoterapia, a partir de lo cual deberán referir dichos casos para ser asistidos por instancias competentes, informarlo a los padres, madres o representantes sobre la situación de forma oportuna y realizando el debido seguimiento que dé cuenta de los avances del estudiante, es así que la labor del Psicólogo Clínico, por reglamentos se limita a la promoción y prevención, más no de tratamiento, de tal forma que mientras se busca el ente competente para tal labor pueden suscitarse diversas situaciones, entre ellas el que los síntomas se agudicen y desencadene un intento autolítico.

Es notorio que existe un marcado índice de indicadores depresivos entre los adolescentes que pueden llevar a infringirse daño y que debido a la falta de profesionales y mal abordaje de parte de los cuidadores principales, no es hasta que existen secuelas graves

que se empieza a trabajar en tales estados anímicos, es importante encontrar la manera de intervenir y trabajar soluciones con los adolescentes, para lo cual dentro del campo de la Psicología Clínica, existen diversas propuestas terapéuticas, entre una de ellas la Terapia Breve Centrada en Soluciones la cual busca potenciar los recursos de los individuos para que de esta manera puedan resolver de una forma más adaptativa, los problemas cotidianos.

La Terapia Breve Centrada en Soluciones muestra resultados favorables ante distintas situaciones como agresiones sexuales (Aylanda y Westa, 2006), duelo Patológico (Aponte, 2011), autolesión no suicida (Garza, 2016), entre otros; por tales motivos en el desarrollo de esta investigación, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿La intervención psicológica basada en la Terapia Breve Centrada en Soluciones produce un impacto en los indicadores depresivos de los alumnos de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís de la ciudad de Loja?; por las razones antes expuestas, el análisis de la problemática y evidenciar que las cifras entorno a depresión van en aumento, se vio la importancia de realizar el presente trabajo de investigación, enfocado a una investigación de tipo correlacional, la cual demuestra la relación entre las variables, indicadores depresivos (dependiente) y el Plan de Intervención Psicológico basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones (independiente); y de corte longitudinal, con lo se puede observar los cambios a través del tiempo entre las variables, se utilizó un diseño experimental que permitió observar durante el proceso los cambios que produce el Plan de Intervención con los adolescentes que presentaron indicadores de depresión moderada, resultados que se obtuvieron a partir de los siguientes objetivos específicos: a) Identificar a los/las adolescentes que presenten indicadores depresivos moderados dentro del primero y segundo de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís mediante el uso del Inventario de depresión de Beck, b) Diseñar y ejecutar un plan

terapéutico tomando como base la Terapia Breve Centrada en Soluciones con los estudiantes que presentaron indicadores de depresión moderada, c) Aplicar un post-test a los estudiantes que presentaron indicadores de depresión moderada, d) Comparar los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del Plan de Intervención Psicológica basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones con los estudiantes que presentaron indicadores de depresión moderada.

Esta investigación se encuentra dividida en 4 capítulos: Terapia Breve Centrada en Soluciones en donde se presenta la parte teórica, metodológica y estructural de la Terapia Breve; Adolescencia que busca centrarse en la descripción general de los cambios evolutivos en el adolescente desde el aspecto físico, cognitivo y social; Depresión en adolescentes que centra su atención en los eventos vitales como generadores de indicadores de depresión y el Plan de Intervención Psicológica basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones en donde se expone las bases teóricas de cada sesión y los puntos de abordaje de los mismos tanto con los adolescentes como con padres de familia y profesores.

Tras la investigación se concluye del primer objetivo que se encontró 17 adolescentes con indicadores depresivos moderados, de los cuales debido a la falta de autorización de los padres desertaron del Plan de Intervención, dos adolescentes, dejando así 15 estudiantes que representaron el total de la muestra; se diseñó y ejecutó el Plan de Intervención Psicológico basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones, el cual parte del modelo Sistémico, en donde para su elaboración se consideró los diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión; al finalizar la aplicación del Plan de Intervención se realizó un post-test en donde se determinó una disminución significativa de los indicadores de depresión y para concluir se comparó los resultados del pre-test y post-test en donde se evidencia mediante el uso de la prueba estadística T - student una disminución del

promedio en los indicadores depresivos, por lo que se concluye que un abordaje oportuno permite fortalecer y brindar mecanismos para afrontar situaciones del diario vivir.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

4.1 Terapia breve centrada en soluciones

4.1.1. Propuestas iniciales

La Terapia Breve Centrada en Soluciones, es un modelo constructivista en donde la apelación al uso de la misma intervención constituye un modo de pensamiento lineal que implica causalidad y se centra en el contenido más que en el proceso, la TBCS es una terapia derivada del enfoque sistémico en donde sus premisas iniciales no pretenden extender las sesiones a un sinnúmero de ellas, sino implementar estrategias adecuadas centradas en las soluciones, que desde un inicio identifica los problemas, analiza los sistemas y genera alternativas para establecer mejoría en los pacientes (Cecchin Lipchik, 2004).

La Terapia Breve Centrada en Soluciones, busca aislar la idea del normativismo es decir que establece un único patrón de persona “sana”, ni en un ideal de “familia funcional”. Establece la premisa de que existe una multitud de diferentes formas de actuar y comportarse, y que ninguna de ellas es a priori superior a ninguna otra. Por otro lado, desde la TBCS se postula que “problema” y “solución” son categorías discontinuas Balmes (2019).

Para un mejor entendimiento de esta premisa se aclara que cuando diversas personas acuden a terapia por una causa similar, las estrategias implementadas para su proceso serán diferentes y a su vez las soluciones se diferencian por mucho. Las implicaciones de este punto de vista radical (y tan contrario a las premisas tradicionales que comparten la inmensa mayoría de las psicoterapias) son claras: no hace falta conocer el problema para solucionarlo. Balmes (2019), propone que los pacientes tienen a su disposición los recursos necesarios para conseguir o alcanzar sus objetivos, sin embargo existe situaciones en las

cuales no son usados de manera adecuada o debido a factores de riesgo permite que se exacerben las conductas conflictivas.

La tarea del terapeuta iría encaminada a movilizar estos recursos, ayudar a los adolescentes con indicadores depresivos a que se ayuden a sí mismos, y hacerlo además en el menor tiempo que sea posible. La Terapia Breve Centrada en Soluciones además comparte con las demás orientaciones de terapia familiar lo que podríamos denominar el punto de vista contextual, es decir, la tendencia a analizar los fenómenos dentro del contexto que en el que se producen (Beyebach, 2013)

4.1.1.1. Antecedentes.

La Terapia Breve Centrada en las Soluciones (TBCS) tuvo su auge en la ciudad de Milwaukee Estados Unidos, cuando un grupo de trabajadores sociales instaló un espejo unidireccional y empezó a experimentar con las ideas del M.R.I. de Palo Alto. A este equipo inicial, que incluía a Insoo Kim Berg, Jim Derks, Elam Nunnally, Marilyn LaCourt y Eve Lipchik, se unió Steve de Shazer, en donde realizaban terapia de manera gratuita para experimentar con nuevas ideas, siempre con el afán de identificar lo que mejor funcionaba y sometiendo a prueba en sesión los nuevos descubrimientos. Basado en esto se puede afirmar que la Terapia Breve Centrada en Soluciones surgió como una práctica basada en la evidencia (Lipchik, Derks, Lacourt & Nunnally, 2012), mediante un proceso recursivo y dinámico de intervención, observación y teorización.

4.1.2. Filosofía de la terapia breve centrada en soluciones

Este enfoque terapéutico centrado en las soluciones mantiene que no hay que saber mucho sobre la naturaleza de los problemas para resolverlos, por lo tanto propone que los clientes realmente quieren cambiar, y que tienen recursos propios para hacerlo (De Shazer, 1988).

Se pretende en lo máximo posible encontrar las excepciones (momento en lo que debería aparecer el problema y por el contrario no aparece), ampliarlas y atribuir la responsabilidad del logro a los clientes, de manera que sean capaces de repetirlos y que el problema desaparezca. Por lo tanto cada sesión terapéutica en su sesión se enfoca a generar soluciones que se elaboran en conjunto con él terapeuta para mejorar la forma de superar el problema (Bayebach, 2014).

4.1.3. Estrategias y técnicas en las intervenciones basadas en soluciones

4.1.3.1. Estrategias comunicacionales en la entrevista interventiva.

Las técnicas centradas en soluciones son probablemente las más conocidas y divulgadas de este enfoque terapéutico, más allá de los límites de la terapia familiar e incluso de la psicoterapia en general. Sin embargo, no debería confundirse la Terapia Breve Centrada en Soluciones con la aplicación más o menos automática de técnicas como la pregunta milagro o las preguntas de escala, por citar las dos más conocidas (Beyebach, 2014).

Denominamos a estos procesos terapéuticos “estrategias”, a sabiendas de que no estamos utilizando el término en el sentido que le dan por ejemplo la terapia familiar estructural o estructural-estratégica, sino para referirnos a patrones transversales de comunicación terapéutica, formas de gestionar la información en el transcurso de la entrevista que se aplican a todas las técnicas de entrevista interventiva (Beyebach, 2014).

Dentro de las estrategias comunicacionales encontramos el Elicitar la descripción de soluciones la que permite un ambiente empático para la escucha activa; la Ampliación, es decir pedir detalles y a su vez ayudar a los consultantes a que generen descripciones en términos de conductas interactivas, pequeñas, concretas y en positivo (Healing y Bavelas, 2011); Anclar las soluciones o atribuir control, es decir, ayudar mediante nuestras preguntas a que los consultantes identifiquen de qué forma han conseguido producir las mejorías o de qué manera pueden llegar a alcanzar sus objetivos; Ir despacio, (Fisch,

Weakland & Segal, 1982), constituye en ajustarse al ritmo de cambio de los clientes, en transmitir el mensaje de avanzar paso a paso, en dar tiempo a los clientes para que piensen y elaboren sus respuestas a las preguntas del terapeuta (lo que incluye saber mantener el silencio) y también en la recomendación de que los terapeutas hagan una pausa hacia el final de la entrevista; Promover activamente la cooperación con la familia. No se busca conseguir “que la familia coopere con la terapeuta”, sino de plantearnos como terapeutas qué podemos hacer para cooperar nosotros con nuestros consultantes.

Finalmente, a nivel comunicacional se busca que el terapeuta se esfuerce por manejarse a partir de las ideas centrales mencionadas por los clientes en vez de imponer su conocimiento como certero. Otra forma de describir este proceso dialógico es como una combinación de las intervenciones que abren posibilidades con las que validan la posición de los clientes (Bayebach, 2014).

Las estrategias comunicacionales nos permiten dar un primer paso en el abordaje con los adolescentes, sin embargo las técnicas de entrevista interventiva, es decir las preguntas centradas en soluciones más usadas son:

De Jong y Kim Berg (s.f.), plantean con gran claridad los pasos o etapas de la Terapia Centrada en Soluciones: Explicar al cliente cómo trabaja el terapeuta, describir el problema, averiguar y amplificar lo que el cliente quiere (utilización de la pregunta del milagro), explorar las excepciones (uso de escalas), preguntas de escala, formular y ofrecer retroalimentación al cliente y ver, amplificar y medir el progreso del cliente.

Por otro lado además de las técnicas de entrevista, otros dos instrumentos al servicio del cambio en la terapia breve centrada en las soluciones son:

Elogios, en donde se procura señalar aquellas cosas que los clientes están haciendo bien, que les ayudan o de las que pueden estar orgullosos, se usa de manera frecuente al final de las sesiones (Bayebach, 2014), las tareas, se trata de sugerir a la familia algo para pensar o

hacer en el espacio entre sesiones. Las tareas se derivan de lo hablado en la entrevista y se procura que sean lo más simples que resulte posible (De Shazer, 1991).

4.2. Adolescencia

La adolescencia es un tema que preocupa a la sociedad y que siempre se encuentra inmerso en estudios y análisis, en donde diferentes ciencias la definen desde su propio punto de vista, por lo que pueden diferenciar ciertos aspectos, ya que cada una propone su propio enfoque que en ciertas ocasiones puede ser contradictorio. Lozano (2014) afirma: “Efectivamente, la adolescencia constituye el campo de estudio de la antropología, la psicología, la biología del desarrollo, la sociología, la historia y, por supuesto, también aparece como un concepto mundano de la realidad familiar, educativa y social del presente”.

Es así que la llegada de la adolescencia es uno de los momentos más cruciales en donde la familia tiene que cambiar su organización y amoldarse a las nuevas necesidades de sus integrantes menciona, como menciona Arcelus (2009), el contexto familiar es un factor esencial en el proceso de la adolescencia considerada como un proceso psicológico y sociocultural del cual un individuo experimenta la transición de la niñez al estado adulto.

De hecho, las ciencias humanas y sociales junto a instituciones públicas y políticas han empezado a desarrollar nuevas líneas de investigación para comprender mejor las relaciones entre adultos y adolescentes, los desafíos ante la salud, la inserción laboral o las situaciones de riesgo y exclusión, por citar solo algunos de los retos que se plantean (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2000).

En nuestra sociedad con el paso de los años se ha incrementado la importancia e inclusión a los adolescentes ya sea para actividades sociales o laborales, en la actualidad los adolescentes pueden acceder a beneficios propios dentro del ámbito laboral como por ejemplo flexibilidad en horarios dentro del trabajo para poder desarrollar actividades

educativas y beneficios de protección para generar ambientes adecuados para desenvolverse sin ningún tipo de explotación. Existen políticas públicas y leyes propias para adolescentes, en el Ecuador tenemos el “Código de la Niñez y Adolescencia” que se encarga principalmente de preservar Derechos y Obligaciones y sanciones de ser caso.

4.2.1. Definición

La RAE nos define a la adolescencia como un: “Período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud”.

Por su parte, Ruiz (2013), busca definirla a: “La adolescencia como una etapa fundamental en el desarrollo psicológico de una persona, pues es el periodo en el que se forja su personalidad, se consolida su conciencia del yo (adquirida en la primera infancia), se afianza su identidad sexual y se conforma su sistema de valores”, como un ciclo vital de importancia, que involucra aspectos cognitivos, sociales y físicos, resulta hacer énfasis en lo inherente que es un pleno y adecuado desarrollo, para un posterior manejo de recursos personales en la vida adulta.

4.2.1.1. Diferencia entre pubertad y adolescencia.

Es necesario establecer una diferencia entre lo que es la pubertad y la adolescencia y así poder identificar aspectos propios de cada una, ya que son importantes para entender de una forma adecuada este periodo de transición entre niñez y pubertad, la adolescencia se trata de una construcción social de los países desarrollados, en donde los cambios que ocurren se dan en un corto periodo de tiempo y afectan a los aspectos bio-psico-sociales (Iglesias, 2013).

Mientras que la pubertad es un proceso biológico en el que se produce el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta. Se considera inicio pubertal normal a la aparición de telarquia entre los 8-13

años en las niñas y el aumento del tamaño testicular entre los 9-14 años en los niños (Güemes-Hidalgo, Gonzalez-Fierro, Hidalgo, 2017).

La (OMS, 2019), sin embargo ubica a la adolescencia entre los 10 y 19 años distinguiendo 3 fases que se solapan entre sí: adolescencia inicial (10-14 años), media (15-17 años) y tardía (18-21 años).

4.2.2. Cambios evolutivos

4.2.2.1. Aspectos físicos.

4.2.2.1.1. *Transición de la niñez a la adolescencia.*

Existe una marcada diferencia en el inicio de la pubertad entre niños y niñas, el cuerpo cambia y deja de ser el cuerpo de un niño o niña. En estos años podrán observarse pequeños cambios corporales, en un principio serán cambios muy sutiles: crecimiento de vello corporal o facial, en un principio será apenas una pelusilla, aumento de estatura, aumento de peso, crecimiento de las mamas, etc (Iglesias, 2013).

La pubertad comprende una secuencia de varias etapas, que cambian los sistemas corporales, musculares, esqueléticos y reproductivos, entre otros cambios encontraremos los de la forma del cuerpo, pubarquía y la pubertad (American Academy of Pediatrics, 2014).

4.2.2.2. Aspectos psicosociales.

Los cambios físicos que se producen en la pubertad no solo se reflejan a través del aspecto físico, sino que también conlleva cambios en la esfera psico-social, según nos indica Iglesias (2013) “comprende cuatro aspectos: a) la lucha dependencia-independencia: se caracteriza por la búsqueda de autonomía, J. Bowlby (1979) marca un eje central en las primeras experiencias relacionales ya que comenta que persistirían a lo largo de la vida, convirtiéndose tanto en un factor protector (si el ambiente es seguro, estable), como en uno de riesgo (entorno poco favorable); b) la importancia de la imagen corporal: existe un

incremento a nivel de conciencia corporal considerándose así una aventura hacia algo inesperado y nuevo, en algunos individuos se generará rechazo por determinado tiempo a su cuerpo y se ve un crecimiento del interés sexual (McConville, 2009) c) la relación con sus pares, permite el desarrollo de aptitudes sociales que son esenciales para el crecimiento emocional y sentimiento de pertenencia; y, d) el desarrollo de la propia identidad” Erik Erikson (1972), recalca como parte de la adolescencia, la búsqueda de la identidad, del ente en relación al YO, ya que desde los 12 años hasta los 20, se empieza a crear un sentimiento de continuidad, un sentido de seguridad, organización de su tiempo y de su espacio, diversos aprendizajes entre ellos sobre la vida, resolución de conflictos y lo que abarca a la índole sexual.

4.2.2.3. Aspectos cognitivos.

4.2.2.3.1. Aspectos de la maduración cognitiva.

En la etapa de la adolescencia empieza a generarse una nueva apreciación con respecto a su cuerpo, en donde se ven diferentes de los niños menores; también piensan y hablan en forma diferente. Su velocidad de procesamiento de información continúa en aumento. Sin embargo, en algunos aspectos el pensamiento continúa siendo inmaduro, muchos adolescentes tienen la capacidad de razonamiento abstracto y de sofisticados juicios morales; asimismo, la forma de planificar el futuro, pasa a ser más realista (Papalia, Wendkos y Duskin, 2009).

4.2.2.3.2. Elkind: Características inmaduras del pensamiento adolescente.

Podemos apreciar el cambio significativo en el procesamiento de ideas del niño al adolescente, sin embargo, por una parte, aún es apreciable un pensamiento extrañamente inmaduro, manifestado a la par por conductas impulsivas al tomar decisiones, a menudo son groseros con las personas mayores y procuran una actitud de que el mundo gira entorno a ellos. Ante tales premisas el psicólogo David Elkind (1984, 1998 se citó en

Papila, Wendkos y Duskin 2009), nos manifiesta que tales comportamientos nacen de intentos inexpertos del adolescente por el uso de las operaciones formales.

