



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TESINA DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
“PSICÓLOGO CLÍNICO”**

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:

**“PSICOTERAPIA BREVE EN LA DEPRESIÓN DE LOS
ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TÉCNICO
FISCAL LICTO, PERÍODO MARZO – AGOSTO 2015”.**

AUTORES: MÓNICA FERNANDA CALUÑA REINOSO

NAOMI VALERIA PILATUÑA HERNANDEZ

TUTOR: PSIC. CL. MAYRA CASTILLO

RIOBAMBA, 2015.

Riobamba 24 de Diciembre del 2015

CERTIFICO

Que las señoritas **Naomi Valeria Pilatuña Hernández** con CI 0603959016 y **Mónica Fernanda Caluña Reinoso**, con CI 0604258913, estudiantes de la Carrera de Psicología Clínica, se encuentra apta para realizar la defensa privada de su proyecto de investigación, **“PSICOTERAPIA BREVE EN LA DEPRESIÓN DE ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TÉCNICO FISCAL LICTO, PERÍODO MARZO-AGOSTO 2015”** para obtener el título de Psicólogas Clínicas.

Es todo lo que puedo informar para los fines consiguientes.

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and lines, positioned above the name of the signatory.

Psic. Cl. Mayra Castillo

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA DE PSICOLOGIA CLINICA.

AUTORIZACION DEL TRIBUNAL.

Nosotros como miembros del Tribunal. Por medio de la presente hacemos conocer que las Srtas. Mónica Fernanda Caluña Reinos con cedula de identidad N° 0604258913 y Naomi Valeria Pilatuña Hernández con cedula de identidad N° 0603959016, egresada de la Carrera de Psicología Clínica, se encuentra apta para realizar la Defensa Publica con el Tema: PSICOTERAPIA BREVE EN LA DEPRESIÓN DE LOS ADOLESCENTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO TÉCNICO FISCAL LICTO, PERÍODO MARZO – AGOSTO 2015.

Es todo lo que podemos informar para los fines académicos correspondientes

Riobamba, 15 de Enero del 2015.

Atentamente



Psic. Cl. Mayra Castillo

TUTOR DEL TRABAJO INVESTIGATIVO


Dra. Isabel Cando

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL


Mg. Ramiro Torres

MIEMBRO DEL TRIBUNAL.

DERECHO DE AUTORÍA

Yo, Naomi Valeria Pilatuña Hernández, con CI 0603959016 soy responsable de todo el contenido de éste trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo



Naomi Valeria Pilatuña Hernández
CI 0603959016

Yo, Mónica Fernanda Caluña Reinoso, con CI 0604258913 soy responsable de todo el contenido de éste trabajo investigativo, los derechos de autoría pertenecen a la Universidad Nacional de Chimborazo



Mónica Fernanda Caluña Reinoso
CI 0604258913

AGRADECIMIENTO

A Dios por darme la vida haciendo posible lograr mis metas. Porque me iluminas y estas siempre a mi lado para seguir adelante.

A mis padres, por su inmenso apoyo y comprensión demostrándomelo en todo momento, sacrificándose gran parte de su vida en educarme para convertirme en una persona de provecho.

Siempre viviere inmensamente agradecida con esa mujer luchadora que a pesar de sus adversidades supo sacarme adelante sembraron en mi corazón esperanza y amor, porque ahora ven su anhelo realizado, el fruto de desvelos y el logro de ambiciones.

Naomi Pilatuña

Agradezco Dios, por darme la vida y sabiduría para poder llegar hasta este momento tan importante de mi vida, a la Universidad Nacional de Chimborazo por tener verdaderos académicos que imparten sus conocimientos y sabidurías para formar verdaderos profesionales que estarán al servicio de la sociedad.

Mónica Caluña Reinoso

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de tesina a Dios, quién supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, a mis padres pilares fundamentales en mi vida, por su esfuerzo en convertirme en la persona que ahora soy por haber sido ellos siempre mi ejemplo a seguir de lucha y constancia y a una persona especial por brindándome su apoyo incondicional en este largo camino.

Naomi Pilatuña

A mi madre Elizabeth Reinoso quien fue padre y madre que supo guiarnos y con su esfuerzo logro sacarnos adelante, a mi pareja Cesar García que siempre ha estado pendiente, apoyándome incondicionalmente en todo momento y a mi querida y amada hija quien me da la fuerza para seguir luchando y alcanzar mis metas deseadas.