Elkind (1984,1998 se citó en Papila, Wendkos y Duskin 2009), propone una metáfora interesante ante tales eventos, utilizando el ejemplo de un lactante al aprender nuevas cosas y sus actos fallidos ante los mismos, asociando así a las conductas y pensamiento de inmadurez del adolescente, representando a este último en algunas características como:

- Idealismo y tendencia a la crítica, cada individuo crea una realidad alternativa de su mundo ideal, tal perspectiva se derrumba ante la inminente realidad, que pone obstáculos frente a ellos, en busca de respuestas, achacan la culpa a sus progenitores por la falta de consistencia entre su creencia y el mundo, notando en los padres ciertas falencias y errores por otro lado, la cultura es esencial para su interacción social, por lo que su medio de entretenimiento nace de las tendencias de su medio, creando una conciencia social (Eccles, 2003).
- Tendencia a discutir, a menudo, los adolescentes usan la discusión como un modo de practicar nuevas habilidades para explorar los matices de un tema y presentar un caso desde otros puntos de vista. Si los padres animan a sus hijos a participar en debates acerca de sus principios, mientras evitan llevar la discusión a título personal, pueden ayudar a sus hijos en su desarrollo sin crear riñas familiares (Muñoz, 2018).

Existe cierta complejidad en las decisiones de vida, que con el tiempo y algunas experiencias disminuye, sin embargo, en este periodo de tiempo, generará gran conflicto, ya que, pese a tener las alternativas para resolverlos, suelen tener dificultad al decidir, pueden llegar a ser situaciones de muy poca relevancia como por ejemplo “el que usarán para salir”, o un permiso para una salida, generando en algunos casos hasta un caos en el procesamiento de pensamientos (Elkind se citó en Dorado 2019).

- Aparente hipocresía, a menudo, los adolescentes no reconocen la diferencia entre expresar un ideal y buscarlo. Así, pueden usar la violencia en una marcha a favor de la paz, o protestar contra la polución mientras arrojan basura a la calle. Aún deben aprender que los valores no basta con pensarlos sino que deben vivirse para lograr un cambio (Muñoz, 2018).

Durante la adolescencia se ponen en marcha un conjunto de cambios que afectan decisivamente a la capacidad de pensamiento y de razonamiento de los individuos. La adquisición de esta nueva forma de pensar (más abstracto, complejo, lógico y sistemático) capacita al individuo para afrontar en mejores condiciones las tareas evolutivas de la transición hacia la edad adulta. Su adquisición está condicionada a la experiencia de procesos educativos que faciliten su desarrollo, a través de la instrucción de contenidos y propuestas didácticas que favorezcan aprendizajes significativos desde esta perspectiva (Serrano, 1990 citado en Sarmiento 2010).

4.2.2.4. Cambio estructural.

Estos cambios implican un incremento en su capacidad para procesar información y a la par el aumento de conocimientos en la memoria a largo plazo, otro tipo de memorias como la de trabajo se incrementa durante la adolescencia a la par con la memoria de trabajo que permitirá una mayor facilidad para resolver conflictos, usando la información almacenada de conflictos o situaciones pasadas (Orozco, 2016).

La memoria a largo plazo puede ser procedimental, declarativa o conceptual.

- Procedimental: esta se centra en aquellas habilidades que se han adquirido a lo largo de la vida, como caminar, cocina, manejar bicicleta, etc.
- Declarativo: Son aquellos hechos que consiguió una persona, como por ejemplo saber fechas determinadas, como saber sumar.

- Conceptual: el conocimiento del “porqué”, el ¿Por qué una ecuación algebraica sigue siendo verdadera si se suma o resta la misma cantidad de ambos lados? (Orozco, 2016).

4.2.2.5. Cambio funcional.

Kuhn (2006), menciona que dentro de los cambios funcionales más relevantes está el incremento de la velocidad de procesamiento, siendo así que los procesos que involucran a la cognición, son el de obtener, manejar y retener la información.

4.2.3. Factores de riesgo y protección en la adolescencia

Los factores de riesgo se refieren a cualquier característica o situación que generen un aumento en la posibilidad de padecer o desarrollar alguna enfermedad. Entre los más frecuentes encontramos, biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos que al sumarse unos a otros, aumentaría la probabilidad de daño (Pita, Vila, & Carpena, 2002).

Muchos valores que hoy se entrelazan y cultivan en forma cada vez más intensa y hasta obsesiva en muchos de nuestros adolescentes, crean una particular “cultura del riesgo”, tal como la denomina Donas Burak (2001). El cultivo del cuerpo de “película”, que incluirían dietas repetidas y ejercicios violentos inadecuados para sus edades y que conducen a trastornos serios como la anorexia y bulimia; lesiones traumáticas de origen deportivo; relaciones sexuales sin ningún tipo de protección que llevan al embarazo temprano, enfermedades de transmisión sexual, consumo de sustancias lícitas e ilícitas, con sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo. De por sí, se encuentran varios factores en el universo adolescente que estarían disparando ciertas conductas de riesgo e influenciando, en parte, en algunas de las patologías más frecuentes de esta edad, entre ellas dificultades en el ámbito familiar, separación de padres, dificultades económicas, maltrato, negligencia, consumo de sustancias por parte de algún familiar, enfermedades terminales, prisión de los

progenitores, problemas psicológicos o psiquiátricos que no han sido atendidos, problemas sociales, entre otros (Pasqualine y Llorens, 2010).

Son factores protectores de acuerdo con Páramo (2011), circunstancias que favorecen el desarrollo humano, el mantenimiento o la recuperación de la salud y que pueden contrarrestar los posibles efectos de los factores de riesgo, entre ellos encontramos, buena unión familiar, buen autoconcepto y autoestima, acceso a lugares de participación, talleres, cursos, promoción para la prevención del embarazo e infecciones de transmisión sexual., acceso a servicios básicos, alimento, ropa, educación, prevención en el consumo de sustancias psicoactivas, red de apoyo ante temáticas de abuso (Pasqualine y Llorens, 2010).

4.3. Depresión en adolescentes.

La adolescencia se enmarca como un ciclo vital estresante que implica cambios y que como tal conlleva a alteraciones del estado de ánimo, siendo así que el adolescente recurre a todos aquellos aprendizajes adquiridos a lo largo de su vida para lidiar con tales situaciones Olsson y Cols (1999), nos muestran la relación que existe entre eventos vitales estresantes con la sintomatología depresiva (Windle, 1992; Sheeber y cols., 2007), respaldaría tales datos al incluir el hecho de que los adolescentes presentan un mayor número de eventos vitales estresantes a lo largo de su vida, ya que en sus estudios los síntomas mostraban remisión en periodos breves de tiempo, tales situaciones estresantes se relacionaban más con la vida cotidiana y su ambiente social (pares), mientras que los casos con sintomatología más prolongada presentaban situaciones estresantes en su ambiente familiar, debido a conflictos familiares, a uno de los cuidadores ausente, falta de trabajo o enfermedades graves de los padres o traslados de domicilio.

Es así que se pretende enfocar desde aquellos eventos vitales estresantes, presentes en cada ser humano, más los factores de riesgo y la baja capacidad de resolución de conflictos

lo cual generaría tales alteraciones del estado de ánimo, que al pasar desapercibidas desembocarían en conflictos más severos Olsson y Cols (1999).

4.3.1. Definición de depresión

La depresión presente en adolescentes representa un problema de salud mental grave, que provoca entre algunos de sus síntomas, un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. Siendo así que afectaría la manera en que el adolescente piensa, siente y se comporta, a la vez dando paso a posibles problemas emocionales, funcionales y físicos, que terminarían afectando sus esferas de vida de manera significativa (Margaret Mahler, 1990).

Aunque la depresión puede ocurrir en cualquier momento de la vida, los síntomas pueden diferir en cualquier etapa de la vida, así como lo explica (Margaret Mahler, 1990) quien propone que durante la etapa de separación individuación, que se da entre el primer y tercer año de edad, hay cambios en la psicodinámica del niño y se presenta un quiebre en las creencias de su omnipotencia, lo que produciría una reacción depresiva; si bien considera esta respuesta como “normal”, el niño comienza a experimentar de forma más clara los obstáculos que encuentra en su camino y las propias limitaciones, es así que recalca la importancia de la intensidad y la duración de esta respuesta depresiva durante este periodo, que en algunos casos daría paso a una tendencia a la depresión como proceso psicopatológico, también recalca la importancia de la presencia del cuidador principal durante este periodo, debido a que la compañía serviría de soporte para adquirir mecanismo de afrontamiento adecuados.

Algunas de las características que se denotan en un adolescente con indicadores depresivos pueden incluir: resistencia a compartir de manera abierta sus dificultades, mostrarse aburridos, inquietud, incapacidad de estar a solas o bien en continua búsqueda de nuevas actividades aunque también se ocultaría a través de conductas como la

drogadicción, promiscuidad, actos delictivos, entre otros (Rosillo, 2005), por lo tanto si los signos y síntomas aumentan en frecuencia e intensidad llegaría a interferir en la vida del adolescente en donde pasaría de ser un evento vital estresante a ser un desorden de tipo patológico como se aborda en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en donde identifica a la depresión como un trastorno del estado de ánimo en el que predomina el humor disfórico, con presencia de síntomas físicos, afectivos y emocionales como insomnio, falta de concentración, irritabilidad y pérdida de interés o insatisfacción en todas o en casi todas las actividades (5th ed.; DSM-5).

Otro factor que contribuiría a la depresión en adolescentes implicaría el grado de estrés, producto de sucesos vitales, que se relacionan con la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes, según un estudio sobre la depresión en adolescentes (López, González, Andrade y Oudhof, 2012), relata que entre algunos de los sucesos vitales, se menciona, los problemas, como la presión de sus compañeros, las expectativas académicas y la conciencia corporal que cambia y que pueden ocasionar muchos altibajos en los adolescentes, este estudio encontró una asociación entre los síntomas de depresión y los sucesos vitales estresantes, específicamente de tipo familiar, se pone énfasis también al cúmulo de sucesos estresantes lo cual representaría un mayor riesgo para el ajuste emocional que un único evento aislado

4.3.1.1. Acontecimientos vitales.

Se puede definir un acontecimiento vital como un fenómeno económico, social, psicológico o familiar, brusco que produce desadaptación social o distrés psicológico, la enfermedad sería el resultado del fracaso del individuo en la adaptación al estrés (Suarez, 2010).

Por lo que tales acontecimientos son factores importantes sobre todo en la infancia y la adolescencia, ya que sobre tales se constituiría la propia identidad, el desarrollo de

mecanismos de defensa, estrategias de afrontamiento y las habilidades sociales necesarias para su evolución (Betina, 2011).

Ferreira (2013), nos aporta que estas experiencias pueden ser positivas o negativas, estresantes o placenteras, pueden o no afectarnos, y ésta es la clave para valorar si el cambio o el reajuste que requieren conllevan o no alteraciones psicológicas. Ambos autores nos brinda información relevante sobre las características de los eventos vitales y más aún de la importancia como eje central para poner en ejecución los recursos personales para afrontar estas situaciones y que como bien se menciona si no es abordado de una manera adecuada establecerá dificultades a nivel anímico que si bien al momento de llegar a consulta con un profesional suele también presentarse con una sintomatología ya no sólo psíquica sino también somática, como lo menciona (Suárez, 2010), de problemas personales o de relación, desencadenada por situaciones psicosociales como conflictos en la familia, el trabajo, la escuela, con los vecinos, deudas, fallecimientos, enfermedades graves y otros relacionados con su entorno.

En este sentido, es importante aclarar que todos los acontecimientos vitales inevitablemente generan estrés, pues todo aquello que exige adaptación por parte del individuo implica ciertos niveles de alteraciones. Es por ello que puede resultar sorprendente a primera vista que acontecimientos vitales como casarse, ascender en el trabajo o recibir un premio, generen tanto estrés como divorciarse, ser sancionado o despedido del trabajo, siendo estos últimos claramente acontecimientos vitales negativos (Mardomingo, 2008).

4.3.1.1.1. *Clasificación de los acontecimientos vitales estresantes.*

Los Eventos Vitales Estresantes como se ha mencionado se tratan de circunstancias que ocurren durante el ciclo de vida de la persona que pueden alterar su estado físico o mental; a lo largo de los años diferentes personajes les han clasificado de varias formas:

Según Finlay Jones – Brown; Goodyer, Kolvin, y Gatzanis; Johnson; Larson y Ham (como se citó en Ferreira 2013), los clasifica como eventos vitales positivos y eventos vitales negativos, entendiendo que su percepción depende de la interrelación de los factores personales del sujeto (edad, sexo, temperamento, etc.) y los factores del entorno (familiares, escolares, de apoyo social, etc.)

Una clasificación según indica Héller (Suarez, 2010) los define en tres grupos:

- 1) Dependientes del Ambiente Físico: Desastres
- 2) Dependientes de la estructura social: cambios en las condiciones económicas y laborales.
- 3) Derivados de Acontecimientos Conflictivos: Originados en el ámbito de las relaciones interpersonales o familiares.

Diversos son los acontecimientos vitales que están presentes dentro de las etapas del ser humano, por lo que una capacidad resolutive adecuada permitirá solventar aquellas más complejas, pero cabe destacar que de no poseer tales recursos, las posibilidades crecen ante inminentes estados depresivos (Margaret Mahler, 1990).

4.3.2. Características de la depresión

La depresión tiene niveles que se diagnostican por su frecuencia e intensidad ya que puede variar de una persona a otra, por lo tanto es necesario conocer sus características más importantes, entre ellas:

Desánimo, menosprecio, tristeza, futuro desesperanzador, pérdida de interés por las actividades con las que antes se disfrutaba, la mayoría de los días durante las últimas semanas, entre otros síntomas frecuentes encontramos la impulsividad, irritabilidad, ansiedad, sentimiento de tristeza, anhedonia, abulia, alteraciones en los hábitos de sueño y alimentación, pensamientos negativos, ideación suicida, entre otros.

Se puede asociar a la depresión ciertas molestias de tipo físicas como por ejemplo dolores en el cuerpo, dolor de cabeza (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

4.3.3. Tipos de depresión

La tristeza se manifiesta en las personas como un estado emocional que nace a partir de un evento o situación que normalmente se prefiere no ocurra y es poco favorable para nuestra vida, es así que la depresión se caracteriza por ser un trastorno del estado de ánimo que incluiría una tristeza profunda y pérdida de interés general por las cosas de forma mantenida. Además, suele asociarse a otros síntomas psicológicos, físicos y del comportamiento (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

Algunas personas tienen solamente unos pocos síntomas que afectan a su vida cotidiana de forma parcial o la limitan sólo en algún aspecto específico. Esta es la denominada depresión leve. Otras personas pueden tener muchos más síntomas que llegan a causar un deterioro o incapacidad generalizada; en este caso, la depresión se califica como moderada o grave (Guías de práctica clínica en el SNS, 2014).

4.3.4. La depresión y su relación con el suicidio

Cuando se habla de depresión, en más de una ocasión se piensa, casi automáticamente, en la peor de sus complicaciones, el suicidio, ya que quienes padecieron depresión desde edades tempranas, tuvieron el 50% más probabilidades de haber intentado suicidarse. Resulta importante hacer énfasis en entender las diferencias en las tasas de depresión por sexo, en el sentido biológico y del género en donde estas últimas incluiría más bien las conductas, actitudes, emociones, conocimientos y valores socialmente definidos y, en ese sentido, a los estereotipos que definen la masculinidad y la femineidad (Hospital Infantil de México Federico Gómez, 2015).

Un aspecto importante a indagar, quizás el que provoca más angustia, es la presencia de ideas de muerte y suicidio, por ello hay que distinguir si se trata solamente de una ideación

latente o bien de una ideación suicida franca, es decir, si la persona quiere o está pensando hacer algo para matarse. Así mismo, es importante saber si tiene planes concretos, porque en ese caso se debe indicar hospitalización de urgencia (Zarragoita, 2011).

En reiteradas ocasiones se puede evidenciar situaciones como amenazas o acciones como gestos suicidas que generalmente son subestimadas o hasta ignoradas por las personas a quienes se pretende hacer llegar el mensaje del desconsuelo que se está padeciendo, sin que estas personas tengan en cuenta que tales circunstancias son los llamados de atención más frecuentes de la comunicación suicida (Pérez, 2007), por lo que la ideación suicida o intento autolítico, obliga a los cuidadores principales o familiares a buscar apoyo de manera inmediata, haciendo uso de los servicios de psiquiatría de urgencia, donde se hará uso de los mecanismo que crea necesario el especialista, entre ellos un fármaco sedante para tranquilizar al paciente. Posteriormente se deberá iniciar un tratamiento antidepresivo (Zarragoita, 2011).

La incapacidad para ver un futuro esperanzador, es también un factor de riesgo relacionado tradicionalmente con la conducta suicida y se emplea frecuentemente en la práctica clínica por su utilidad y fácil detección, entre otras variables como: dificultades comunicacionales (deficiencia en la identificación y expresión de los sentimientos, dificultad para conseguir y solicitar ayuda y apoyo) y fracaso en la planificación e incapacidad para hacer frente a situaciones de estrés) han sido relacionadas con la conducta suicida en adolescentes (Mullen, 1998).

El trastorno depresivo mayor es el más relacionado con el suicidio. La depresión mayor puede aumentar 20 veces el riesgo de suicidio; el trastorno bipolar, 15, y la distimia, 12. El riesgo es especialmente mayor al comienzo o al final del episodio depresivo, ya que en la fase de estado, la abulia y la inhibición bloquean el paso a la acción es así que la muerte por suicidio es cuatro veces más frecuente en los hombres que en las mujeres, aunque estas

tienden a hacer más intentos de suicidio que los hombres, los trabajos clásicos plantean que hasta el 15 % de los que presentan un trastorno depresivo mayor, se suicida (Zarragoita, 2011).

Por otro lado, el detectar la depresión tempranamente en un niño o adolescente e instaurar rápidamente el tratamiento adecuado puede prevenir múltiples trastornos mayores, desde fracaso escolar, fugas del hogar, accidentes o suicidios, entre otros (Mullen, 1998).

4.4. Plan de intervención psicológico

4.4.1. Perfil básico de la psicoterapia breve intensiva

Bellak (1986), propone un perfil básico que sirve como una guía para la formulación de cada sesión en donde sugiere un aproximado de cinco sesiones con los pacientes, con una duración de aproximadamente 50 minutos, la elaboración de la anamnesis completa, la consideraciones teóricas sociales, étnicas, económicas y de sistemas permiten determinar el estilo de comunicación que debe tenerse en mente así como las áreas, métodos y secuencia, en donde la primera área a tratar sería la agresión así como en otros pacientes puede ser un sentimiento de omnipotencia, los cuales se busca detener.

4.4.2. La sesión inicial

Según Bellak (1986), indica que la primera sesión es lo más importante, ya que desde la primera impresión se obtiene información crucial, desde su expresión facial a su expresión general y estilo, denominándolo como el síntoma principal para determinar la evolución del síntoma principal se procura la elaboración de la anamnesis mediante el uso de una entrevista muy bien conceptualizada y estructurada, se indaga antecedentes procurando los denominadores comunes entre el inicio del síntoma y situaciones anteriores a su vida, a continuación se trata de identificar los síntomas secundarios ya que es importante explorar áreas que pueden causar problemas al paciente y posiblemente tener alguna relación, al

indagar los antecedentes personales se figura identificar situaciones, personas o vivencias significativas en la vida del paciente.

4.4.2.1. Tres factores en la relación terapéutica.

Bellak (1986), propone tres factores en la relación terapéutica entre los cuales menciona:

- La transferencia procura centrar su atención en el paciente ya que iniciadas una vez las sesiones se busca identificar cuan involucrado en la terapia está en el paciente por medio de verbalizaciones, expresiones, sueños o conductas.
- La alianza terapéutica consiste en abreviar ideas básicas para una comprensión respecto a la conducta y su continuidad entre la infancia y la edad adulta , entre conducta normal y patológica y la adquisición de dinámicas y estructura mediante la apercepción, distorsiones aperceptivas y el papel de la identificación.
- Al hablar de la relación terapéutica, se sienta las bases del contrato terapéutico, se habla al paciente que se espera alcanzar al abordar y resolver problemas en cinco sesiones, se procura ser claro es caso de realizar redirección del paciente en caso de que lo amerite.

4.4.3. Segunda a cuarta sesión de la psicoterapia breve intensiva.

4.4.3.1. Segunda sesión.

Se explora sobre las bases para escoger las áreas y métodos de intervención, se indaga respecto a la semana de intervención y cualquier posible síntoma que se haya presentado durante esta, se pregunta respecto si soñó luego de la primera sesión, es de vital importancia la secuencia entre sesiones ya que incrementa la función sintético.integrativa del yo respecto a la alianza terapéutica, esta sesión es un intento por formular hipótesis más adecuadas de manera progresiva y establecer continuidad para el paciente y el terapeuta (Bellak, 1986).

4.4.3.2. Tercera sesión.

En esta sesión se busca trabajar de manera especial sobre lo que se ha aprendido, además de las posibles causas, se hace referencia a una “separación inminente”, de tal manera que se aclara al paciente, haciendo referencia a que se le explica al paciente que en una próxima ocasión se puede sentir peor y esto se debería por el miedo a la separación y al abandono, si esta sesión es diádica debe usarse para anticipar la terminación y trabajar con los problemas de la separación (Bellak, 1986).

4.4.3.3. Cuarta sesión.

Se mantiene la continuidad entre sesiones, se busca lograr un mayor entendimiento sobre los problemas del paciente, agregando “insights”, e interviniendo de alguna otra manera necesaria. Se procura indagar respecto a la información que ha captado, se pretende terminar con una transferencia positiva, la cual se caracteriza por crear un ambiente mucho más neutro, en donde se platicará de temas ambiguos para de esa forma según propone (Bellak, 1986), tratar de indicar que considera al paciente, como un igual.

4.4.4. Diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión.

Bellak (1986), propone en el Manual de Psicoterapia Breve, que la depresión se considera el síntoma principal en más de la mitad de las personas que van a clínicas de consulta externa, por lo que toma como base algunas características que se presentan en la mayoría de estos pacientes con depresión, siendo así que trabaja con diez factores específicos:

- Los problemas con la regulación de la autoestima se deben tratar, explorando sus antecedentes en relación con su autoestima con el objetivo de relacionar con los síntomas actuales, se indaga a su vez daños recientes a su autoestima y se examina a detalle la naturaleza de los ideales del yo.

- Súper Yo severo, deberá ser tratado a través de una exploración de la formación del superyó, encontrando denominadores comunes entre el pasado y el presente y haciendo uso de catarsis mediata.
- La Intra-agresión, debe manejarse consiguiendo que el paciente conciba la idea de que quien generó agresión en primera instancia y en la actualidad, son los causantes de generar distorsiones, haciendo que el paciente pueda entender que la agresión también puede estar dirigida contra las autorrepresentaciones.
- Sentimiento de pérdida, debe trabajarse examinando pérdidas recientes, se analiza la naturaleza general de las relaciones objetales y demandas excesivas.
- Sentimientos de desilusión, se relaciona a las desilusiones que puede producirse por eventos como pérdidas por muerte, una situación sentimental, por falta de interés, en este parámetro se abordará el enojo contra el objeto de amor desilusionante.
- Sentimientos de decepción, que se deben trabajar a partir de examinar eventos tempranos de decepción y rasgos paranoides debido a que los engaños previos por diversas situaciones genera dificultad en las nuevas relaciones
- Oralidad y hambre de estímulo, que se busca abordar y tratar a partir de examinar situaciones en donde existió poca demanda de estímulos afectivos, necesidades básicas u otras necesidades que el individuo interpretó como necesarias.
- Narcisismo, en donde se analiza los intentos del paciente por regular la entrada de estímulos de todas clases ya que la personalidad depresiva genera estados alterados del ánimo con cierta facilidad cuando no hay una adecuada autoestima, es vital enfocarse en la educación y planeación de la vida del paciente, en donde el usuario debe aprender a identificar los signos de desilusión, sentimiento de vacío y guardarse del abandono luego de vivencias muy gratificantes.

- Negación, se examina situaciones previas de negación y si fueron seguidas por depresiones permitiendo un ambiente generador de catarsis mediata y directa, es importante ayudar al paciente a expresar su enfado hacia la persona causante de su depresión.
- Relaciones objetales, se analiza las relaciones entorno al paciente que usualmente son de naturaleza anaclítica con un aditamiento oral, con frecuencia se le debe recordar al paciente que las situaciones que vendrán pueden ser desilusionadoras, esto con la finalidad de que el paciente no suspenda el tratamiento, se alienta a que el paciente trabaje con la separación y desilusión que pueden presentarse y amenazar los objetivos terapéuticos.

Es importante localizar la presencia y grado de estos factores y buscar los denominadores comunes entre la situación precipitante y las circunstancias históricas, al culminar las sesiones se pretende realizarlo con una nota transferencial positiva.

Después de escuchar la historia detallada, es necesario formular un plan general de tratamiento en términos de la dinámica y estructura particular de los sujetos para planear el métodos de intervención adecuados para el/los clientes.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Investigación

Para el desarrollo del presente estudio se utilizó una investigación de tipo correlacional, la cual demuestra la relación entre las variables, indicadores depresivos (dependiente) y el Plan de Intervención Psicológico basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones (independiente), y de corte longitudinal, con lo se puede observar los cambios a través del tiempo entre las variables.

Diseño de la investigación

La presente investigación tendrá un diseño experimental que permitirá observar durante el proceso los cambios que produce el Plan de Intervención con los adolescentes que presentaron indicadores de depresión moderada.

Universo y muestra

El universo estuvo conformado por 213 estudiantes que cursaban el primer y segundo curso de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís de la ciudad de Loja, luego de aplicado el Inventario de depresión de Beck se obtuvo una muestra de 17 estudiantes con indicadores de depresión moderada, de los cuales 2 desertaron debido a la falta de autorización de los padres, quedando así 15 estudiantes con los cuales se trabajó el Plan de Intervención.

Criterios de inclusión

- Adolescentes que estén cursando el primero y segundo de bachillerato de la Unidad Fiscomisional San Francisco de Asís
- Presentar indicadores depresivos moderados
- Disposición a colaborar con la investigación.

Criterios de exclusión

- Adolescente con diagnóstico psiquiátrico.

- Presentar discapacidad severa
- Ausencia de disposición para colaborar con el estudio

Lugar de investigación

La investigación se desarrolló en la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís de la ciudad de Loja, ubicado en la calle Imbabura 13-46 entre Bernardo Valdivieso y Bolívar, de la parroquia Sucre en donde se ofrece un nivel educativo de inicial, educación básica y bachillerato, el tipo de la Unidad Educativa es fiscal.

Técnicas e instrumentos

Para el desarrollo de las actividades en primera instancia se usó el Inventario de depresión de Beck, el cuál es un auto informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más, para delimitar la muestra con la que se trabajó, posterior a ello con cada adolescente se procedió a recolectar la información por medio de la Historia Clínica Psicológica la cual se compone de anamnesis, exploración física, psicopatológica y complementaria, orientación diagnóstica, orientación pronóstico, tratamiento y evolución, continuando así con la aplicación de la Terapia Breve Centrada en Soluciones el cual es un enfoque psicoterapéutico en donde sus premisas parten de la objetividad de plantear soluciones enfocadas en aspectos del ser humano que generen o generaron malestar, en donde luego de su aplicación, se realizó un post test mediante el Inventario de depresión Beck.

Instrumentos.

Historia Clínica Psicológica.

Es un registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Contiene desde la anamnesis, es decir, el interrogatorio sistemático efectuado al paciente desde que se inició su asistencia, hasta los informes de las exploraciones complementarias realizadas por el psicólogo o por los servicios más sofisticados del

hospital. Para Guzmán y Arias (2012), la historia clínica se compone de: anamnesis, exploración física, psicopatológica y complementaria, orientación diagnóstica, orientación pronóstico, tratamiento, evolución y comentarios.

Inventario de Depresión de Beck.

El BDI es un auto informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

El BDI-II. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo.

Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la

que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Técnicas.

Terapia breve centrada en soluciones.

Es un modelo terapéutico desarrollado por el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Estados Unidos, bajo la dirección de Steve de Shazer e Insoo Kim Berg. Es un modelo adscrito al movimiento sistémico (García, 2013), la Terapia Sistémica pone su acento en la organización del sistema, las formas de interactuar que tienen los integrantes de una pareja o familia, promoviendo el cambio estructural que necesita para dejar de ser disfuncional (Del Rio, s.f.).

(Rhodes y Ajmal, 1995) proponen algunas generalidades y puntos específicos como:

- Un énfasis en el pasado y en detalles concretos del problema, no son siempre necesarios para el desarrollo de soluciones.
- Siempre existen excepciones al problema, es decir, momentos en los que el problema no lo es tanto o está ausente.
- El paciente tiene recursos, por lo que es importante saberlos identificar durante la consulta.
- Cambios pequeños pueden llevar a cambios más generalizados.
- El paciente tiene diversas formas de cooperar con el tratamiento.
- La centralización de las metas, si la meta del paciente es ignorada, entonces el tratamiento es muy probable que no sea efectivo.

Procedimiento

Para proceder con el Plan de Intervención Psicológico basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones se requiere de los siguientes pasos a seguir:

- Permiso dirigido a las autoridades tanto de la Universidad Nacional de Loja como de la Unidad Educativa, para aplicar el Inventario de depresión de Beck a los/las estudiantes de primero y segundo de Bachillerato de la Institución.
- Se informó a los estudiantes sobre el procedimiento para la aplicación del Inventario de Beck, posterior se hizo firmar el acta de consentimiento informado a los/las estudiantes.
- Se aplicó el Inventario de depresión del Beck a todos los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís, los cuales representaron un universo de 213 estudiantes,
- Se elaboró la tabla estadística con los resultados que se obtuvo de la aplicación del Inventario de depresión Beck, se ingresó los datos al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), en donde se determinó el porcentaje de adolescentes con altibajos que son considerados normales (56,3%), leve perturbación del estado de ánimo (21,1%), estado de depresión intermitentes (8,9%), depresión moderada, depresión grave (5,2%) y depresión extrema (0,5%), en donde se delimitó una muestra de 17 estudiantes, sin embargo dos de ellos desertaron del Plan de Intervención debido a la falta de consentimiento informado de parte de los padres o representantes, por lo que la muestra estuvo conformada de 15 estudiantes.
- Se emitió un informe con los resultados correspondientes a la Institución con el objetivo de pedir a las autoridades mediante oficio, el continuar con la aplicación del Plan de Intervención basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones.
- Se puso en contacto con los padres de familia o representantes de los/las adolescentes con indicadores de depresión moderada y se obtuvo el consentimiento informado y se

procedió con la recolección de información para la elaboración de la Historia Clínica Psicológica ya que, en el manual del Inventario de Beck, en su uso clínico manifiesta que el test se desarrolló como indicador de la presencia y el grado de los síntomas depresivos que coinciden con los del DSM-IV, y no como un instrumento para especificar un diagnóstico clínico, siendo así necesaria la recolección de información, dicho proceso se desarrolló a lo largo de siete semanas.

- Posterior a la recolección de información se procedió a lo largo de cuatro sesiones con una duración de dos horas cada una, durante un mes y se ejecutó el Plan de Intervención Psicológico basada en la Terapia Breve Centrada en Soluciones.
- Concluidas las sesiones se llevó a cabo un post-test con los/las adolescentes que participaron del Plan de Intervención, se ingresó los datos al Sistema SPSS, lo cual nos permitió identificar que existe disminución en los indicadores depresivos, siendo que del total de la muestra de estudiantes que coincidían con depresión moderada; disminuyó al 73,3% a altibajos que son considerados normales; el 6,7% a leve perturbación del estado de ánimo y el 20% a estado de depresión intermitentes.
- Se elaboró los cuadros estadísticos con los resultados obtenidos del pre – test y pos test haciendo uso de la prueba estadística T – student, la misma que nos permitió comparar y determinar que existe una disminución en los indicadores depresivos.
- Al finalizar las sesiones con los/las adolescentes se llevó a cabo una sesión con los profesores y los padres de familia de los estudiantes, debido a que el modelo sistémico ve a estas estructuras como fundamentales para cumplir con la finalidad del cambio y afianza los resultados de cada sesión con los adolescentes.

Análisis de datos

Proceso de análisis de datos.

El análisis e interpretación de los datos obtenidos a través del Inventario de Depresión de Beck, fueron ingresados al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), mediante el cual se tabuló y se obtuvieron los datos correspondientes a cada objetivo; al final del estudio se hizo uso del programa SPSS y la prueba estadística T - student que sirve para la medición de muestras relacionadas.

6. RESULTADOS

Objetivo 1

Identificar a los/las adolescentes que presenten indicadores depresivos moderados dentro del primero y segundo de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís mediante el uso del Inventario de depresión de Beck.

Tabla Nro. 1.

Adolescentes con indicadores depresivos moderados de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís.

NIVEL DE DEPRESIÓN	f	%
Estos altibajos son considerados normales	120	56,3
Leve perturbación del estado de animo	45	21,1
Estados de depresión intermitentes	19	8,9
Depresión moderada	17	8,0
Depresión grave	11	5,2
Depresión extrema	1	,5
Total	213	100,0

Fuente: Inventario de Depresión de Beck

Autor: Jéssica Gabriela Mendoza Morocho

Análisis e interpretación:

Mediante la tabla presentada se puede evidenciar que existe un total de 120 adolescentes con Altibajos que son considerados normales, 45 adolescentes con leve perturbación del estado de ánimo, 19 adolescentes con estados de depresión intermitentes, 17 adolescentes con Indicadores de Depresión Moderada, 11 adolescentes con Indicadores de Depresión Grave, 1 adolescente con Indicadores de Depresión Extrema.

Objetivo 2

Diseñar y ejecutar un plan terapéutico tomando como base la Terapia Breve Centrada en Soluciones con los estudiantes que presentaron indicadores de depresión moderada.

Etapas del plan de intervención psicológico

Fase de investigación

- Aplicación del inventario de depresión de Beck a los/las estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la Unidad Educativa San Francisco de Asís.
- Identificar a los/las adolescentes con indicadores depresivos moderados, según el manual del BDI, se debe tomar en cuenta que el inventario sirve para reflejar el grado de depresión, pero no diagnosticarla por lo cual se debe indagar a profundidad mediante el uso de la Historia Clínica Psicológica con los adolescentes con indicadores depresivos moderados.

Fase de planificación

Terapia Breve Centrada en Soluciones, es un modelo adscrito al movimiento sistémico (García, 2013), la terapia sistémica pone su acento en la organización del sistema, las formas de interactuar que tienen los integrantes de una pareja o familia, promoviendo el cambio estructural que necesita para dejar de ser disfuncional (Del Rio, s.f.).

La terapia breve centrada en soluciones es un modelo que se centra en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o los problemas presentados (Guerra P, 2018) siendo así que se propone llevar a cabo el Plan de Intervención basado en la Terapia Breve Centrada en soluciones con un grupo de 15 adolescentes, los cuales presentan indicadores depresivos, por lo tanto, los puntos que se establecen en la planificación son los siguientes:

1. Formulación etiopatogénica.

a. Factores predisponentes.

*Personales**Factores biológicos*

Vulnerabilidad genética

Complicaciones preperinatales

Enfermedades o lesiones tempranas

Factores psicológicos

Inteligencia baja

Temperamento difícil

Baja autoestima

Locus de control externo

*Contextuales**Factores paternofiliales tempranos*

Dificultades en el vínculo

Falta de estimulación intelectual

Estilo educativo autoritario

Estilo educativo permisivo

Cuidado negligente

b. Factores precipitantes.

Los acontecimientos vitales estresantes, a menudo preceden a un suicidio y/o intento suicidio. Es poco frecuente que sean causa suficiente en el suicidio, de modo que su importancia radica en que actuarían como precipitante en jóvenes con vulnerabilidad por su condición psiquiátrica

Crisis con los padres

Factores psicológicos/personales

Conflictos familiares

Problemas con el grupo de pares o iguales

Dificultades escolares

De todas formas, estos factores precipitantes podrían cambiar con la edad; así, en niños preadolescentes las malas relaciones familiares son un factor precipitante común, y en adolescentes los conflictos con el grupo de iguales.

c. Factores de mantenimiento.

Dados por la respuesta familiar, escolar o social a las manifestaciones clínicas del sujeto, son aquellos que contribuyen a mantener la enfermedad, en donde se incluirían las dificultades en las relaciones familiares, enfermedad psiquiátrica de los padres, dificultades con el grupo de iguales, características culturales y étnicas, enfermedades físicas o patología comórbida.

Personales

Factores biológicos

Factores psicológicos

Baja autoestima

Estilo atribucional disfuncional

Distorsiones cognitivas negativas

Estrategias de afrontamiento disfuncionales

Contextuales

Factores del sistema de tratamiento

Negación de los problemas por parte de la familia

Ambivalencia de la familia sobre resolver los problemas

La familia no ha afrontado antes problemas similares

2. Descripción de la personalidad.

La depresión en el menor no se manifiesta de la misma forma que en el adulto ya que los síntomas varían también según la etapa de desarrollo en que se encuentra y además, tienen grado y duración variable. También cabe señalar que no todos los adolescentes son iguales y que en cada uno el trastorno se presentará de formas diferentes prevaleciendo unos síntomas frente a otros.

Existen diversos indicadores depresivos entre ellos los más llamativos son:

- Un estado de ánimo deprimido.
- Una pérdida de interés en actividades que antes les gustaba o pérdida de la capacidad para el placer.

Otras manifestaciones que se evidenciarían son la irritabilidad, ansiedad, problemas en el sueño, se altera el apetito, síntomas físicos, miedos infundados, preocupaciones constantes, cansancio excesivo, pensamiento de inutilidad, sentimiento de culpa, excesiva crítica hacia sí mismo, visión negativa de la realidad, ideas de suicidio, apatía.