Mónica Caluña Reinoso

ÍNDICE GENERAL

TÍTULO DEL PROYECTO DE TESINA:	I
ACEPTACIÓN DEL TRIBUNAL	II
ACEPTACIÓN DEL TUTOR	III
DERECHO DE AUTORÍA	IV
AGRADECIMIENTO	V
DEDICATORIA	VI
ÍNDICE GENERAL	VII
ÍNDICE DE CUADROS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS	IX
RESUMEN	X
ABSTRACT	XI
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
PROBLEMATIZACIÓN	3
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.3. OBJETIVOS	5
1.3.1. OBJETIVO GENERAL	5
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	5
1.4. JUSTIFICACIÓN	6
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	8
2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	9
2.2. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL	9
2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	9
2.3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	9
2.3.2. PSICOTERAPIA BREVE	11
2.3.2.1. Definiciones:	11
2.3.2.2. Fundamentos teóricos de la Psicoterapia Breve	11
2.3.2.3. Objetivo de Psicoterapia Breve	14
2.3.2.4. Estructura general de la terapia breve	15
2.3.2.5. Puntos esenciales en la Psicoterapia breve	16
2.3.2.6. Características de la Psicoterapia Breve	16
2.3.2.7. Tres factores de la relación terapéutica	17
2.3.2.8. Sesiones de la Psicoterapia Breve	19
2.3.2.9. Procedimiento terapéutico	20
2.3.2.10. Técnicas de cambio en la psicoterapia breve	22
2.3.3. DEPRESIÓN	24
2.3.3.1. Definiciones:	24
2.3.3.2. Síntomas de la depresión según Beck	24

2.3.3.3.	El modelo cognitivo de la depresión	25
2.3.3.4.	Tipos de depresión	29
2.3.3.5.	Depresión en adolescentes	30
2.3.3.6.	Factores desencadenantes de la Depresión en adolescentes	31
2.3.3.7.	Causas de la depresión en adolescentes	35
2.3.3.8.	Sintomatología de la depresión en adolescentes	37
2.3.3.9.	Consecuencias de la depresión en adolescentes	40
2.3.3.10.	Tratamientos	40
2.3.4.	MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO	41
2.4.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	45
2.5.	HIPÓTESIS Y VARIABLES	47
2.5.1.	HIPÓTESIS	47
2.5.2.	VARIABLES	47
CAPÍTULO III		
3.1.	MÉTODOS:	50
3.1.1.	TIPO DE INVESTIGACIÓN	50
3.1.2.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:	51
3.1.3.	TIPO DE ESTUDIO	51
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA	51
3.2.1.	POBLACIÓN	51
3.2.2.	MUESTRA	51
3.3.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	52
3.4.	TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	54
CAPÍTULO IV		
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS		55
4.1.	RESULTADOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI	56
4.2.	COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	60
CAPÍTULO V		
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		61
5.1.	CONCLUSIONES	62
5.2.	RECOMENDACIONES	63
BIBLIOGRAFÍA		64
ANEXOS		66
ANEXO 1: Protocolo De Intervención De Psicoterapia Breve		67
ANEXO 2: Inventario de Depresión de Beck BDI		68
ANEXO 3: Aplicación del Inventario de Depresión de Beck BDI		73

ÍNDICE DE CUADROS

TABLA N° 1:	NIVELES DE DEPRESIÓN DE LA MUESTRA DEL COLEGIO DE BACHILLERATO FISCAL LICTO	56
TABLA N° 2:	RESULTADO GLOBAL DEL TEST Y RETEST DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1:	NIVELES DE DEPRESIÓN DE LOS ESTUDIANTES DEL COLEGIO DE BACHILLERATO FISCAL LICTO	56
GRÁFICO N° 2:	RESULTADO GLOBAL DEL TEST Y RETEST DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI	58

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo evaluar la influencia de la Psicoterapia Breve en la depresión de los adolescentes del Colegio De Bachillerato Técnico Fiscal Licto período Marzo-Agosto 2015. Este estudio se realizó con una muestra de 19 estudiantes de sexo femenino y masculino en edades comprendidas entre 14 y 17 años, para la evaluación el instrumento utilizado fue el Inventario de Beck BDI del Dr. Aaron Beck Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown para identificar los niveles de depresión antes y después de la aplicación de la intervención psicoterapéutica. El tipo de estudio es transversal, descriptivo, de campo y cuasi experimental. Después de aplicar las técnicas de psicoterapia breve entre los resultados obtenidos se evidenciaron: antes el 21% leve perturbación en el estado de ánimo y después solo el 10%. La depresión en adolescentes es una respuesta transitoria a diversas situaciones y factores de estrés, como consecuencia del proceso normal de maduración y los conflictos de independencia con los padres.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE IDIOMAS