Como se aborda a lo largo del presente trabajo, la adolescencia es una etapa complicada, en donde se ven involucrados eventos vitales estresantes que generan ansiedad y estrés. En este periodo los chicos se enfrentan a toda una revolución de reacciones hormonales que producen cambios tanto físicos como psíquicos.

Algunos de los aspectos positivos que se resalta de los/las adolescentes y que servirían para adecuar el plan de intervención, son entre algunos la rapidez mental, el poseer una gran energía vital, son muy críticos con el mundo, sentimentales y creativos, tales características serían utilizadas para generar adherencia al plan de intervención y a la vez los objetivos propuestos.

3. Formulación de objetivos.

Objetivo general.

- Fomentar el insight

Objetivos específicos.

- Aumentar la capacidad para tomar decisiones vitales
- Facilitar la comunicación y las relaciones interpersonales.
- Reducir la presión emocional y facilitar la expresión de sentimientos internos.
- Liberar el potencial de desarrollo y crecimiento de la personalidad

4. Señalamiento de técnicas.

Según (Bellak, 1983) en el Manual de psicoterapia breve, la depresión se considera el síntoma principal en más de la mitad de las personas que van a clínicas de consulta externa. Existen diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión, problemas con la regulación de la autoestima, súper Yo severo, intra-agresión, sentimiento de pérdida, sentimientos de desilusión, sentimientos de engaño, oralidad y hambre de estímulo, narcisismo, negación y las relaciones objetales.

Es importante localizar la presencia y grado de estos factores y buscar los denominadores comunes entre la situación precipitante y las circunstancias históricas

Después de escuchar la historia detallada, es necesario formular un plan general de tratamiento en términos de la dinámica y estructura particular del sujeto para planear el método de intervención adecuado al cliente.

- Los problemas con la regulación de la autoestima se deben tratar, explorando sus antecedentes en relación con su autoestima con el objetivo de relacionar con los síntomas actuales, se indaga a su vez daños recientes a su autoestima y se examina a detalle la naturaleza de los ideales del yo.

- Súper Yo severo, deberá ser tratado a través de una exploración de la formación del superyó, encontrando denominadores comunes entre el pasado y el presente y haciendo uso de catarsis mediata.

- La intra-agresión, debe manejarse consiguiendo que el paciente conciba la idea de que quien generó agresión en primera instancia y en la actualidad, son los causantes de generar distorsiones, haciendo que el paciente pueda entender que la agresión también puede estar dirigida contra las autorrepresentaciones.

- Sentimiento de pérdida, debe trabajarse examinando pérdidas recientes, se analiza la naturaleza general de las relaciones objetales y demandas excesivas.

- Sentimientos de desilusión, se relaciona a las desiluciones que puede producirse por eventos como pérdidas por muerte, una situación sentimental, por falta de interés, en este parámetro se abordará el enojo contra el objeto de amor desilusionante.

- Sentimientos de decepción, que se deben trabajar a partir de examinar eventos tempranos de decepción y rasgos paranoides debido a que los engaños previos por diversas situaciones genera dificultad en las nuevas relaciones

- Oralidad y hambre de estímulo, que se busca abordar y tratar a partir de examinar situaciones en donde existió poca demanda de estímulos afectivos, necesidades básicas u otras necesidades que el individuo interpretó como necesaria.

- Narcisismo, en donde se analiza los intentos del paciente por regular la entrada de estímulos de todas clases ya que la personalidad depresiva genera estados alterados del ánimo con cierta facilidad cuando no hay una adecuada autoestima, es vital enfocarse en la educación y planeación de la vida del paciente, en donde el usuario debe aprender a identificar los signos de desilusión, sentimiento de vacío y guardarse del abandono luego de vivencias muy gratificantes.

- Negación, se examina situaciones previas de negación y si fueron seguidas por depresiones permitiendo un ambiente generador de catarsis mediata y directa, es importante ayudar al paciente a expresar su enfado hacia la persona causante de su depresión.

- Relaciones objetales, se analiza las relaciones entorno al paciente que usualmente son de naturaleza anaclítica con un aditamiento oral, con frecuencia se le debe recordar al paciente que las situaciones que vendrán pueden ser desilusionadoras, esto con la finalidad de que el paciente no suspenda el tratamiento, se alienta a que el paciente trabaje con la separación y desilusión que pueden presentarse y amenazar los objetivos terapéuticos.

5. Aplicación de la técnica.

Fase de planificación de las sesiones.

Sesiones para adolescentes con indicadores depresivos.

Este modelo sugiere una dirección secuencial, las técnicas propuestas en la Terapia Breve Centrada en Soluciones, son usadas conforme avanza el proceso de tal manera que se involucren los participantes.

Las tareas también pueden servir para múltiples fines e ir cambiando a lo largo de las sesiones, con el propósito de cumplir los objetivos, para el cumplimiento de los mismos se llevarán a cabo cuatro sesiones, siendo así que se desarrollará una semanalmente, que incluyan las técnicas respectivas de la terapia breve centrada en soluciones.

En cada una de las sesiones los pacientes deberán realizar tareas, con la finalidad de ir evaluando sus cogniciones. Posteriormente antes de iniciar la próxima sesión se evaluarán las tareas con la finalidad de que el paciente se dé cuenta de los cambios efectuados y además descubra la utilidad de cada sesión terapéutica.

Primera sesión

Presentación

- Saludo inicial
- Introducción sobre la metodología del plan de intervención, dirigida por la expositora.

Tema Promoviendo las excepciones

Técnica Problemas de la autoestima mediante el uso de las preguntas de excepción.

Objetivos

- Generar cohesión grupal
- Fomentar el insight sobre problemas de autoestima

Metodología

El presente sesión se la realizará de forma interactiva para que exista una participación mutua y retroalimentación entre los oyentes. Principalmente formando una relación de trabajo positiva para permitirnos identificar los niveles de motivación de los estudiantes, se irá cuestionando a los participantes mediante el uso de preguntas de afrontamiento, excepciones, escalas relacionales y ampliar soluciones, es esencial e imprescindible la escucha activa y la negociación de parte de la expositora para un resultado exitoso.

Mediante el uso de técnicas usuales de la terapia breve centrada en soluciones se pretende generar dinamismo y cohesión en el grupo.

Al final de la sesión se realizará una retroalimentación estructurada por los participantes y mediante el envío de tareas al hogar se pretende fortalecer y alcanzar los objetivos propuestos.

Procedimiento

- Establecer relación terapéutica que permita un diálogo abierto.
- Promover la importancia de la intervención psicológica.

- Explicar los objetivos que se pretende alcanzar.
- Dinámica de presentación “Yo me llamo y mi cualidad es...”
- Proyección del vídeo “La zona de confort”.
- Se procede a realizar la técnica “El autorretrato”.
- Generar un espacio de tranquilidad para iniciar la técnica de “Respiración dinámica para relajarse”.
- Permitir un estado de calma y tranquilidad.
- Se procede mediante la técnica de visualización a identificar imágenes de un recuerdo, sentimiento, momento o estímulo que haya generado felicidad en un algún momento de su vida, a lo largo de este proceso se introduce la técnica de la terapia breve centrada en soluciones denominada “preguntas de excepción”.
- Una vez identificado el estímulo se procede a que se escriba en un papel los detalles de dicho evento.
- Se socializa en parejas la imagen, emoción o pensamiento.
- Retroalimentación de lo abordado.
- Cierre mediante retroalimentación de parte de la expositora, mensaje positivo y con la consigna para el hogar: “La tarea del antropólogo”, para que a lo largo de los días genere más consciencia respecto a su medio y logre identificar cualidades presentes de los demás en ellos mismos, además servirá de enganche para la siguiente sesión.

Material utilizado para la sesión

- Infocus
- Pizarrón
- Marcadores
- Registro diario

- Hojas de papel bond con la tarea para el hogar
- Computadora
- Vídeo
- Parlantes
- Esferos

Dinámicas

El autorretrato.

Materiales.

Hojas en blanco y marcadores o lápices

Tiempo.

Puede llevar 15 minutos o más

Consigna.

La expositora invita a cada participante a tomar una hoja en blanco, y dibujar en ella la caricatura de una persona, que ocupe gran parte de la hoja.

En un primer momento, en forma personal y durante 5 minutos se realiza el siguiente trabajo:

- Frente a la cabeza, cada uno escribe tres ideas que no se dejará quitar por ningún motivo.
- Frente a la boca, escribe tres expresiones de las que ha tenido que arrepentirse en su vida.
- Frente a los ojos, escribe cuáles son las cosas que ha visto y que más le han impresionado.
- Frente al corazón, cuáles son los tres amores que nadie le arrancará.
- Frente a las manos, qué acciones buenas imborrables ha realizado en su vida.
- Frente a los pies, cuáles han sido las peores “metidas de pata” que ha tenido.

Luego del trabajo personal, los participantes eligen una persona - en lo posible que no conozcan- con la que comentan lo que han escrito. (10 minutos).

En plenario cada uno presenta a su compañero.

Al final, se evalúa la dinámica, ya que por medio de esta se busca que identifiquen, situaciones que generaron algún daño a su persona y a partir de ellos iniciar mayor conciencia sobre su situación actual y como genera malestar a su vida.

Resultados.

Al realizar la actividad denominada el autorretrato, entre algunas de las respuestas de los participantes encontramos:

- Frente a la cabeza: “algunos no respetan a las mujeres”, “ver un abuso sexual en persona”, “Tomar mis propias decisiones”, “infidelidades, drogas, prostitución”, “a veces siento que no le importo a nadie, que mi mamá no me quiere, que siempre estaré sola”.
- Frente a la boca: “decir malas palabras, no obedecer a mi mamá”, “orgullo, ira, frustración”, “ser hablador, injusto y negativo”, “mentir, manipular”, “mentir y tomar”
- Frente a los ojos: “ver llorar a mi mamá”, “ver a mi abuelita muerta”, “cuando golpearon a mi mamá y no la pude defender”, “ver como atropellaron a alguien”, “que mi papá estuviera en la cárcel”, “ver llorar a mis papás”.
- Frente al corazón: familiares y parejas.
- Frente a las manos: “ayudar a personas con discapacidad”, “cuida a los caballos”, “ayudar a alguien cuando lo necesita”, “ayudar a mi madre y nunca dejarla sola”
- Frente a los pies: “mentir”, “escaparme de mi casa”, “no cumplir los deberes”, “intentar suicidarme”, “no estudiar y no esforzarme” “consumir alcohol”, “peliado con el licenciado”, “serle infiel mi novia”, “insultar”, “mentir”, “fumar

Ejercicio de respiración.

Técnica de respiración dinámica para relajarse.

Hay un tipo de respiración que requiere algo de imaginación pero puede llegar a ser muy relajante. Mientras se inhala, se imagina que una ola va cubriendo el cuerpo desde los pies a la cabeza. Se debe ir fijándose en las diferentes partes del cuerpo y relajarlas, si se nota tensión. Cuando se suelte el aire se imagina que la ola se va retirando desde la cabeza a los pies, la principal intención al generar un estado de calma mediante la técnica de respiración, es procurar el insight para continuar con el resto de técnicas.

Tarea para el hogar

La tarea del antropólogo

Descripción.

La propuesta es que nuestro consultante dedique las siguientes semanas a realizar una verdadera «investigación antropológica» sobre las personas que le rodean. ¿Qué es lo que les hace sufrir? ¿Qué problemas tienen? ¿Hay algo que podría hacer para ayudarles?

Indicaciones.

Esta tarea es también un buen distractor. Está indicada en situaciones en que el consultante se halla muy absorbido por sus problemas y está constantemente reflexionando sobre el propio sufrimiento. La tarea promueve que amplíe su campo de visión y que incluso fortalezca sus relaciones sociales, se busca a su vez mediante esta tarea el enganche con la siguiente sesión, en donde el objetivo es generar conciencia sobre sus recursos personales y fomentar así que identifiquen sus cualidades y mejorar autoestima.

Resultados.

Al realizar la tarea del antropólogo se consigue los siguientes resultados:

- ¿Qué características de mis padres están presentes en mí?

Entre las respuestas más llamativas encontramos: “Su carácter”, “el mal genio de mi mamá, que por todo grita, así no hayamos hecho nada”, “se quejan mucho por el dinero”, “ser una persona explosiva”, “enfadarme por cosas pequeñas”, “la humildad de mi madre y

a mí me gusta ayudar a las personas”, “yo soy muy diferente, soy muy calmado, ellos discuten mucho”, “torpeza”, “nerviosismo”, “ser autoritario”.

- ¿Qué genera malestar en tu diario vivir?

Entre las respuestas más llamativas encontramos: “estar mal en notas”, “exceso de problemas, me estreso y exploto”, “me enoja fácilmente y eso afecta a mis seres queridos”, “que la opinión que doy no cuenta para nada”, “que no me escuchen”, “los problemas que tengo día a día con mi mamá, saber no tomar buenas decisiones”, “que soy muy enojona, y tengo carácter fuerte, a veces tengo bipolaridad”, “que mis papas se peleen, quedarme sola, que no me hagan caso y que me ignoren”.

Segunda sesión

Presentación

- Saludo inicial
- Enlace con la primera sesión: Generar conversatorio sobre la sesión inicial y la tarea propuesta.

Tema Mis recursos ocultos

Técnica Súper yo y oralidad de hambre de estímulos mediante el uso de la pregunta milagro.

Objetivos

- Generar insight sobre los recursos personales
- Promover el cambio

Metodología

El presente sesión se la realizará de forma interactiva para que exista una participación mutua y retroalimentación entre los oyentes. Principalmente formando una relación de trabajo positiva para permitirnos identificar los niveles de motivación de los estudiantes, se irá cuestionando a los participantes mediante el uso de preguntas de afrontamiento, excepciones, escalas relacionales y ampliar soluciones, es esencial e imprescindible la escucha activa y la negociación de parte de la expositora para un resultado exitoso.

Mediante el uso de técnicas usuales de la terapia breve centrada en soluciones se pretende generar dinamismo y cohesión en el grupo.

Al final de la sesión se realizará una retroalimentación estructurada por los participantes y al enviar tareas al hogar se pretende fortalecer y alcanzar los objetivos propuestos.

Procedimiento

- Saludo inicial y enlace con la sesión anterior.
- Explicar los objetivos que se pretende alcanzar.

- Se continúa preguntando a los participantes como se ha sentido en la semana de intervención, y se trata de identificar cualquier otro síntoma que puedan tener. Es indispensable saber a detalle cómo pasó la semana, en especial sobre sus síntomas.
- Una vez que se ha puesto suficiente atención a la situación presente se pregunta si por casualidad tuvo un sueño la noche después de la primera sesión o la noche anterior a esta. Si los interlocutores refieren un sueño, esto es muy útil para entender la naturaleza de la relación terapéutica y las dinámicas generales de su problema.
- Se considera muy importante la secuencia entre sesiones, en especial para enlazar al paciente de sesión a sesión. Esto incrementa la función sintético-integrativa del yo respecto a la alianza terapéutica. . Esta sesión con frecuencia proporciona datos históricos adicionales y completa el cuadro dinámico. Es la oportunidad para familiarizar al paciente con lo que se espera de él, mediante la psicoterapia de "insight" se propone a los adolescentes la idea de referir lo que les sucede dentro de ellos y se incrementa su disposición psicológica, "insight" y habilidad de estar consciente
- Propiciar un ambiente dinámico mediante una dramatización grupal, en donde se representarán situaciones conflictivas y sus diversas formas de resolución, técnica de representación "Los juegos de roles"
- Generar un espacio de tranquilidad para iniciar la técnica de "Respiración diafragmática o abdominal",
- Permitir un estado de calma y tranquilidad.
- Se procede mediante la técnica de visualización a identificar imágenes de un momento o situación en la cual no exista el problema central, haciendo uso de la técnica de la terapia breve centrada en soluciones denominada "pregunta milagro".

- Una vez identificada la situación se procede a socializarlo en grupo.
- Retroalimentación de lo abordado.
- Cierre mediante retroalimentación de parte de la expositora y con la consigna para el hogar: “Consejos de experto”.

Material utilizado para la sesión

- Infocus
- Papelógrafo
- Marcadores

Dinámicas

“Los juegos de roles”.

Descripción.

El juego de rol es una dinámica que se puede usar para abordar diferentes temáticas desde problemáticas familiares como la incomprensión entre padres e hijos, o cuestiones de género como el papel de una mujer en la sociedad, o afectivas como los sentimientos de un niño.

A través del juego se intenta buscar un acuerdo de las partes, pero lo más interesante es, al final, hacer un debate abierto sobre cómo se ha sentido cada participante. Además, se debe reflexionar sobre el por qué de la dinámica y sacar conclusiones.

Indicaciones.

Normalmente se plantea una historia inicial. A cada uno de los participantes se les entrega una hoja con la explicación del rol que tienen que interpretar.

Cada participante estudia su papel y luego lo tiene que interpretar. Si en la hoja dice que uno es tímido, tiene que mostrarse como tal, aunque sea en realidad la persona más extrovertida.

Resultados.

De la presente actividad, todos los involucrados participaron de manera activa, existió un ambiente armónico y el tiempo para abordar diversas inquietudes ya que en algunas oportunidades no sabían cómo realizar por lo que pedían ideas para reforzar su participación, se desarrolló una interpretación con diversas situaciones que generan malestar en el día a día y buscaron alternativas de cambio.

Ejercicio de respiración.

Técnica: Respiración diafragmática o abdominal.

La respiración diafragmática o abdominal, también llamada respiración profunda, consiste en llevar el aire a la parte inferior de tus pulmones, utilizando los músculos del diafragma. Se notará el abdomen elevarse, de ahí su nombre.

Para muchos la respiración abdominal les puede resultar extraña y antinatural. Esto puede deberse a que en nuestra sociedad lo deseable es tener un vientre plano, y para ello, sobre todo las mujeres, tienden a retener sus músculos abdominales impidiendo una respiración profunda. Esta contracción abdominal también puede deberse a estados de tensión y estrés continuado. Es por ello por lo que la respiración tiende a hacerse más superficial y clavicular, lo que, a su vez incrementa la tensión y la ansiedad, la principal intención al hacer uso de esta técnica de respiración es generar un estado de calma para continuar con el resto de técnicas.

Tarea para el hogar

Consejos de experto

Descripción.

Se propone a la consultante que escriba una carta dirigida a otras personas que puedan estar pasando por su misma situación. En la carta explica cómo se sentía cuando estaba mal y qué cosas ha hecho que le han ayudado a superar su problema.

Indicaciones.

Solemos recurrir a esta tarea en la finalización de la terapia ya que ayuda a que la persona haga más consciente todos los recursos que ha puesto en marcha para superar el problema y en ese sentido funciona también como prevención de recaídas. La oportunidad de utilizar su experiencia para ayudar a otros convierte a los consultantes en co-terapeutas.

Resultado.

De la tarea para el hogar “Consejo de experto”, se obtiene los siguientes resultados:

“Así como me han ayudado yo quiero hacer lo mismo, recuerda que debes ser mejor y ayudar en los problemas familiares y ya no puedo decir tantas cosas porque eso es secreto”.

“Debes pensar las cosas, porque no todo va a salir lo tienes planeado, y en realidad tienes que llevar las consecuencias y que puede tener la vida, y también debes darte cuenta de cómo afecta a tu familiar”

“Qué no se fije en las palabras que te dice la gente, siempre habrá alguien que te apoye, que tengas fe en tus padres porque siempre estarán ahí y que siga siendo el mismo”

“Qué con esta carta quiero decirle que hay muchas personas que lo apoyan, y que en la vida hay muchas adversidades, que cuando pase eso lo supere, que sea la mejor persona de el mismo, que deje ya las cosas en el pasado”

“Qué cuando te sientas mal te pongas a escuchar tu música favorita, a dibujar, cualquier cosa, no estés solo, busca a tus amigos, yo sé que está mal cortarse pero cuando lo hacía sentía como si ningún problema existiera y más que nada cuando me sentía utilizada por lo que decían ser mis amigos, lloraba mucho me sentía sola y aún lo sigo sintiendo”.

Tercera sesión

Presentación

- Saludo inicial
- Enlace con la sesión anterior: Generar conversatorio sobre la sesión previa y la tarea propuesta.

Tema Buscando soluciones

Técnica Intra-agresión y pérdida mediante el uso de la pregunta a escala.

Objetivos

- Identificar situaciones generadoras de periodos depresivos.
- Proyectar una imagen más sana de resolver conflictos.

Metodología

El presente sesión se la realizará de forma interactiva para que exista una participación mutua y retroalimentación entre los oyentes. Principalmente formando una relación de trabajo positiva para permitirnos identificar los niveles de motivación de los estudiantes, se irá cuestionando a los participantes mediante el uso de preguntas de afrontamiento, excepciones, escalas relacionales y ampliar soluciones, es esencial e imprescindible la escucha activa y la negociación de parte de la expositora para un resultado exitoso.

Mediante el uso de técnicas usuales de la terapia breve centrada en soluciones se pretende generar dinamismo y cohesión en el grupo.

Al final de la sesión se realizará una retroalimentación estructurada por los participantes y mediante él envío de tareas al hogar se pretende fortalecer y alcanzar los objetivos propuestos.

Procedimiento

- Explicar los objetivos que se pretende alcanzar.

- Se procede a trabajar con lo aprendido en las sesiones previas y generar retroalimentación de la tarea enviada, en esta ocasión se busca conseguir información adicional en relación a la sintomatología que pueda orientar a identificar situaciones estresantes.
- Se dedica a conseguir un mayor entendimiento sobre los problemas del paciente, agregando "insights" e interviniendo de alguna otra manera necesaria, se trata de mantener continuidad entre todas las sesiones, pidiendo a los adolescentes que las interrelacionen.
- Generar un espacio de tranquilidad para iniciar la técnica de “Respiración completa”
- Permitir un estado de calma y tranquilidad.
- Se procede mediante la técnica de visualización a identificar su situación problema y ubicarla en una escala de 1 al 10, en donde en la que cada número representa una calificación del problema (1 que es el peor de los casos de una situación y 10 es la mejor), haciendo uso de la técnica de la terapia breve centrada en soluciones denominada “pregunta en escalas”.
- Una vez identificada la situación se procede a socializarlo en grupo.
- Se continuará con la técnica “La caja de recursos”, para identificar aquellas situaciones, objetos o personas que impedirían recaer en un estado depresivo.
- Retroalimentación de lo abordado.
- Cierre mediante retroalimentación de parte de la expositora y con la consigna para el hogar: “El collage de los sueños”.

Material utilizado para la sesión

- Infocus
- Papelógrafo

- Marcadores

Dinámicas

La respiración completa.

La respiración profunda o completa requiere que el aire que entra por tus fosas nasales vaya llenando las diferentes zonas de tus pulmones. Cuando respiras profundamente se eleva tu abdomen (o la barriga), la zona del diafragma (la que está bajo tu pecho y por encima de la cintura) y por último, tu pecho, esta técnica de respiración proporciona al cuerpo un estado superior de calma y relajación. Nuestro cuerpo recibe un gran aporte de oxígeno, reduciendo nuestra tasa cardíaca, presión sanguínea y niveles de cortisol en sangre, que aumentan la sensación de ansiedad.

La caja de los recursos.

Descripción.

Se propone a los consultantes la elaboración detallada de formas de afrontar diversas situaciones tanto en un futuro como en situaciones que ya pasaron, de tal manera que se pretende que en lo posterior al tener dificultades en su diario vivir, recuerden situaciones por las cuales ya pasó y que tuvieron solución.

Indicaciones.

«La caja de recursos» es una buena forma de prevenir y manejar posibles recaídas. En este sentido, puede ser también parte del cierre de la terapia.

A tener en cuenta.

Esta tarea exige que en terapia la persona haya podido identificar los recursos que la ayudan en su lucha contra el problema.

Resultados.

De la plenaria de la “Caja de recursos”, podemos obtener las siguientes respuestas:

“Dedicarme a estudiar”, “Mis padres”, “tener una perspectiva más positiva de mi día a día”, “hablar con mis amigos”, “tratar de salir poco a poco de mis problemas”, “tratar de mejorar mi autoestima y de ya no sentirme culpable de todo lo que pasa a mi alrededor”, “tratar de no estar sola y estar con mi amigos”, “centrarme en los deportes, en el método futbolístico”.

Tarea para el hogar

El collage de los sueños

Descripción.

Se trata de que el consultante elabore un collage que recoja sus sueños, metas y aspiraciones. En este collage pueden dibujar, pintar, escribir, utilizar fotos, objetos...

Indicaciones

«El collage de los sueños» es una manera de hacer una proyección al futuro creativa y emocional, se busca de esta manera generar cohesión con la siguiente sesión para mantener el cambio.

Resultados.

De la tarea enviada a casa: Plenaria “Collage de los sueños”; se obtiene los siguientes resultados:

“Mejorar cada día en mis estudios”, “sueño con ayudar a la gente que lo necesita”, “Ser responsable con mi novia”, “me gustaría ser bailarina, modelo o cantante”, “mi sueño es ser doctor, alcanzar mis sueños”, “mejorar mi personalidad, conseguir una carrera, y poder ayudar a mi madre en un futuro”, “mejorar la relación con mis padres”, “mejorar en la actitud con mis papas, de ser mejor hija y a empezar a pensar en las cosas positivas de mi vida”, “inaugurar un lugar para los animalitos de la calle”, “es ser futbolista y no me gustaría tener familia, eso no es para mí”, “mi sueño es que se sientan orgullosos de mí”.

Cuarta sesión

Presentación

- Saludo inicial
- Enlace con la sesión previa en donde se busca generar conversatorio sobre los posibles cambios evidenciados por los participantes

Tema Manteniendo el cambio.

Técnica Narcisismo y relaciones objetales

Objetivos

- Identificar que sus necesidades son lo principal
- Conseguir entendimiento respecto a que las situaciones estresantes volverán.

Metodología

El presente sesión se la realizará de forma interactiva para que exista una participación mutua y retroalimentación entre los oyentes. Principalmente formando una relación de trabajo positiva para permitirnos identificar los niveles de motivación de los estudiantes, se irá cuestionando a los participantes mediante el uso de preguntas de afrontamiento, excepciones, escalas relacionales y ampliar soluciones, es esencial e imprescindible la escucha activa y la negociación de parte de la expositora para un resultado exitoso.

Mediante el uso de técnicas usuales de la terapia breve centrada en soluciones se pretende generar dinamismo y cohesión en el grupo.

Al final de la sesión se realizará una retroalimentación y se aplicará el Inventario de depresión de Beck.

Procedimiento

- Explicar los objetivos que se pretende alcanzar.
- Se procede a revisar los trabajos que se envió a casa y generar un conversatorio

- Se continúa con plenaria de preguntas a los/las estudiantes como pasó la semana anterior.
- Después de lo repasado, se trabaja con cualquier material adicional que hayamos obtenido, en especial respecto a la terminación o algunos otros planes. Se pretende terminar en una relación positiva.
- Para facilitar una transferencia positiva, se cambia el estilo en esta sesión, desechando cierta neutralidad terapéutica, tornándome más "humano". Se platica con los/las estudiantes quizá de un pasatiempo que se comparta, también se habla un poco sobre la expositora y de alguna actividad que esté realizando de momento, con el fin de disminuir la distancia de la relación terapeuta - paciente. De este modo se trata de generar un espacio de iguales
- Generar un espacio de tranquilidad mediante una dinámica grupal, se procede con la técnica "Las tres preguntas para una vida feliz".
- Retroalimentación de lo abordado.
- Aplicación del Inventario de depresión de Beck
- Cierre mediante retroalimentación de parte de la expositora y con la consigna para el hogar: "La carta para los días malos".

Material utilizado para la sesión

- Registro diario
- Plenaria
- Marcadores
- Esferos
- Hojas de papel bond
- Inventario de depresión de Beck

Dinámicas

Las tres preguntas para una vida feliz.

Descripción.

Se pide a la persona que responda las siguientes tres preguntas:

a) ¿Qué pequeña cosa he hecho hoy de la que estoy satisfecho?

b) ¿Qué pequeña cosa ha hecho hoy alguien conmigo o por mí, por la que estoy satisfecho o agradecido? ¿Y de qué forma mi reacción hace más probable que lo repita?

c) ¿Qué otra pequeña cosa he hecho hoy de la que estoy satisfecho?

Indicaciones.

La intención de esta tarea es acceder de otra forma a las «elecciones existenciales» de estos pacientes, generando insight respecto a que el diario vivir existen situaciones pequeñas que ya involucran un cambio, y que este es constante.

A tener en cuenta.

Es muy importante la formulación exacta de esta tarea, en particular el uso del término «satisfacción». En efecto, no pretendemos que la persona identifique que momentos de gran felicidad o placer, sino simplemente momentos en que ha estado satisfecha, tal vez por algo agradable que le haya gustado, pero también quizás por algo que tal vez no le agradara pero que entendía que debía hacer.

En algunas ocasiones, alguien muy deprimido o muy negativo vuelve a la siguiente sesión informando de que ha sido incapaz de identificar nada de lo que se sintiera satisfecho. En este caso, puede ser necesario deconstruir el término «satisfacción» y aclarar que se pretenden detectar cosas muy pequeñas, antes de volver a pedir la tarea. Es de las pocas tareas en las que persistimos si no se han hecho.

Variantes.

A una persona deprimida (que puede tener dificultades para sentir emociones positivas) no le preguntaremos por algo de lo que esté satisfecha, sino por algo por lo que podría estar satisfecha.

Resultados.

De la técnica: “Tres preguntas para una vida feliz”, se obtiene los siguientes resultados:

- ¿Qué pequeña cosa he hecho hoy de la que estoy satisfecho?: “tratar de salir poco a poco de mis problemas”, “Poco a poco estoy intentando salir delante de ya no tener baja mi autoestima, de ya no sentirme culpable de todo lo que pasa a mi alrededor”, “no quedarme en inglés este parcial”, “me eh sacado un buen puntaje en inglés, eh sido una de las mejores”, “hoy me levante feliz, todo lo que me pase va a ser satisfactorio para mí”

- ¿Qué pequeña cosa ha hecho hoy alguien conmigo o por mí, por la que estoy satisfecho o agradecido? ¿Y de qué forma mi reacción hace más probable que lo repita?: “Unas personas han estado conmigo, apoyándome y ayudándome siempre”, “Una persona que me importa me hizo salir adelante, me hizo sentir alguien importante, cambiar la forma en la que era y lo que pensaba. Trato de agradecerle por estar conmigo y así”, “que yo puedo hacer las cosas”, “mi mamá me ha levantado y estaba de buen genio”, “que estoy más cerca de mi familia que antes y nos llevamos mejor”

- ¿Qué otra pequeña cosa he hecho hoy de la que estoy satisfecho?: “Aconsejar a mis amigos y haber arreglado mis problemas”, “trato de ya no estar sola y estar con mis amigos de ya no sentirme mal por cosas que pasan”, “que ayudo a mis compañeros”, “que me siento mejor que nunca”.

Tarea para el hogar

La carta para los días malos

Descripción.

Proponemos a la consultante que, en un momento en que se sienta bien, escriba una carta dirigida a sí misma en un día malo. En esta carta, la consultante puede expresar su apoyo a sí misma, y también darse algunos buenos consejos sobre qué puede hacer para sobrellevar ese mal día o incluso convertirlo en uno bueno.

Indicaciones.

Esta tarea está indicada para la prevención de recaídas, en especial para clientes que en los momentos de retroceso literalmente se olvidan de lo que saben que les ayuda. Para ellos, la carta es una buena forma de salir de su estado negativo y tomar medidas para combatirlo.

A tener en cuenta.

Proponemos «La carta para los días malos» a aquellos consultantes que ya han mejorado y podido identificar qué cosas les ayudan en los momentos malos.

Sesión con los padres de familia

Presentación

- Saludo inicial
- Exponer propuesta metodológica y recursos implementado con los/las adolescentes con indicadores depresivos.

Tema Manteniendo el cambio.

Técnica Estilos parentales y límites adecuados

Objetivos

- Identificar estilo parental aplicado en el hogar.
- Brindar estrategias para mejorar relaciones interpersonales con sus hijos.

Metodología

El presente sesión se la realizará de forma interactiva para que exista una participación mutua y retroalimentación entre los oyentes. Principalmente formando una relación de trabajo positiva para permitirnos identificar los cambios que se hayan generado en sus hijos, se irá cuestionando a los participantes mediante el uso de preguntas de afrontamiento, excepciones, escalas relacionales y ampliar soluciones, es esencial e imprescindible la escucha activa y la negociación de parte de la expositora para un resultado exitoso. Mediante el uso de técnicas usuales de la terapia breve centrada en soluciones se pretende generar dinamismo y cohesión en el grupo.

Al final de la sesión se realizará una retroalimentación estructurada por los participantes y mediante él envió de tareas al hogar se pretende fortalecer y alcanzar los objetivos propuestos.

Procedimiento

- Explicar los objetivos que se pretende alcanzar.

- Se propone conversatorio mediante grupos para que se identifiquen las principales dificultades con sus hijos.
- Se continúa con plenaria de preguntas a los padres de familia permitiéndose identificar cambios que se hayan presentado en los/las adolescentes.
- Se procede a dividir el grupo para iniciar con actividad de presentación y dramatización de estilos parentales.
- Conclusiones y recomendaciones de la dramatización
- Se desarrolla la actividad: “¿Qué cosas tiene mi hijo de mí?”
- Retroalimentación de lo abordado, conclusiones y recomendaciones.
- Desarrollo de la actividad: ¿Cómo te gustaría que te recordará tu hijo?
- Cierre mediante retroalimentación de parte de la expositora y con la consigna para el hogar: “Una moneda por amenaza”.

Material utilizado para la sesión

- Infocus
- Papelógrafo
- Marcadores

Dinámicas

¿Qué cosas más tiene mi hijo/a?.

Descripción.

El progenitor debe redactar una lista de las características en las que su hijo «sale a él», por un lado las negativas y por otro las positivas.

Indicaciones.

Proponemos esta tarea en los casos en que un progenitor sólo ve en su hijo cualidades negativas «heredadas» de otra persona, generalmente el ex cónyuge (en el caso de divorciados), pero también el/la suegro/a, un abuelo detestado en la familia, otro hijo que

tuvo problemas, etcétera. En estas situaciones, la tarea permite reconectar con las cualidades que comparten el progenitor y su hijo/a.

A tener en cuenta.

Se debe pedir que en la lista de cosas positivas haya al menos dos características más que en la lista de las cualidades negativas.

Variantes.

Se puede pedir un cuadro de doble entrada, con las características positivas y negativas procedentes de quien está haciendo la tarea, por un lado, y de la persona que se percibe como negativa, por otro.

Esta tarea puede convertirse fácilmente en un ejercicio para realizar en la propia sesión, bien conversando sobre el tema, bien pidiendo al cliente que vaya escribiendo en un mural o un papel.

¿Cómo te gustaría que te recordara tu hijo?.

Descripción.

Pedimos al progenitor que busque un lugar y un momento tranquilos para sentarse a reflexionar. Le invitamos a que se imagine que, en el plazo de unos meses, sufre un infarto y fallece prematuramente.

¿Cómo cree que lo recordaría su hijo?

¿Y cómo le gustaría que lo recordara?

¿Qué gestos amorosos o detalles de cariño le gustaría que su hijo conservara en su memoria?

¿De qué forma ese recuerdo le ayudaría a ser mejor persona?

Indicaciones.

Esta tarea es una opción para casos en que el enfrentamiento entre padres e hijos está cronificado, la interacción se ha vuelto coactiva y negativa, sin espacio para las muestras

de cariño o aprecio. Si el padre o la madre están tan absorbidos en su conflicto con el hijo que parecen incapaces de abandonar su posición, esta tarea puede ayudar a reintroducir la dimensión emocional positiva.

Pedimos esta tarea como un ejercicio individual al progenitor que esté emocionalmente bloqueado respecto a su hijo, pero si ambos padres se hallan en la misma situación, podemos proponerla como un ejercicio conjunto.

Tarea para el hogar

Una moneda por amenaza

Descripción.

Se propone a los padres que, cada vez que se descubran a ellos mismos amenazando a su hijo/a, guarden una moneda en una alcancía. Al final de la semana, darán ese dinero a su hijo para que se compre algo que le apetezca. El hijo no debe estar informado de que los padres han recibido esta tarea.

Indicaciones.

Esta tarea está indicada en aquellas situaciones en que los padres recurren constantemente a las amenazas, en un intento (infructuoso) de disciplinar a sus hijos. «Una moneda por amenaza» bloquea este patrón y facilita la aplicación de otros métodos educativos.

A tener en cuenta.

Planteamos esta tarea tras explicar a los padres que las amenazas son un método educativo poco adecuado, que en el mejor de los casos tiene un efecto a corto plazo sobre la conducta de los hijos y además aumenta el riesgo de entrar en escalada de enfrentamientos con ellos.

Por eso se pide a los padres que hagan algo distinto, actuando según premios y castigos en vez de quedarse en palabras.

Pero se reconoce también que cambiar el hábito de las amenazas es difícil y por eso se les propone esta tarea como una manera de aprender a controlarse.

Variantes.

Se puede pedir a los padres que en vez de dar el dinero al hijo le compren como regalo algo que a él le guste pero a ellos les desagrade (por ejemplo, un cdé de música que no les gusta; una camiseta que ellos consideran de mal gusto, etcétera). Esta variante es preferible cuando los padres temen que el hijo tal vez gaste el dinero de forma inadecuada (drogas, alcohol) y tiene además la ventaja de que los regalos pueden funcionar como gestos de desagravio.