SUMMARY

This research aims to analyse the influence of Brief Psychotherapy treatment to reduce the level of depression in students coursing the first year at Technician Licto high school, the period is from March to August, 2015. This study was conducted by taking a sample from 19 male and female students from ages between 14 and 17 years old, Beck Inventory BDI Dr. Aaron T. Beck Aaron Beck, Robert A. Steer and Gregory K. Brown was used to identify levels of depression before and after application of psychotherapy. The type of study is transversal, descriptive and quasi-experimental field. After applying brief psychotherapy on students, the main result was a decreased levels of depression whereas 90% of students showed improvement. This information allowed us to verify the hypothesis; In conclusion, Brief Psychotherapy is an effective treatment for Licto high school teenagers suffering from depression.

Reviewed by

Ing. Paul Obregón M

Docente del Centro de Idiomas

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



INTRODUCCIÓN

Según Papalia & Wendkos, la adolescencia es el periodo que transcurre en la niñez y la edad adulta, es un concepto que se deriva de la palabra latina que significa “crecer hasta la madurez” donde el adolescente presenta cambios en su cuerpo y mente pero que no sólo acontece en el propio individuo sino que también se conjuga con su entorno.

El adolescente en la actualidad es un ser vulnerable por lo que se encuentra inmiscuido en actividades de tipo social; presentando comportamientos delictivos, pandillismo, consumo de sustancias psicoactivas y suicidio, a nivel individual se identifican la drogodependencia y trastornos relacionados con la ansiedad, alteraciones en la conducta alimenticia reflejadas en la bulimia y la anorexia nerviosa; los cuales pueden generar conductas desadaptativas o conducir a la aparición de trastornos del estado del ánimo como la depresión.

La depresión en los adolescentes comúnmente se manifiesta de una manera distinta a la que se encuentra entre los adultos que la experimentan, pueden mostrarse rebeldes a expresar abiertamente sus sentimientos y pueden revelar actitudes equivalentes de depresión tales como el aburrimiento o la inquietud así como la incapacidad de estar a solas o bien en continua búsqueda de nuevas actividades (Wicks & Israel, 1997).

En la actualidad se hace más evidente en los adolescentes ya que se encuentran en una etapa de cambios constantes donde su personalidad se vuelve sensible a los cambios físicos, psíquicos y sociales dando como resultado que la mayoría de los adolescentes buscan apoyo fuera de su ámbito familiar como amigos, compañeros personas que se encuentren con sus mismas dificultades tratando de obtener soluciones que en la mayoría resultan fallidas.

Este trabajo se presenta en capítulos en los que se consideran los siguientes aspectos:

CAPÍTULO I

Se detalla el planteamiento del problema y la importancia de llevar a cabo la investigación además los objetivos que se pretenden alcanzar al concluir este trabajo y la justificación.

CAPÍTULO II

Hace referencia al marco teórico con sus dos variables en estudio mediante el análisis de teorías científicas referentes al tema.

CAPÍTULO III

Contiene la metodología utilizada el tipo y diseño de investigación, las técnicas de recolección, procesos de datos, población, muestra y los resultados estadísticos obtenidos mediante el test y redes.

CAPÍTULO IV

Se encuentra el análisis estadístico mediante la presentación de cuadros y gráficos para analizar e interpretar.

CAPÍTULO V

Se presenta las conclusiones y recomendaciones alcanzadas después del trabajo psicoterapéutico con los adolescentes del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto.

CAPÍTULO I

PROBLEMATIZACIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en los adolescentes es un problema de salud pública, se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, sentimientos de dolor profundo, ira, irritabilidad, falta de entusiasmo, angustia, frustración y soledad que impiden que los adolescentes continúen con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado.

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), la depresión es una enfermedad frecuente se calcula que afecta a unos 350 millones de personas, el trastorno es la principal causa mundial de discapacidad afectando con mayor frecuencia a las mujeres, convirtiéndose en un problema de salud serio especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, causando sufrimiento, alteración de las actividades laborales, escolares y familiares, en el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales (O.M.S., 2012).

En América Latina y el Caribe sufren el 5% de la población pero seis de cada diez no reciben tratamiento, en el Ecuador después de las secuelas por el maltrato y la violencia la depresión es la enfermedad más atendida en el país, los datos se recogieron del último informe oficial del Ministerio de Salud Pública y del Congreso Regional de Psiquiatría realizado en República Dominicana a fines de junio pasado. En la reunión se afirmó que la depresión es la principal enfermedad psiquiátrica en la Región y que según la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el 2020 será no solo la primera causa de discapacidad en el mundo sino también una de las principales causas de morbilidad (Comercio, 2014).