Cierre.

- Resumir recursos observados y preparar feedback positivo
- Escoger tarea según conversatorio o recursos, o bien seleccionar una sugerencia de observación.
- Despedida.

Sesión con los profesores de los estudiantes

Presentación

- Saludo inicial
- Exponer propuesta metodológica y recursos implementado con los/las adolescentes y padres de familia.

Tema Identificando los indicadores depresivos.

Objetivos

- Proporcionar información sobre cómo identificar a los adolescentes con indicadores depresivos.
- Brindar estrategias para abordar a adolescentes con indicadores depresivos.

Metodología

El presente sesión se la realizará de forma interactiva para que exista una participación mutua y retroalimentación entre los oyentes. Principalmente formando una relación de trabajo positiva para permitirnos identificar el grado de aceptación de parte de la propuesta del plan de intervención, se irá cuestionando a los participantes mediante el uso de preguntas de afrontamiento, excepciones, escalas relacionales y ampliar soluciones, es esencial e imprescindible la escucha activa y la negociación de parte de la expositora para un resultado exitoso. Mediante el uso de técnicas usuales de la terapia breve centrada en soluciones se pretende generar dinamismo y cohesión en el grupo.

Al final de la sesión se realizará una retroalimentación estructurada por los participantes y mediante él envió de tareas al hogar se pretende fortalecer y alcanzar los objetivos propuestos.

Procedimiento

- Explicar los objetivos que se pretende alcanzar.

- Se procede a dividir el grupo para iniciar con actividad de presentación “Hola, me llamo y soy...”
- Se propone conversatorio para generar retroalimentación de la dinámica.
- Se expondrá sobre formas de abordaje y referencia a los servicios de la institución.
- Conclusiones y recomendaciones
- Se desarrolla la actividad: “Las tres preguntas para una vida feliz”.
- Se envía la siguiente tarea para el hogar: “La pequeña felicidad”.
- Retroalimentación de lo abordado, conclusiones y recomendaciones.
- Cierre mediante retroalimentación de parte de la expositora.

Material utilizado para la sesión

- Infocus
- Papelógrafo
- Marcadores

Dinámicas

Las tres preguntas para una vida feliz.

Descripción.

Se pide a los participantes que se plantee tres preguntas y las respondan:

a) ¿Qué pequeña cosa he hecho hoy de la que estoy satisfecho?

b) ¿Qué pequeña cosa ha hecho hoy alguien conmigo o por mí, por la que estoy satisfecho o agradecido? ¿Y de qué forma mi reacción hace más probable que lo repita?

c) ¿Qué otra pequeña cosa he hecho hoy de la que estoy satisfecho?

Indicaciones.

La intención de esta tarea es acceder de otra forma a las «elecciones existenciales» de estos pacientes procurando generar insight sobre situaciones vivenciales que generen bienestar.

A tener en cuenta.

Es muy importante la formulación exacta de esta tarea, en particular el uso del término «satisfacción». En efecto, no pretendemos que la persona identifique que momentos de gran felicidad o placer, sino simplemente momentos en que ha estado satisfecha, tal vez por algo agradable que le haya gustado, pero también quizás por algo que tal vez no le agradara pero que entendía que debía hacer.

Tarea para el hogar**La pequeña felicidad****Descripción.**

Esta tarea consiste en que todos los días, antes de acostarse, la persona piense en alguna cosa positiva que le gustaría hacer al día siguiente, algo que implique «cuidarse» o «tener un detalle» consigo misma (por ejemplo, dar un paseo, comprarse un libro, darse un baño con aceites, llamar a un amigo). La escribirá en un post-it y la pondrá en un sitio en que al día siguiente lo vea nada más levantarse.

Indicaciones.

A menudo, el problema es tan absorbente que a la persona no le quedan energías ni ganas para emprender actividades agradables. Esto, a su vez, la debilita y deja más espacio al problema. La tarea pretende revertir este proceso.

Variantes.

Una variante es que en vez de pensar en una sola actividad, la persona componga varios papelitos con varias actividades. Al día siguiente, puede elegir cuál de ellas acometerá. Otra opción es introducir el azar, y en este caso meterá los papelitos en un bote y cogerá uno de ellos a ciegas. A los consultantes a quienes les gusten las manualidades se les puede incluso sugerir que preparen una «ruleta» con muchas actividades, para que de nuevo decida el azar cada mañana.

Fase de intervención

Luego de haber desarrollado la planificación de sesiones se pretende la ejecución del presente Plan de Intervención Psicológico basado en la terapia breve centrado en soluciones, dado que es necesario que las pacientes con indicadores depresivos reciban un Tratamiento Psicológico oportuno para prevenir cuadros depresivos mayores con el fin de mejorar su calidad de vida en general.

Previo a las fases expuestas se procede con la aplicación del Inventario de Beck para conseguir los datos correspondientes para evidenciar si existe un cambio en los indicadores.

Objetivo 3

Aplicar un post-test a los estudiantes que presentaron indicadores de depresión moderada.

Tabla Nro. 2.

Resultados del Post-test del Inventario de Depresión de Beck.

RESULTADOS DEL POST-TEST	DEPRESION MODERADA	
	f	%
Estos altibajos son considerados normales	11	73,3%
Leve perturbación del estado de ánimo	1	6,7%
Estados de depresión intermitentes	3	20,0%
TOTAL	15	100%

Fuente: Inventario de Depresión de Beck

Autor: Jéssica Gabriela Mendoza Morocho

Análisis e interpretación:

Mediante la tabla presentada se puede evidenciar que del total de la muestra de estudiantes que coincidían con depresión moderada; disminuyó al 73,3% a altibajos que son considerados normales; el 6,7% a leve perturbación del estado de ánimo y el 20% a estado de depresión intermitentes

Objetivo 4

Comparar los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del Plan de Intervención Psicológica basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones con los estudiantes que presentaron indicadores de depresión moderada.

Tabla Nro. 3.

Resultados antes y después del Plan de Intervención.

Estadísticas de muestras emparejadas						
Variables	Media	N	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	Correlación	P
Nivel de depresión Pre-test	23,53	15	2,588	0,668	0,298	0,28
Nivel de depresión Post-test	7,27	15	6,375	1,646		

Fuente: Inventario de Depresión de Beck

Autor: Jéssica Gabriela Mendoza Morochó

Análisis e interpretación:

De acuerdo al análisis de los datos obtenidos en la aplicación del Inventario de Beck, se puede observar en la tabla que existe diferencia en los promedios totales, siendo el resultado del post test mucho menor que el pre-test, así mismo por el nivel de significancia se determina estadísticamente que los resultados son confiables.

Objetivo 4

Comparar los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del Plan de Intervención Psicológica basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones con los estudiantes que presentaron indicadores de depresión moderada.

Tabla Nro. 4.

Resultados antes y después del Plan de Intervención.

Prueba de muestras emparejadas								
Variables	Diferencias emparejadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desv. Desviación	Desv. Error promedio	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
NIVEL DE DEPRESION	16,267	6,123	1,581	12,876	19,658	10,289	14	0,000

Fuente: Inventario de Depresión de Beckl

Autor: Jéssica Gabriela Mendoza Morocho

Análisis e interpretación:

Al momento de aplicar la prueba estadística T - Student para muestras relacionadas (prueba que compara resultados antes y después), se puede observar que el valor t calculado (10,289 a 14 grados de libertad) se encuentra fuera de la zona de rechazo de la hipótesis nula, ya que existe una diferencia estadística significativa entre los promedios de los test aplicados al inicio y final de este proceso, se observa que el p valor es menor que el 0.05, lo cual determina no encontrarse dentro del margen de error, demostrando la fiabilidad en los resultados.

7. DISCUSIÓN

Existen diversos mecanismos de acción para la promoción, prevención y tratamiento en el ámbito de la salud mental, sin embargo el incremento en las cifras de depresión es notorio; entre muchas de las razones debido a la falta de personal en las instituciones académicas, que no cubre las necesidades del estudiantado debido a la sobrecarga, falta de capacitación, a los profesores de cómo deben actuar frente a situaciones de riesgo y a los padres de familiares que se ven poco involucrados en el aprendizaje de sus hijos.

Por tal razón en el presente trabajo de investigación se demuestra la efectividad de la aplicación de un Plan de Intervención Psicológica basada en la Terapia Breve Centrada en Soluciones en los adolescentes con indicadores depresivos moderados de primero y segundo de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís, los cuales al aplicar el primer reactivo psicológico “Inventario de Depresión de Beck”, se identificó un grupo de 17 adolescentes, quienes luego de la intervención con la TBCS los resultados nos muestran una disminución en los niveles de depresión en 15 de ellos que participaron activamente.

En el estudio realizado por (Tacuri, 2011) su Plan de Intervención para disminuir las conductas depresivas, enfocó el trabajo hacia los profesores, médicos, docentes, psicólogos, el personal de servicios sociales, familia y sociedad a manera de capacitación en la cual brindaba herramientas para que puedan manejar a los estudiantes con depresión, a su vez brindó charlas educativas; a diferencia del presente Plan de Intervención que se centró en trabajar con aquellos que muestran indicadores depresivos moderados, en donde se procedió en primer lugar a la elaboración de Historia Clínica Psicológica, para en lo posterior iniciar la ejecución del Plan de Intervención de manera grupal, mediante el uso de técnicas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, enfocándose en la búsqueda de excepciones, preguntas en escala, pregunta milagro,

técnicas de respiración y los diez factores específicos en la psicoterapia de la depresión propuestos por (Bellak, 1986).

Parte del crecimiento personal involucra estar expuestos a un sinnúmero de factores protectores así como de riesgo, en donde el adolescente no está exento de presentar alteraciones del estado de ánimo, conviene hacer énfasis en como lo indica Reynolds (2014), que recalca que estas manifestaciones clínicas, no serían tan evidentes como se presentan en los síntomas clásicos de la depresión en los adultos, resalta que la depresión en adolescentes muchas veces es olvidada, ignorada o vista como síntoma de otros problemas. Además, las alteraciones del estado de ánimo como los cambios de humor representados por ira, aislarse, cambios en los hábitos del sueño y alimentación, consumo de sustancias, dificultades de atención y concentración, en donde el rendimiento académico sufre cambios, la reducción de la actividad, fatiga, entre otros, pueden ser vistos como normales; en el estudio de (Jadán, 2017) demuestra que la prevalencia de la depresión en el Colegio 27 de Febrero corresponde al 65,75%, en un grupo de 266 estudiantes, por lo que mediante la presente investigación se encuentra datos similares a diferencia de que el universo lo conformaron 213 estudiantes entre los cuales se identificó que un 22,6% se ubican dentro de los niveles de depresión.

Posterior a la aplicación de la Terapia Breve Centrada en Soluciones a los/las adolescentes con indicadores moderados, se realizó un post-test en el cual se encontró los siguientes resultados: de toda la muestra de estudiantes que coincidían con depresión moderada, disminuyó el 73,3% a altibajos considerados normales; él 6,7% a leve perturbación del estado de ánimo y el 20% a estados de depresión intermitentes.

Al comparar con otros estudios se corrobora la información al encontrar resultados favorables mediante el uso de la TBCS en situaciones como agresiones sexuales (Aylanda y Westa, 2006), duelo Patológico (Aponte, 2011), autolesión no suicida (Garza,

2016), cabe hacer énfasis en que existen diversos modelos de intervención a nivel grupal y que cada uno por medio de sus estrategias brindan apoyo y genera cambios desde sus métodos y técnicas, sin embargo el factor fundamental para la obtención de tales resultados es crear un ambiente adecuado, que permita la libre expresión de los adolescentes, el ser empático y ver las dimensiones de sus respuestas para trabajar a partir de los recursos personales de tal manera que como se puede apreciar a lo largo del estudio, mientras más se involucre la necesidades de los participantes, más abiertos se prestan al cambio, al contrario se puede evidenciar en la institución que existe personal con muy poco tacto ante las conductas inadecuadas de los menores haciendo uso de un trato directivo y autoritario, que ante incurrencias en su comportamiento, se omite su opinión y no existe escucha activa ni búsqueda de resolución de conflictos por lo que el mecanismo de acción es el llamado a los padres de familia quienes en reiteradas ocasiones hacen caso omiso a la advertencias, llamados de atención o como resultado del mismo llamado terminan en conductas violentas con sus representados, por lo tanto al hacer uso de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, se evidencia que existe un resultado favorable en donde su estado anímico inicial se ve disminuido.

8. CONCLUSIONES

- En el presente estudio a partir de los resultados obtenidos y su análisis estadístico mediante el programa SPSS se puede indicar de una manera satisfactoria que el Plan de Intervención basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones logró la disminución de los indicadores depresivos.
- La prevalencia de la depresión en los/las adolescentes de primero y segundo de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís se determinó que existe adolescentes con altibajos que son considerados normales, leve perturbación del estado de ánimo, con estados de depresión intermitentes, con Indicadores de Depresión Moderada, Indicadores de Depresión Grave y adolescentes con Indicadores de Depresión Extrema, determinando así que existen jóvenes con indicadores depresivos y que en entre los diversos eventos vitales estresantes se encontró: rupturas amorosas, separaciones de los padres, problemas legales de los padres, consumo de sustancias, abuso sexual en la infancia, enfermedades, fallecimiento de familiares, entre otros.
- Los factores específicos en la psicoterapia de la depresión, fueron el recurso principal para la elaboración del Plan de Intervención, orientados bajo las premisas, recursos, estrategias y técnicas que permitió un adecuado abordaje con los/las adolescentes que presentaron indicadores moderados, en donde a su vez en conjunto con el trabajo de los padres de familia y profesores permitieron alcanzar los objetivos propuestos de cada sesión.
- Mediante el uso del sistema SPSS se ingresó los datos del post-test, luego de la intervención psicológica, determinando así un promedio más bajo en los indicadores depresivos de los adolescentes.

- Se comparó los resultados haciendo uso de la prueba estadística T - student para muestras relacionadas, determinando así que existe una disminución entre el promedio del pre-test y el post-test, lo que nos indica que disminuyeron los indicadores depresivos.

9. RECOMENDACIONES

Recomendaciones para los adolescentes

- Continuar aplicando las técnicas propuestas durante las sesiones, ante los posibles conflictos que eventualmente se puedan presentar, permitiéndose un nuevo enfoque de resolución de los mismos.
- Mantener una comunicación asertiva frente a situaciones generadoras de estrés, permitiendo un diálogo abierto a la resolución de conflictos con los padres o educadores para una mejor convivencia.
- Generar rutinas para fomentar hábitos saludables que incluya sueño, alimentación, evitar el consumo de sustancias, mantener rutinas adecuadas de ejercicio.
- Practicar técnicas de relajación para disminuir las tensiones.
- Buscar actividades de índole recreativa para fomentar nuevas habilidades y el uso de su tiempo libre de manera productiva.

Recomendaciones para la Institución

- Crear espacios de escuela para padres con el objetivo de brindar estrategias para una educación afectiva y efectiva, sin el uso de violencia, fomentando a su vez la cohesión familiar y el involucramiento pleno para el cambio de hábitos inadecuados.
- Realizar sesiones de seguimiento mensuales y posteriormente trimestrales para evaluar que las adolescentes se encuentren manejando adecuadamente las técnicas aprendidas, y que los índices de depresión se mantengan bajos, trabajo que se lograría a través del Departamento de Consejería Estudiantil.
- Realizar jornadas de prevención en depresión mediante el involucramiento de los estudiantes, generando alternativas de promoción de manera didáctica.

- Capacitar a los docentes sobre trastornos emocionales, para que puedan detectar síntomas y orientar a las estudiantes a acceder al Departamento de Psicología de forma oportuna.

10. BIBLIOGRAFÍA

- American Academy of Pediatrics (2014) La Salud del Adolescente. *Revista Healthy Children*. Recuperado de: https://www.healthychildren.org/Spanish/tips-tools/e-magazine/Documents/HC%20Adolescents%202014_Spanish_FNL_NEW.pdf
- American Psychiatric Association.(2013) Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Barcelona - España: Editorial Masson (pp. 323-352)
- Aponte, V (2011). Terapia Breve Centrada en Soluciones Aplicada a un Caso de Duelo Patológico.(Estudio de caso) Universidad Católica Boliviana San Pablo, La Paz, Bolivia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v9n1/v9n1a6.pdf>
- Aylanda, L. y Westa, B. (2006). The Good Way model: A strengths-based approach for working with young people, especially those with intellectual difficulties, who have sexually healthyabusive behavior. *Journal of Sexual Aggression*, (Vol. 12, pp 189-201) Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461545463004.pdf>
- Balmes (2019) Terapia Centrada en Soluciones. Recuperado de: <https://www.tandempsicoterapia.com/modelos/terapia-centrada-en-soluciones>
- Bellack, L.(1986) Manual de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia. Mexico: El Manual Moderno S.A.
- Betania, A. (2011) Las Habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos patológicos. *Fundamentos en Humanidades*. Universidad Nacional de San Luis: Argentina. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/184/18424417009.pdf>
- Beyebach, M. (2014). La Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones. En A. Moreno Fernández. (Ed.), *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 449-480). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Bowlby, J. (1979). *The Making and Breaking of Affectional Bonds*. London and New York: Routledge. (ed. cast.: Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol, II, Separation*, Londres. Hogarth Press. (ed. cast.: *Vínculos afectivos: Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Ediciones Morata).
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2000): *Adolescencia y juventud en América Latina y el Caribe: problemas, oportunidades y desafíos en el comienzo de un nuevo siglo*. Santiago de Chile: CEPAL.
- De Jong, P., Kim Berg, I. (s.f.) *Interviewing For Solutions*. Recuperado de: https://irp-cdn.multiscreensite.com/f39d2222/files/uploaded/Workbook_Interviewing_4_Solutions_4e.pdf
- De Shazer, S. (1988). *Clues. Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton
- De Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Donas Burak, S. (2001). *Protección, riesgo y vulnerabilidad: Sus posibles aplicaciones en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud integral de los adolescentes y las adolescentes*. Cartago: Libro Universitario Regional. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=78518428010>
- Dorado, O. (2019) *Características Inmaduras del Pensamiento según Elkind*. Recuperado de: <https://eresmama.com/caracteristicas-inmaduras-del-pensamiento-adolescente/>
- Eccles, J. S., Wigfield, A., & Byrnes, J. (2003). *Cognitive development in adolescence*. En A. I. B. Weiner (Ed.) & R. M. Lerner, M.A. Easterbrooks, & J. Mistry (Eds.), *Handbook of psychology: Developmental psychology*. New York: Wiley.
- Ferreira, E. (2013) *Acontecimientos vitales y su impacto sobre los síntomas y los trastornos emocionales en los Adolescentes* (Tesis Doctoral) Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.

-Finlay – Jones, R., y Brown, G. W. (1981) Types of life event and the onset of anxiety and depressive disorders. *Psychological medicine*, 11(4), 803-815. Doi:

10.1111/j.S0033291700041301

Fisch, R., Weakland, J.H. y Segal, L. (1982). *The tactics of change*. New York: Norton.

Garza Lagüera González, Anapaula (2016) *Terapia breve en un caso de autolesión no suicida*. Maestría thesis, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Gerstner RMF, Soriano I, Sanhueza A, Caffé S, Kestel D.(2018) Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Pan American Journal of Public Health*.

Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49163>

Gonzalez - Fortalez, C., Hermosillo de la Torre, C., Vacio, M, Peralta, R. Wagner, F. (2015)

Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico*. Recuperado de:

<http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v72n2/1665-1146-bmim-72-02-00149.pdf>

Güemes M., González M., Hidalgo M. (2017) Pubertad y Adolescencia. *Revista de*

Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia, Vol.

5. Recuperado de:

<https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol5num1-2017/07-22%20Pubertad%20y%20adolescencia>.

Guías De Práctica Clínica En El SNS (2014) Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Recuperado de:

http://www.guiasalud.es/egpc/depresion/completa/documentos/anexos/Anexo_5_Informacion_para_pacientes.pdf

Healing, S., y Bavelas, J.B. (2011). Can questions lead to change? An analogue experiment.

Journal of Systemic Therapies, 30, 30-47

Iglesias, J.L. (2013) Desarrollo del Adolescente: Aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Pediatría Integral. Recuperado de: <https://www.pediatriaintegral.es/numeros-antteriores/publicacion-2013-03/desarrollo-del-adolescente-aspectos-fisicos-psicologicos-y-sociales/>

Íñiguez, L. (2003). La Psicología Social en la encrucijada postconstruccionista.

Historicidad, subjetividad, performatividad, acción. Ponencia presentada en el XII Encuentro Nacional de la Abrapso. 15-17 de octubre. Porto Alegre.

Íñiguez, L. (2007). Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas en la Psicología

Social de la era «postconstruccionista». FERMENTUM. Revista Venezolana de Sociología y Antropología, 17 (50), 523-534.

Jadan, C. (2017). Depresión en adolescentes de 14 a 16 años del Colegio 27 de febrero de la ciudad de Loja. (Proyecto Fin de Carrera). Universidad Nacional de Loja, Ecuador.

Johnson, J (1986). Life events as stressors in childhood and adolescence. Developmetal

Clinical Psychology and Psychiatric Series. (Vol 8) England: Sage ed Ferreira, E.

(2013) Acontecimientos vitales y su impacto sobre los síntomas y los trastornos emocionales en los Adolescentes (Tesis Doctoral) Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona, España.

Kuhn, D. (2006). Do cognitive changes accompany developments in the adolescent brain?

Perspectives on Psychological Science. Columbia: Sage DOI: 10.1111/j.1745-6924.2006.t01-2-.x

Larson, R., Ham, M. (1993) Stress “Stor and Stress” in early adolescence: The Relationship of negative events with dhysporic affect. Developmental Psychology, 29(1), 130-140.

Doi: 10.1037/0012.1649.29.1.130

- Lipchik, Derks, Lacourt & Nunnally. (2004) *Terapia Centrada en la Solución: Mas allá de la Técnica - El Trabajo con las Emociones y la Relación Terapéutica*. Madrid, España: Amarrortu editores
- Lopez, M., Gonzalez, N., Andrare, P. Oudhof, H. (2012) *Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes*. *Salud Mental vol. 35 nro. 1*: Mexico
- Lozano, A (2014, Julio) *Teoría de Teorías sobre la Adolescencia. Última Década* Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19531682002>
- Mahler, M. (1990) *Estudios 2 Separación – Individuación*. Buenos Aires – Argentina: Editorial PAIDOS
- Mahler, M. (1990) *Estudios 2 Separación – Individuación*. Buenos Aires – Argentina: Editorial PAIDOS
- Mardomingo, M.(2008) *Psiquiatría para padres y educadores*. Madrid: Narcea S.A.
- Mcconville, M. (2009). *Adolescentes: El self emergente y la psicoterapia*. Madrid: Sociedad de Cultura.
- Ministerio de Educación (2019) *Modelo de atención integral de los departamentos de consejería estudiantil*. Ecuador. Pág. 27. Recuperado de: https://educacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/03/modelo_atenci%C3%B3n_integral_departamentos_de_consejer%C3%ADa_estudiantil_-_dece.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014) *La Depresión: Información para pacientes, familiares y Allegados*. España: KRISOLA DISEÑO, S.L.
- Mullen D, Hendren R. El niño o adolescente suicida. En: Parmelee D, David R. *Psiquiatría del niño y el adolescente*. 1998. p. 229-240.
- Muñoz, A. (s.f.) *Desarrollo Cognitivo: El pensamiento del Adolescente*. Recuperado de: <https://www.cepvi.com/index.php/psicologia-infantil/desarrollo/desarrollo-cognitivo-el-pensamiento-del-adolescente>

- Nava, C. (2009, noviembre) La Maternidad en la Adolescencia. Contribuciones a las Ciencias Sociales. Recuperado de: <http://www.eumed.net/rev/cccss/06/cmnf.htm>
- Olsson, I. G.; Nordström, M. L.; Arinell, H.; Von Knorring, A. (1999). Adolescent depression and stressful life event: a case-control study within diagnostic subgroups. *Nordic Journal of psychiatry*, 53 (5), 339-346. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n2/15.pdf> 1, 59-67.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Día Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://www.who.int/topics/depression/es/>
- Orozco, F. (2016) Antología Desarrollo Humano II. Publicado en Academia.Edu. Unideal Universidad, Tehuantepec, México. Recuperado de: https://www.academia.edu/30268706/Antolog%C3%ADa_Desarrollo_Humano_2_LP
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2009) *Psicología del Desarrollo*. México: MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2009) *Psicología del Desarrollo*. México: MCGRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V
- Páramo, M.A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*, 29, 85-95.
- Pasqualine, D. Llorens, A. (2010, Agosto) Salud y Bienestar de los Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. Buenos Aires, Argentina: OPS/OMS – Facultad de Medicina
- Pita, S., Vila, M.T., & Carpena, J. (2002). Determinación de factores de riesgo. Atención primaria en la red. Recuperado de: https://www.fisterra.com/mbe/investiga/3f_de_riesgo/3f_de_riesgo2.pdf
- Reynolds, W.M. (2004). Depresión en adolescentes. Un problema contemporáneo y sus perspectivas. *Avances en Psicología Clínica*, 16 (1), 261-316

- Rhodes, J., Ajmal, Y. (1995). *Solution Focused Thinking in Schools*. London: BT Press.
- Rodríguez, C. (2019) Preadolescencia: Transición de la Niñez a la Adolescencia. Educa y Aprende. Recuperado de: <https://educayaprende.com/preadolescencia/>
- Rosillo, G. (2005) Depresión en la Adolescencia(Proyecto). Universidad de la Sabana, Colombia.
- Ruiz, P.J. (2013) Psicología del Adolescente y su entorno. Madrid: Ediciones Mayo S.A.
- Sánchez, M., Alcazar, A. y Olivares, J. (1999). Las Técnicas Cognitivo - Conductuales en Problemas Clínicos y de Salud; Meta Análisis de la Literatura Española. *Psicothema*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/727/72711316.pdf>
- Serrano (1990) Enseñanza y Aprendizaje. En a Sarmiento, M. (2007) La enseñanza de las matemáticas y las ntic. Una estrategia de formación permanente. Recuperado de: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8927/D-TEISIS_CAPITULO_2.pdf?sequence=4
- Sheeber, L. B.; Davis, B.; Leve, C.; Hops, H.; Tildesley, E. L. (2007). Adolescents' relationships with their mothers and fathers: association with depressive disorder and subdiagnostic symptomatology. *Journal of abnormal psychology*, 116 (1), 144-154. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v29n2/15.pdf>
- Suarez (2010) Eventos Vitales Estresantes. En a Saeb, S. (2016) Acontecimientos vitales estresantes asociados a la sintomatología depresiva y postraumática en puérperas mexicanas expuestas a violencia extrema ambiental. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona, España
- Suarez, c. (2010) La Importancia de los Análisis de los Acontecimientos Vitales Estresantes en la Práctica Clínica. *Revista Médica la Paz vol. 16 nro. 2: La Paz*
- Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental psychology*, 28, 522-530.

Zarragoita, A. (2011) *Depresión: Generalidades y Particularidades*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas

11. ANEXOS

Anexo N° 1: Inventario de depresión de Beck

Inventario de Depresión de Beck

NOMBRE:

EDAD:

CURSO:

PARALELO:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección (se puntuará 0-1-2-3).

1.

	No me siento triste
	Me siento triste.
	Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
	Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2

	No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
	Me siento desanimado respecto al futuro.
	Siento que no tengo que esperar nada.
	Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

	No me siento fracasado.
	Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
	Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
	Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

	Las cosas me satisfacen tanto como antes.
	No disfruto de las cosas tanto como antes.
	Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
	Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

	No me siento especialmente culpable.
	Me siento culpable en bastantes ocasiones.
	Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
	Me siento culpable constantemente

6.

	No creo que esté siendo castigado.
	Me siento como si fuese a ser castigado.
	Espero ser castigado.
	Siento que estoy siendo castigado.

7.

	No estoy decepcionado de mí mismo.
	Estoy decepcionado de mí mismo.
	Me da vergüenza de mí mismo.
	Me detesto.

8.

	No me considero peor que cualquier otro.
	Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
	Continuamente me culpo por mis faltas
	Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

	No tengo ningún pensamiento de suicidio
	A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
	Desearía suicidarme.
	Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

	No lloro más de lo que solía llorar.
	Ahora lloro más que antes.
	Lloro continuamente.
	Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

	No estoy más irritado de lo normal en mí.
	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
	Me siento irritado continuamente.
	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12.

	No he perdido el interés por los demás.
	Estoy menos interesado en los demás que antes.
	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
	He perdido todo el interés por los demás.

13.

	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
	Evito tomar decisiones más que antes.
	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
	Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

	No creo tener peor aspecto que antes.
	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
	Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

	Trabajo igual que antes.
	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
	Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
	No puedo hacer nada en absoluto.

16.

	Duermo tan bien como siempre.
	No duermo tan bien como antes.
	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

	No me siento más cansado de lo normal.
	Me canso más fácilmente que antes.
	Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
	Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

	Mi apetito no ha disminuido.
--	------------------------------

	No tengo tan buen apetito como antes.
	Ahora tengo mucho menos apetito.
	He perdido completamente el apetito.

19.

	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
	He perdido más de 2 kilos y medio.
	He perdido más de 4 kilos.
	He perdido más de 7 kilos.
	Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20.

	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21

	No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
	Estoy menos interesado por el sexo que antes.
	Estoy mucho menos interesado por el sexo.
	He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:**Puntuación Nivel de depresión***

- 1-10Estos altibajos son considerados normales.
 11-16Leve perturbación del estado de ánimo.
 17-20Estados de depresión intermitentes.
 21-30Depresión moderada.
 31-40Depresión grave.
 + 40Depresión extrema.

Anexo N° 2: Hoja de respuestas calificación y perfil inventario de depresión de Beck

		Calificación	Gráfico				Dimensiones
			1	2	3	4	
1	0 1 2 2 3 A B C D E -						Estado de ánimo
2	0 1 2 2 - - A B C D - -						Pesimismo
3	0 1 2 2 3 - A B C D E -						Fracaso
4	0 1 1 2 3 - A B C D E -						Descontento
5	0 1 2 2 3 - A B C D E -						Sentimientos de culpa
6	0 1 2 3 3 - A B C D E -						Necesidad de castigo
7	0 1 1 2 3 - A B C D E -						Odio a sí mismo
8	0 1 2 2 - - A B C D - -						Autoacusaciones
9	0 1 2 2 2 3 A B C D E F						Impulsos suicidas
10	0 1 2 3 - - A B C D - -						Llanto
11	0 1 2 3 - -						Irritabilidad

	A B C D - -						
12	0 1 2 3 - - A B C D - -						Aislamiento social
13	0 1 2 3 - - A B C D - -						Incapacidad de decisión
14	0 1 1 3 3 - A B C D E -						Imagen corporal
15	0 1 2 3 - - A B C D - -						Incapacidad para el trabajo
16	0 1 2 3 - - A B C D - -						Trastornos de sueño
17	0 1 3 - - - A B C D - -						Fatigabilidad
18	0 1 2 3 - - A B C D - -						Pérdida del apetito
19	0 1 2 2 - - A B C D - -						Pérdida de peso
20	0 1 2 2 3 - A B C D E -						Hipocondría
21	0 1 2 3 - - A B C D - -						Pérdida de libido
PUNTUACIÓN							
DIAGNÓSTICO:							

Corrección e Interpretación

Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

- 1-10.....Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16.....Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20.....Estados de depresión intermitentes.
- 21-30.....Depresión moderada.
- 31-40.....Depresión grave.
- + 40.....Depresión extrema.

Anexo N° 3: Historia Clínica Psicológica

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
PSICOLOGÍA CLÍNICA
HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA**

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre: -----
Lugar y fecha de nacimiento: -----
Edad: -----
Sexo: -----
Orientación Sexual: -----
Estado civil: -----
Número de hijos: -----
Instrucción: -----
Profesión: -----
Ocupación: -----
Religión: -----
Dirección Domiciliaria: -----
Procedencia: -----
Lugar de residencia: -----

2. Motivo de consulta

3. Enfermedad Actual

4. Historia Pasada de la Enfermedad:

5. Psicoanamnesis Personal Normal y Patológica:

5.1. PRENATAL:

5.2. NATAL:

5.3. INFANCIA:

5.4. PUBERTAD, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD:

5.5. MADUREZ

6. Historia Social:

7. Historia Laboral:

8. Historia Psicosexual:

9. Examen de funciones psicológicas:

10. Diagnóstico Presuntivo:

11. Exámenes Psicológicos:

12. Psicoanamnesis Especial:

12.1. Factores Predisponentes:-----

12.2. Factores Determinantes: -----

12.3. Factores Desencadenantes: -----

13. Diagnóstico Diferencial:

14. Diagnóstico Definitivo:

15. Pronóstico:

16. Recomendaciones:

Jéssica Gabriela Mendoza Morocho

Elaborado por

Anexo N° 4: Consentimiento Informado para padres de familia

Consentimiento Informado de Participación en Proyecto de Investigación

Mediante la presente, se le solicita su autorización para la participación de su hijo/hija en el presente estudio enmarcado en el Proyecto de titulación “Plan de Intervención psicológico basado en la Terapia Breve Centrado en Soluciones para adolescentes con indicadores depresivos”, perteneciente a la Universidad Nacional de Loja.

Dicho Proyecto tiene como objetivo(s) principal(es), ejecutar un Plan de Intervención basado en la Terapia Breve Centrado en Soluciones para adolescentes con indicadores depresivos. En función de lo anterior es pertinente la participación de su hijo/hija en el estudio, debido a que, luego de la aplicación de un cuestionario se determinó indicadores depresivos moderados, por lo que mediante la presente, se le solicita su consentimiento informado.

La colaboración de su hijo/hija en esta investigación, consistirá en participar en una charla de dos horas , una vez por semana durante un periodo de un mes, lo cual se realizará mediante técnicas que involucren la terapia breve centrada en soluciones y será realizada en la misma institución bajo los permisos correspondientes del Director de la Institución Fray Juan Luna, y las Licenciadas del departamento de bienestar estudiantil, cabe mencionar que las charlas antes comentadas serán ordenadas de tal forma que los estudiantes no pierdan horas de clases que perjudiquen su rendimiento académico, adicionalmente se llamaría para una reunión a los padres de familia para hacer conocedor de los procedimientos.

Los alcances y resultados esperados de esta investigación son disminuir los indicadores depresivos moderados, por lo que los beneficios reales o potenciales que su hijo/hija podrá obtener de su participación en la investigación son: resolución en conflictos, control de impulsos, afianzar su autoestima entre otras. Además, la participación en este estudio no implica ningún riesgo de daño físico ni psicológico para su hijo/hija y se tomarán todas las

medidas que sean necesarias para garantizar la salud e integridad física y psíquica de quienes participen del estudio.

El acto de autorizar la participación de su hijo/hija en la investigación es absolutamente libre y voluntario. Todos los datos que se recojan, serán estrictamente anónimos y de carácter privados. Además, los datos entregados serán absolutamente confidenciales y sólo se usarán para los fines científicos de la investigación. El responsable de esto, en calidad de custodio de los datos, será el Investigador Responsable del proyecto, quien tomará todas las medidas necesarias para cautelar el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la correcta custodia de estos.

El investigador Responsable del proyecto y la Universidad Nacional de Loja aseguran la total cobertura de costos del estudio, por lo que la participación de su hijo/hija no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación en este estudio no involucra pago o beneficio económico alguno.

Si presenta dudas sobre este proyecto o sobre la participación de su hijo/hija en él, puede hacer preguntas en cualquier momento de la ejecución del mismo. Es importante que usted considere que la participación en este estudio es completamente libre y voluntaria, y que existe el derecho a negarse a participar sin tener que dar explicaciones ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión.

Ya que la investigación ha sido autorizada por la Universidad Nacional de Loja y que sigue los parámetros correspondientes para su ejecución.

Desde ya le agradecemos su participación.

Investigador Responsable

Jéssica Gabriela Mendoza Morocho

Fecha_____

Yo _____,
representante de _____, en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente que mi hijo/hija participe en la investigación “Plan de Intervención basado en la Terapia Breve Centrado en Soluciones para adolescentes con indicadores depresivos”, conducida por Jéssica Gabriela Mendoza Morocho, investigadora de la Universidad Nacional de Loja.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y resultados esperados de este estudio y de las características de la participación. Reconozco que la información que se provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio.

He sido informado(a) de que se puede hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Nombre y firma de
Representante

Jéssica Gabriela Mendoza Morocho
Investigador responsable

Anexo N° 5: Consentimiento Informado para estudiantes**Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

La presente investigación es conducida por Jéssica Gabriela Mendoza Morocho, de la Universidad Nacional de Loja. La meta de este estudio es conseguir los datos correspondientes a fin al tema de investigación. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas de una encuesta. Esto tomará aproximadamente 15 minutos de su tiempo. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por _____. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente _____ minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha

Anexo N° 6: Memoria Fotográfica

Aplicación Inventario de depresión de Beck



Sesiones con adolescentes



Sesión con los padres



Sesión con los profesores



Anexo N° 7: Certificado de traducción



CENTRO DE ESTUDIOS DE IDIOMA INGLÉS
FINE-TUNED ENGLISH

Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés, del Resumen de Tesis titulada: "PLAN DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA BASADO EN LA TERAPIA BREVE CENTRADA EN SOLUCIONES PARA ADOLESCENTES CON INDICADORES DEPRESIVOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL SAN FRANCISCO DE ASÍS", autoría de la alumna Jéssica Gabriela Mendoza Morocho, con número de cédula 1104681737, egresada en la Carrera de Psicología Clínica, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 03 de Septiembre de 2019



Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

Anexo N° 8: Proyecto de tesis



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

TITULO:

Plan de Intervención Psicológica basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones para adolescentes con indicadores depresivos de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís.