Este trastorno es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes de ambos sexos de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años, se estima que en 2012 fallecieron 1,3 millones de adolescentes en todo el mundo una enfermedad que afecta el estado de ánimo, la manera en la que piensa, come, duerme, presentando una autoestima baja (El Diario, 2013).

En la Provincia de Chimborazo, en la Parroquia Licto, las autoridades de Colegio del Bachillerato del Colegio Licto presumen la existencia de depresión en los adolescentes de la Institución, mediante la realización de una evaluación se pudo constatar adolescentes con síntomas depresivos como: ansiedad, tristeza, inseguridad, sentimientos de desesperanza, pesimismo, culpa, inutilidad, baja autoestima e ideas de muerte.

Por eso es necesaria la aplicación de la psicoterapia breve en los adolescentes de la Institución, con el fin de evaluar su eficacia en los síntomas depresivos siendo beneficiados de esta manera los adolescentes, profesores y padres de familia

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Influye la Psicoterapia Breve en la depresión de los adolescentes del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto, período Marzo – Agosto 2015?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la influencia de la Psicoterapia Breve en la depresión de los adolescentes del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto, período Marzo – Agosto 2015.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a los adolescentes que presentan depresión del primer año de bachillerato.
- Aplicar las técnicas de psicoterapia breve en los adolescentes que presentan depresión.
- Analizar los resultados de la aplicación de Psicoterapia Breve en la depresión de los adolescentes del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto.

1.4. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad los adolescentes se encuentran vulnerables ante los sucesos diarios que rodean el desarrollo del adolescente, así como las características biológicas, psicológicas y sociales, pueden verse convertidas en factores de protección o en factores de riesgo que faciliten la aparición de patologías relacionadas con el estado de ánimo.

Actualmente la depresión en los adolescentes se ha ido incrementada progresivamente ya que en años anteriores la depresión se presentaba en la adultez, esto se debe a que últimamente confunden o no saben el significado de lo que es una depresión (Wicks & Israel, 1997).

Es importante realizar este estudio con los adolescentes ya que se los considera seres vulnerables que experimentan inquietudes y dudas, poco entendidos por la familia y la sociedad, llegando a una etapa evolutiva donde atraviesa por diversos cambios físicos y cognitivos afectando la salud mental impidiendo que se relacionen adecuadamente con su entorno de una manera positiva, por estas razones el trabajo de investigación está relacionado a la depresión que afecta día a día a los adolescentes y así pues pretende informar la sintomatología y la prevención de la depresión en el Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto.

A través de la aplicación de la psicoterapia se desea disminuir los niveles de depresión en los adolescentes. Considerando que la psicoterapia breve promueve un mayor crecimiento y desarrollo de la mente al liberar las energías y aptitudes que hasta el momento permanecían ligadas a los conflictos, una vez liberada esta energía puede ser reutilizada para el adecuado y satisfactorio desenvolvimiento de la personalidad, para disfrutar de la vida de forma positiva y sostenible.

Al aplicar las técnicas de la psicoterapia breve se podrá mejorar la comunicación, atención, concentración, estados de ánimo, identificar las emociones con los demás, fortalecer la autoestima y una adecuada integración con los miembros de su entorno.

De no darse esta investigación no se hubiera podido dar una explicación del fenómeno de la depresión en los adolescentes de la institución educativa, mediante esta propuesta se realiza un diagnóstico de la situación para llevar a cabo un tratamiento terapéutico, creando modelos de programa con intervención, este enfoque se sustenta con la aproximación, comunicación, respeto mutuo entre adolescentes varones y mujeres del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto.

La presente investigación es factible ejecutarla ya que contamos con el permiso respectivo de las autoridades, el compromiso de colaboración de los docentes que laboran en el instituto y el interés de los adolescentes, además existe información bibliográfica con respecto al tema.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación tiene el lineamiento de la Universidad Nacional de Chimborazo de la facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Psicología Clínica.

Línea macro:

- Salud Integral

Sub línea:

- Conducta, salud mental, social, familiar e individual.

2.2. POSICIONAMIENTO TEÓRICO PERSONAL

La presente investigación se fundamenta en los aportes teóricos de los siguientes autores:

Leopold Bellak (1999) que define a la psicoterapia breve como: “Orienta y selecciona los síntomas principales más perturbadores, sus causas dentro del mayor marco posible y después proporciona las conceptualizaciones más claras de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias”.

Dr. Aaron T. Beck (2010) que la define a la depresión como: “Es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.”

2.3. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

2.3.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mediante la revisión bibliográfica, se ha verificado que existen diversos estudios sobre Psicoterapia breve y depresión en adolescentes.

- En la Universidad de Panamá se realizó la investigación “Psicoterapia breve intensiva de urgencia aplicada a mujeres víctimas de violencia conyugal que

presentan problemas de depresión”. Autora: Aleyda Herazo (2004). Los resultados se obtuvieron utilizando criterios como el método de evaluación subjetiva, la validación social y el análisis grado de las mejorías reportadas por las pacientes Nuestra investigación apunta al hecho de que la PBIU contribuye al bienestar y desarrollo de una condición digna para enfrentar las dificultades de la vida. Consideramos además que el enfoque particular de la PBIU en el que se permite aplicar técnicas cognitivo conductuales de sistemas psicodinámicas entre otros permite un abordaje amplio de los problemas que reportan las pacientes.

- En la Universidad de Almeria se realizó la investigación “Efectividad de la psicoterapia breve en el tratamiento de los trastornos mentales comunes en los servicios públicos de salud mental: ensayo clínico con diseño de dos grupos aleatorizados con evaluación pre y post tratamiento”. Autores: Luengo Castro, Marco Antonio (2015). Una vez analizados los datos se puede concluir que el Programa de Psicoterapia Breve ha resultado ser una opción viable y efectiva. A los dos y tres años obtiene tasas de recuperación cercanas al 80% de los sujetos. El Tratamiento Habitual obtiene tasas de recuperación de entre el 49-54%. Aunque a corto plazo los primeros 6 meses y hasta el año, los resultados son bastante similares en ambos grupos, a medio y largo plazo, a los dos y tres años, el programa de Psicoterapia Breve resulta más efectivo, con efectos más duraderos y con menor utilización de recursos que el Tratamiento Habitual para los Trastornos mentales comunes en los Centros de Salud Mental públicos.

- En el ISEP de Valencia se realizó la investigación “depresión y adolescencia”. Autor: Guillermo Rosillo (2011). La adolescencia es una etapa de cambios significativos tanto físicos como psicológicos que afectan directamente tanto a la identidad como a la autoestima del individuo, se entiende que puede ser una población del alta vulnerabilidad; de aquí que la depresión en adolescentes sea considerada como objeto de estudio de diversas investigaciones, las cuales han resultado algunos factores relacionados con esta identidad, asumiéndola como un padecimiento multifactorial

2.3.2. PSICOTERAPIA BREVE

2.3.2.1. Definiciones:

Orienta y selecciona los síntomas principales más perturbadores, sus causas dentro del mayor marco posible y después proporciona las conceptualizaciones más claras de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias. También se enfoca en lo que ha sido aprendido en forma deficiente, que necesita ser desaprendido y reaprendido de la manera más eficaz (Bellak, 1999).

La terapia breve se sitúa exclusivamente en el presente, usa herramientas terapéuticas en un tiempo más corto y su fin es el cambio de un comportamiento específico en lugar de uno a gran escala o más profundo. Su énfasis está en incrementar la autoeficacia y la motivación para el cambio, así como en la empatía y la alianza terapéutica desarrollada con el consultante, empleando, entre otras, técnicas de escucha reflexiva que le permiten identificar cómo, cuándo y por qué podría cambiar. (Gantiva Díaz, 2009).

2.3.2.2. Fundamentos teóricos de la Psicoterapia Breve

La Psicoterapia Breve surgió a causa de necesidades en 1946, posterior a la 2da guerra mundial para atender a los veteranos de guerra, sólo que la administración de los veteranos de guerra sólo les permitía 3 sesiones de consulta, tiempo que después se prolongó a 6 sesiones (limitados recursos). Para responder a su demanda se diseñó un método de psicoterapia que no sólo fuera de apoyo de alivio o de consejo. Bellak a partir de este diseño terapéutico con enfoque psicoanalítico, lo especializó para pacientes en rehabilitación cardíaca y tuberculosis. Ya en el 48 lo extendió a pacientes psicóticos y neuróticos. Básicamente creó la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, esta selecciona y se enfoca en los síntomas principales, los que perturban su funcionamiento, es decir, selecciona el problema para tratamiento no el paciente, busca su causa dentro de un marco de referencia amplio y luego proporciona una comprensión de lo que enferma orientado a una posible intervención psicoterapéutica.