AUTORA: Jessica Gabriela Mendoza Morocho

Proyecto de tesis previo a la
obtención del título de Psicóloga
Clínica

LOJA - ECUADOR

2018 - 2019

a. Tema

PLAN DE INTERVENCION PSICOLOGICA BASADO EN LA TERAPIA BREVE
CENTRADA EN SOLUCIONES PARA ADOLESCENTES CON INDICADORES
DEPRESIVOS DE LA UNIDAD EDUCATIVA FISCOMISIONAL SAN FRANCISCO
DE ASÍS.

b. Problemática

La adolescencia es una etapa llena de cambios importantes, en donde se ven involucrados los procesos de maduración biológica, psíquica y social del individuo, dentro de esta última se evidencian circunstancias como, la adquisición de nuevas responsabilidades, experimentar nuevas sensaciones, búsqueda de identidad y la toma de decisiones propias, es así que al transitar este periodo vital, determinará su vida adulta.

Los factores de riesgo y protección son determinantes dentro de las esferas de vida de los adolescentes, por lo que, al encontrarse frente a circunstancias que aumenten las probabilidades de generar alteraciones del estado de ánimo y no tengan los mecanismos suficientes de afrontamiento puede desembocar en una serie de situaciones como, baja autoestima, conductas agresivas, abuso de sustancias, problemas de atención, entre otras; estas secuelas pueden agravarse y desarrollar indicadores depresivos, finalmente con el tiempo y sin el debido tratamiento convertirse en un trastorno, perjudicando así, dependiendo del caso, de manera irreversible sus esferas de vida y al individuo.

La depresión se define como “un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración” (DSM 5, 2013), la depresión se puede manifestar como leve, moderada o grave, siendo ésta última la causa de suicidios, en los casos de menor intensidad requerirá de medicamentos y de ayuda profesional (OMS, 2017).

Existe una estrecha relación entre la depresión y el suicidio que resulta de un comportamiento de autoagresión cuya finalidad es la propia muerte, datos estadísticos ponen de manifiesto que alrededor del mundo, 800 000 personas optan por el suicidio, siendo la segunda causa de muerte en personas entre 15 – 24 años de edad, lo cual genera un grado de

alerta a la comunidad, ya que la depresión se considera prevenible y sus índices en vez de disminuir van en aumento.

Según el último informe sobre el suicidio en la Región de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud, las tasas de suicidio de adolescentes comprendidos en edades de 10 a 19 años son de 7,5 cada 100.000 habitantes (P.A.H.O, 2018).

Es así que en nuestro país, la tasa de suicidio en el 2014 fue del 6,5 (8,6 en hombres y 4,4 en mujeres), en donde se registró un mayor porcentaje en zonas urbanas y el método más frecuente fue el ahorcamiento, seguido por el envenenamiento con pesticidas (Gerstner, 2018).

Cabe recalcar lo preocupante de los datos estadísticos antes expuestos y más aún debido a que las cifras van en incremento, sin embargo una de las principales formas de detección de adolescentes con indicadores depresivos es a través de padres de familia, los mismos adolescentes, o docentes que por medio de los Departamentos de Consejería de las Unidades Educativas, receptan los casos, sin embargo es llamativo que dentro del Modelo de Atención Integral de los Departamentos de Consejería, se encuentra que “El área psicoemocional de los DECE, no deberá efectuar procesos de atención psicoterapéutica con los estudiantes o cualquier otro miembro de la comunidad educativa. Sin embargo, su aporte es la identificación de casos que puedan requerir psicoterapia, a partir de lo cual deberán referir dichos casos para ser asistidos por instancias competentes, informarlo a los padres, madres o representantes sobre la situación de forma oportuna y realizando el debido seguimiento que dé cuenta de los avances del estudiante. Todas estas funciones se enmarcan en lo que denominamos atención primaria, en donde el área psicoemocional es el lugar donde se interviene de manera inmediata y directa frente a una problemática relacionada con la subjetividad del estudiante” (MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LOS DEPARTAMENTOS DE CONSEJERÍA, 2019), es así que la labor del Psicólogo Clínico,

por reglamentos se limita a la promoción y prevención, más no de tratamiento, de tal forma que mientras se busca el ente competente para tal labor, pueden suceder diversas situaciones, entre ellas el que los síntomas se agudicen y desencadene un intento autolítico.

Dado el alto índice de adolescentes con depresión y que su máxima expresión es el suicidio, es importante encontrar la manera de intervenir y trabajar soluciones ante los indicadores depresivos, para lo cual dentro del campo de la Psicología Clínica, existen diversas propuestas terapéuticas, entre una de ellas la Terapia Breve Centrada en Soluciones la cual busca potenciar los recursos de los individuos para que de esta forma puedan resolver de una forma más adaptativa, los problemas cotidianos.

Dentro de los estudios realizados sobre la eficacia de la intervención psicológica los datos difieren de una terapia a otra, por un lado se ha encontrado que la terapia cognitivo conductual aplicado a un caso de depresión (Antón, 2016), se observa que aunque en relación a los resultados obtenidos se observa una clara mejoría de la paciente del pre-tratamiento al post-tratamiento, dado que la puntuación obtenida se reduce de una puntuación directa de 31 (depresión severa) a 17 (en “riesgo de sufrir una depresión”, donde la puntuación se encuentra comprendida entre 10 y 19 puntos). Según los puntos de corte establecidos, la paciente ya no presenta un trastorno depresivo mayor, observamos que la ansiedad se ha reducido ligeramente en todas las dimensiones pero una de las desventajas es el tiempo proporcionado que va con una duración mínima de doce sesiones, otro enfoque de tratamiento psicoanalítico (Villalba, 2010), estaría indicado en pacientes muy perfeccionistas, fuerte motivación, buen control de impulsos, situaciones que en muchos de los casos con los adolescentes no se va a encontrar y que según (Villaba, 2010), las contraindicaciones son la escasa motivación y la poca capacidad para formar una alianza terapéutica, generando poca adherencia al tratamiento y no obteniendo los resultados esperados, se agrega aquí el factor cultural ya que por medio de creencias en relación a la labor del profesional del área de la

salud mental o debido a estilos educativos inapropiados que no generan alternativas de solución efectivas ante los problemas, estas circunstancias entorpecen el trabajo, perpetuando los estados anímicos alterados.

La Terapia Breve Centrada en Soluciones muestra resultados favorables ante distintas situaciones como agresiones sexuales (Aylanda y Westa, 2006), duelo Patológico (Aponte, 2011), autolesión no suicida (Garza, 2016), entre otros; por tales motivos en el desarrollo de esta investigación se pretende mediante la aplicación de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, obtener resultados favorables y disminuir los indicadores depresivos en los adolescentes.

Por tal motivo se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿La intervención psicológica basada en la Terapia Breve Centrada en Soluciones produce un impacto en los indicadores depresivos de los alumnos de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís de la ciudad de Loja?

c. Justificación

La depresión constituye en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes, ya que los índices de suicidios van en incremento, entre alguna de las principales dificultades nace de las creencias perpetuadas por nuestro medio, en donde no se le da la importancia que merece a los indicadores depresivos y por ende no se busca alternativas para disminuir tales indicadores.

Una de las principales razones por las que se realiza esta investigación es, que, desde el punto de vista evolutivo, la adolescencia es una etapa de formación de identidad para la vida adulta, la cual está llena de incertidumbre ante lo que vendrá, los nuevos retos, etc, por lo que estos cambios representan agentes estresantes vitales, que de no ser orientados con el cuidado que requieren, existe el riesgo de que se presenten alteraciones del estado del ánimo, otra de las razones fundamentales es que, por medio del Departamento de Consejería Estudiantil, se receptan necesidades específicas de los estudiantes, entre ellas, alteraciones del estado de ánimo, e incluso intentos autolíticos, pero que, debido a los protocolos limitantes, no se permite una intervención terapéutica, retrasando así el trabajo y dando paso a que exista la posibilidad de que los indicadores depresivos se exacerbe.

Por tales motivos, el presente trabajo de investigación pretende identificar aquellos adolescentes que muestren indicadores depresivos y con el uso de la Terapia Breve Centrada en Soluciones buscar que los adolescentes, potencialicen sus propios recursos y puedan identificar, en su vida los momentos que son indispensables para su desarrollo y la forma en la que debe desenvolverse en cada uno de ellos.

Es así que se pretende que los adolescentes, generen una consciencia de estos pequeños logros e identifiquen que es posible repetirlos en diversas situaciones del diario vivir, para conseguir una resolución de conflictos con criterio formado (Venegas, 2009).

Las investigaciones indican que mediante el uso de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, es posible disminuir los síntomas y aún más porque las características de esta terapia nos ofrecen un enfoque de corta duración, mediante la aplicación del presente proyecto se busca identificar tal eficacia, otras terapias nos proponen, como lo es, la Cognitivo Conductual, centrarse en los problemas mientras que mediante el plan de intervención basado en soluciones se piensa centrar en tales (Nezu, Nezu, Lombardo, 2006 y De Shazer, 1988). Por lo tanto se hace énfasis que mediante la Terapia Breve Centrada en Soluciones, lo que se busca es analizar, cuáles son los recursos del adolescente o identificar aquellos momentos en donde no se presenta el problema, de esta forma se pretende obtener objetivos relacionados con un futuro en donde no esté presente el problema, según Beyebach, (1995), se busca identificar lo que si funciona y satisface al paciente, mediante la Terapia Breve Centrada en Soluciones buscaremos la solución adecuada en cada individuo para la resolución de sus problemas.

Por los datos antes citados es que el presente trabajo se adecúa a los casos de los/las adolescentes, de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís, con indicadores depresivos, en donde se busca que logren afrontar de una manera más adaptativa situaciones de la vida diaria y puedan centrarse en sus recursos personales para resolverlos.

d. Objetivos

Objetivo general

Determinar la eficacia del plan de intervención psicológico basado en la terapia breve centrada en soluciones en los adolescentes con indicadores depresivos de la unidad educativa fiscomisional san francisco de asís.

Objetivos específicos.

- Identificar a los/las adolescentes que presenten indicadores depresivos moderados dentro del primero y segundo de bachillerato de la Unidad Educativa San Francisco de Asís, mediante el uso del Inventario de Depresión de Beck.
- Diseñar y ejecutar un Plan Terapéutico tomando como base la Terapia Breve Centrada en Soluciones con los estudiantes que presentaron indicadores de depresión moderada.
- Aplicar un post-test a los estudiantes que presentaron indicadores de depresión moderada.
- Comparar los resultados obtenidos antes y después de la aplicación del Plan de Intervención Psicológico basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones con los estudiantes que presentaron indicadores de depresión moderada.

e. Metodología

Tipo de Investigación

Para el desarrollo del presente estudio se utilizará una investigación de tipo correlacional, la cual demuestra la relación entre las variables, indicadores depresivos (dependiente) y el Plan de Intervención Psicológico basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones (independiente), y de corte longitudinal, con lo se puede observar los cambios a través del tiempo entre las variables.

Diseño de la investigación

La presente investigación tendrá un diseño experimental que permitirá observar durante el proceso los cambios que produce el Plan de Intervención con los adolescentes que presentaron indicadores de depresión moderada.

Universo y muestra

La Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís de la ciudad de Loja dentro del primero y segundo de bachillerato consta con un número de 213 estudiantes, que representa el total de universo, la muestra estará conformada por 15 estudiantes que presenten indicadores de depresión moderada que serán seleccionados mediante la aplicación del Inventario de depresión de Beck, tomando en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión

- Adolescentes que estén cursando el primero y segundo de bachillerato de la Unidad Fiscomisional San Francisco de Asís
- Presentar indicadores depresivos moderados
- Disposición a colaborar con la investigación.

Criterios de exclusión

- Adolescente con diagnóstico psiquiátrico.

- Presentar discapacidad severa
- Ausencia de disposición para colaborar con el estudio

Lugar de investigación

La investigación se desarrolló en la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís de la ciudad de Loja, ubicado en la calle Imbabura 13-46 entre Bernardo Valdivieso y Bolívar, de la parroquia Sucre en donde se ofrece un nivel educativo de inicial, educación básica y bachillerato, el tipo de la Unidad Educativa es fiscal.

Técnicas e instrumentos

Para el desarrollo de las actividades en primera instancia se usó el Inventario de depresión de Beck, el cuál es un auto informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más, para delimitar la muestra con la que se trabajó, posterior a ello con cada adolescente se procedió a recolectar la información por medio de la Historia Clínica Psicológica la cual se compone de anamnesis, exploración física, psicopatológica y complementaria, orientación diagnóstica, orientación pronóstico, tratamiento y evolución, continuando así con la aplicación de la Terapia Breve Centrada en Soluciones el cual es un enfoque psicoterapéutico en donde sus premisas parten de la objetividad de plantear soluciones enfocadas en aspectos del ser humano que generen o generaron malestar, en donde luego de su aplicación, se realizó un post test mediante el Inventario de depresión Beck.

Instrumentos.

Historia clínica psicológica.

Es un registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente. Contiene desde la anamnesis, es decir, el interrogatorio sistemático efectuado al paciente desde que se inició su asistencia, hasta los informes de las exploraciones complementarias realizadas por el psicólogo o por los servicios más sofisticados del hospital. Para Guzmán y

Arias (2012), la historia clínica se compone de: anamnesis, exploración física, psicopatológica y complementaria, orientación diagnóstica, orientación pronóstico, tratamiento, evolución y comentarios.

Inventario de Depresión de Beck.

El BDI es un auto informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1993). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

El BDI-II. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. En general, requiere entre 5 y 10 minutos para ser completado; aunque los pacientes con depresión grave o trastornos obsesivos a menudo pueden tardar más tiempo en cumplimentarlo.

Las instrucciones para el BDI-II solicitan a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluido el día de hoy, para ser consistente con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que

corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Técnicas.

Terapia breve centrada en soluciones.

Es un modelo terapéutico desarrollado por el Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Estados Unidos, bajo la dirección de Steve de Shazer e Insoo Kim Berg. Es un modelo adscrito al movimiento sistémico (García, 2013), la Terapia Sistémica pone su acento en la organización del sistema, las formas de interactuar que tienen los integrantes de una pareja o familia, promoviendo el cambio estructural que necesita para dejar de ser disfuncional (Del Rio, s.f.).

(Rhodes y Ajmal, 1995) proponen algunas generalidades y puntos específicos como:

- Un énfasis en el pasado y en detalles concretos del problema, no son siempre necesarios para el desarrollo de soluciones.
- Siempre existen excepciones al problema, es decir, momentos en los que el problema no lo es tanto o está ausente.
- El paciente tiene recursos, por lo que es importante saberlos identificar durante la consulta.
- Cambios pequeños pueden llevar a cambios más generalizados.
- El paciente tiene diversas formas de cooperar con el tratamiento.
- La centralización de las metas, si la meta del paciente es ignorada, entonces el tratamiento es muy probable que no sea efectivo.

Procedimiento

Para proceder con el Plan de Intervención Psicológico basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones se requiere de los siguientes pasos a seguir:

- Permiso dirigido a las autoridades tanto de la Universidad Nacional de Loja como de la Unidad Educativa, para aplicar el Inventario de depresión de Beck a los/las estudiantes de primero y segundo de Bachillerato de la Institución.
- Se informó a los estudiantes sobre el procedimiento para la aplicación del Inventario de Beck, posterior se hizo firmar el acta de consentimiento informado a los/las estudiantes.
- Se aplicó el Inventario de depresión del Beck a todos los estudiantes de primero y segundo de bachillerato de la Unidad Educativa Fiscomisional San Francisco de Asís, los cuales representaron un universo de 213 estudiantes,
- Se elaboró la tabla estadística con los resultados que se obtuvo de la aplicación del Inventario de depresión Beck, se ingresó los datos al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), en donde se determinó el porcentaje de adolescentes con altibajos que son considerados normales (56,3%), leve perturbación del estado de ánimo (21,1%), estado de depresión intermitentes (8,9%), depresión moderada, depresión grave (5,2%) y depresión extrema (0,5%), en donde se delimitó una muestra de 17 estudiantes, sin embargo dos de ellos desertaron del Plan de Intervención debido a la falta de consentimiento informado de parte de los padres o representantes, por lo que la muestra estuvo conformada de 15 estudiantes.
- Se emitió un informe con los resultados correspondientes a la Institución con el objetivo de pedir a las autoridades mediante oficio, el continuar con la aplicación del Plan de Intervención basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones.
- Se puso en contacto con los padres de familia o representantes de los/las adolescentes con indicadores de depresión moderada y se obtuvo el consentimiento informado y se procedió

con la recolección de información para la elaboración de la Historia Clínica Psicológica ya que, en el manual del Inventario de Beck, en su uso clínico manifiesta que el test se desarrolló como indicador de la presencia y el grado de los síntomas depresivos que coinciden con los del DSM-IV, y no como un instrumento para especificar un diagnóstico clínico, siendo así necesaria la recolección de información, dicho proceso se desarrolló a lo largo de siete semanas.

- Posterior a la recolección de información se procedió a lo largo de cuatro sesiones con una duración de dos horas cada una, durante un mes y se ejecutó el Plan de Intervención Psicológico basada en la Terapia Breve Centrada en Soluciones.
- Concluidas las sesiones se llevó a cabo un post-test con los/las adolescentes que participaron del Plan de Intervención, se ingresó los datos al Sistema SPSS, lo cual nos permitió identificar que existe disminución en los indicadores depresivos, siendo que del total de la muestra de estudiantes que coincidían con depresión moderada; disminuyó al 73,3% a altibajos que son considerados normales; el 6,7% a leve perturbación del estado de ánimo y el 20% a estado de depresión intermitentes.
- Se elaboró los cuadros estadísticos con los resultados obtenidos del pre – test y pos test haciendo uso de la prueba estadística T – student, la misma que nos permitió comparar y determinar que existe una disminución en los indicadores depresivos.
- Al finalizar las sesiones con los/las adolescentes se llevó a cabo una sesión con los profesores y los padres de familia de los estudiantes.

Análisis de datos

Proceso de análisis de datos.

El análisis e interpretación de los datos obtenidos a través del Inventario de Depresión de Beck, fueron ingresados al programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), mediante el cual se tabuló y se obtuvieron los datos correspondientes a cada objetivo; al final

del estudio se hizo uso del programa SPSS y la prueba estadística t student que sirve para la medición de muestras relacionadas.

h. Presupuesto y financiamiento

El financiamiento del proyecto de investigación será asumido en su totalidad por la autora:

MATERIALES E INSUMOS	COSTOS
Textos	100.00
Servicio de internet	100.00
Copias e impresiones	400.00
Empastado de tesis	80.00
Gastos de movilización	400.00
Disertación final (implementos)	80.00
TOTAL	1.160.00