El origen de la terapia breve se encuentra en la orientación hacia el logro del insight como el objetivo principal en la psicoterapia breve (Bellack & Siegel, 1983; Golfried, Greemberg & Mamar, 1990), el interés en el aquí y el ahora de la terapia conductual y el establecimiento de una relación terapéutica empática de la terapia centrada en el cliente. Se ha identificado y utilizado un amplio número de modelos de terapias breves (Epstein & Brown, 2002), entre los que se pueden citar la terapia interaccional estratégica breve en pacientes alcohólicos (Berg & Miller, 1992; Berg, 1995), no como un enfoque global, sino como un conjunto de técnicas a aplicar en un paquete de tratamiento amplio; la terapia psicodinámica breve (Garske & Molteni, 1985), que incluye elementos como el contrato terapéutico, tareas entre sesiones y establecimiento de límites, procedimientos que algunos autores consideran como un acercamiento a la terapia de conducta (Rodríguez-Naranjo, 2000); la psicoterapia expresiva de apoyo (Luborsky, 1984), un enfoque de terapia psicodinámica adaptada al abuso de sustancias; la terapia breve de familia, utilizada desde enfoques diversos, al igual que la terapia breve de grupo (Kristen, 1999; Epstein & Brown, 2002) con resultados efectivos (Lowinson, Ruiz & Millman, 1997); terapias cuyo método se centra en la solución de problemas, la realización de tareas, aproximaciones cognitivo conductuales y la intervención en crisis (Dulmus & Wodarski, 2002).

La terapia breve, representa la integración de los principios derivados de las teorías del comportamiento, del aprendizaje social y de la terapia cognitiva. Supone el enfoque más comprensivo para tratar diferentes problemáticas y consiste en el desarrollo de estrategias destinadas a incrementar el control personal que el cliente tiene sobre sí mismo. La intervención se basa en considerar al cliente como un científico, en el sentido de que se le anima a recurrir al método científico para contrastar empíricamente sus ideas o creencias y a estudiar su comportamiento de forma sistemática (Meichenbaum & Cameron, 1982), identificando los antecedentes y consecuentes del comportamiento problema a fin de potenciar y desarrollar habilidades para enfrentarse con éxito a situaciones de riesgo y prevenir situaciones difíciles. La investigación ha demostrado que los individuos que aprenden habilidades mediante la terapia breve, mantienen lo aprendido en el tratamiento tras un año de seguimiento (Carroll, Rousanville,

Nich, Gordon Wirtz & Gawin, 1994). Sus bases teóricas están en la motivación de logro (McClelland, Atkinson, Clark & Lowell, 1953) y en la teoría de la autoeficacia (Bandura, 1977; 1982; 1986) que busca explicar la relación entre las percepciones de la competencia y adaptación personal, así como el ajuste y el bienestar psicológico.

Adicionalmente, sostiene que el inicio y el mantenimiento de los comportamientos y de los cursos de acción están determinados por los juicios y expectativas con respecto a las habilidades y capacidades personales y la probabilidad de ser capaz de afrontar con éxito las demandas y los desafíos ambientales. Estos mismos factores desempeñan un papel importante en el ajuste, la disfunción psicológica y en los efectos de las intervenciones terapéuticas de los problemas emocionales y comportamentales. Desde la perspectiva teórica de la autoeficacia los individuos son capaces de auto-evaluar y autoregular su comportamiento; por tanto, pueden ejercer control directo sobre este y moldear de forma activa su ambiente (Maddux, 1995).

La autoeficacia se refiere a las creencias de las personas acerca de sus capacidades para controlar los eventos que afectan sus vidas (Bandura, 1989) y para poner en marcha la motivación, los recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer control sobre las demandas del medio (Bandura, 1990). Así, los juicios de las personas acerca de su autoeficacia se orientan “no hacia las habilidades que tienen, sino hacia los juicios acerca de lo que pueden hacer con las habilidades que poseen” (Bandura, 1986). La terapia breve está encaminada a fomentar la autoeficacia de las personas para lograr la disponibilidad del cambio. En la medida en que una persona incrementa su sentido de competencia y eficacia en un contexto específico a través de la terapia, tendrá mayor disponibilidad de cambio y se obtendrán resultados positivos.

La motivación, el otro aspecto de interés en la terapia breve, se considera como un estado de disponibilidad al cambio y no como un rasgo de personalidad; como estado, puede cambiar con el tiempo o de una situación a otra. Desde la teoría del control de la acción (Kuhl, 1986; citado por Barberá, 2002), al hablar de

motivación se parte de una clara diferenciación entre tendencia motivacional, intencionalidad y acción, donde los impulsos, deseos y expectativas son determinantes del grado de compromiso con la acción. Una vez se ha llegado a la intención, existe una serie de procesos que median la etapa volitiva hacia la conducta. En síntesis, la terapia breve debe ayudar a los consultantes a comprender que ellos originan sus problemas emocionales y conductuales incitados por sus propias creencias; en consecuencia, son ellos quienes pueden cambiarlos (incremento de la tendencia motivacional y de la intención de cambio). Por esto, deben fijarse metas y encontrar razones para modificar o interrumpir sus comportamientos problema e identificar las situaciones con mayor probabilidad de presentar la conducta problema, para desarrollar estrategias que les permita enfrentarse a ellas (Gantiva Díaz, 2009).

2.3.2.3. Objetivo de Psicoterapia Breve

El objetivo de la intervención de la terapia breve consiste en interrumpir el círculo vicioso que se ha creado entre las soluciones intentadas por el paciente y la persistencia del problema. Se intenta entender "cómo funciona" ese problema y no "por qué existe". Esto permite avanzar hacia intervenciones más rápidas y eficaces. Una vez que conseguimos interrumpir el "más de lo mismo" habremos conseguido abrir una vía hacia el futuro y al verdadero cambio.

Si bien la Terapia Breve como lo indica su nombre, implica tratamientos mucho más cortos respecto a otras técnicas tradicionales en psicología, esto no significa que la Terapia Breve sea fácil, su principal enfoque involucra cambiar de una forma de pensar lineal (causa-efecto) a uno sistémico. Cada persona actúa en el marco de diferentes grupos sociales (familia, ámbito laboral, grupos de pares, etc.) los cuales dan un significado particular a las diferentes conductas y por lo tanto influye en ellas. La manera que interpretamos y abordamos una situación en particular. No se puede pensar en cambio sin tomar estos factores en cuenta. No se trata al individuo y su problema en forma aislada. Esta filosofía es la que permite a la Terapia Breve aplicarse adecuadamente tanto al tratamiento de familias, como de parejas, individuos, u otros sistemas de interacción humana.

Desde este enfoque nos centramos en las "soluciones intentadas" tratando de detener e incluso invertir el tratamiento usual que ha servido para exacerbar la situación, por más lógico que ese tratamiento parezca. Se parte del supuesto de que una vez bloqueado el circuito de retroalimentación que mantiene el problema, se tiene acceso a otras conductas más adaptadas. (Steven DeZhaser, 2002)

2.3.2.4. Estructura general de la terapia breve

Por ser un tipo de intervención centrada en la persona, en la cual se busca inducir la toma de conciencia y favorecer la toma de decisiones en el consultante con el fin de realizar cambios actitudinales y comportamentales que favorezcan su calidad de vida (Pérez, Valderrama, Cervera & Rubio, 2006; Stiles, Leiman, Shapiro, Hardy, Barkham, Detert & Llewelyn, 2006), el terapeuta que elija esta terapia debe desarrollar en conjunto con el consultante, una serie de procesos y pasos que permitan el logro de los objetivos de las intervenciones breves. En este sentido, Miller y Sánchez (1994) proponen una estructura básica de intervención breve denominada FRAMES, que consiste en:

1. Proporcionar retroalimentación sobre los posibles riesgos personales y sociales del comportamiento de la persona.
2. Enfatizar en la responsabilidad de la persona en su proceso de cambio.
3. Asesorar al consultante sobre su cambio de comportamiento.
4. Proveer al consultante una amplia gama de opciones de cambio.
5. Desarrollar una relación empática.
6. Fortalecer la autoeficacia en el consultante sobre su capacidad de cambio.

Estas fases no son estáticas, por el contrario son susceptibles de cambio en cuanto al orden y frecuencia, de acuerdo con las necesidades del consultante, sus problemáticas y el contexto en el cual se encuentra (Gantiva Díaz, 2009).

2.3.2.5. Puntos esenciales en la Psicoterapia breve

- Se enfoca en los rasgos cruciales del trastorno que presenta: se trata de que el terapeuta comprenda al paciente de la forma más precisa posible.
- La teoría acerca del desarrollo de un síntoma: los síntomas son intentos personales de solucionar los problemas, de enfrentar la ansiedad o el conflicto.
- Toda psicoterapia como forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje: la Psicoterapia Breve se enfoca en lo que se ha aprendido eficientemente, y en lo que se ha aprendido de manera deficiente con el fin de desaprenderlo y reaprenderlo correctamente.
- La Psicoterapia Breve se enfoca y selecciona los síntomas más perturbadores y sus causas, luego se focaliza por los menos perturbadores.
- La Psicoterapia Breve puede cambiar la estructura disfuncional del paciente, haciendo una reacción Psicodinámica en cadena.
- La Psicoterapia Breve selecciona el problema para el tratamiento no al paciente.

2.3.2.6. Características de la Psicoterapia Breve

Principales características de la Psicoterapia Breve:

Tiempo: Se sugieren un número de cinco sesiones para la terapia breve, la sexta sesión es de seguimiento. Se indica una duración de 50 minutos lo que define la terapia breve, es la actitud de tiempo limitado por parte del terapeuta y del paciente.

Se centra particularmente en el presente más que en la historia lejana de la persona. Si bien tiene en cuenta el pasado como dato referencial, enfatiza en el presente y se orienta hacia el futuro, donde realmente se va a desempeñar el individuo.

Foco: Es un objetivo delimitado que mantiene centrados en la meta tanto al terapeuta como al cliente. Además, resulta muy útil para valorar los avances conseguidos y para fijar adecuadamente el momento de finalización de la terapia, una vez conseguidos los objetivos previstos (DeShazer, 2002).

2.3.2.7. Tres factores de la relación terapéutica

Transferencia

Se da cuando el paciente proyecta inconscientemente sobre su analista sentimientos, vivencias y emociones infantiles. De acuerdo a lo dicho, una persona verá y experimentará hacia su terapeuta los mismos deseos y prejuicios que tuvo hacia sus padres y/o personas significativas de su infancia, sin tener claro por qué lo hace. Se sentirá entonces enamorado, rechazado, experimentará angustias, temores y anhelos, que le resultan difíciles de expresar y mucho menos entender.

Transferencia positiva, surge cuando el analizado siente ciertas gratificaciones por parte del analista y se dispone hacia él con una actitud de amor, distinta a la cooperación consciente producto de la alianza terapéutica. Es el móvil más importante para superar las resistencias, o sea, hacer consciente lo inconsciente.

Alianza terapéutica

La alianza terapéutica tiene semejanza con lo que Greenson describe como la “alianza de trabajo”. Contribuye la disponibilidad del paciente para llevar a cabo procedimientos analíticos, identificar las actitudes analíticas, los métodos de trabajo y aceptarlos. La alianza permite al paciente trascender “un ego irracional, subjetivo, sufriente” con objeto de evaluar las reacciones emocionales con un “ego analista, observador, razonable”.

En la alianza terapéutica se pide al paciente ver lo irracional con la parte intacta, saludable y realista de su ego. Pero adicionalmente, con objeto de efectuar un cambio en un intervalo corto, en oposición con la relativa eternidad del psicoanálisis, la alianza terapéutica tiene un sentido de optimismo acerca del

cambio; la expectativa de que el terapeuta y el paciente trabajen cooperativamente en benigna sociedad, comprensión y sinceridad efectuaran el cambio; y que trabajando conjuntamente aliviaran los síntomas hasta llegar al paciente a un grado de comodidad. El esfuerzo no es solo para producir este sentido de expectación optimista sino también estimular la participación del paciente, combatir la pasividad, fomentar el desarrollo de la competencia y promover el movimiento en la terapia.

Contrato terapéutico de la Terapia Breve

Aún como parte de la primera sesión: además de preguntarle al paciente los antecedentes de una manera exhaustiva y establecer las bases de la relación transferencial y la alianza terapéutica también se establece una formulación del contrato terapéutico. El contrato debe ser un arreglo sobre metas y límites de tiempo y transacciones que involucran medidas adjuntas tales como fármacos o interacción con otra gente. El tiempo, precio y cualquier otro punto que pueda corresponder a la interacción terapéutica es importante que estos puntos queden bien aclarados en la psicoterapia breve como en cualquier otra forma de terapia.

Como en muchos otros aspectos, el contrato en la psicoterapia breve está mejor delineado y formulado que en otras formas de psicoterapia prolongada. Se explica a los pacientes que serán capaces de abordar y resolver sus problemas en cinco sesiones, cada una de las cuales durará 50 minutos aproximadamente, y en todos los casos saber de ellos cerca de un mes después de la 5a. sesión, por teléfono o en persona, y mencionen cómo se encuentran. Se agrega que 5 sesiones pueden ser suficientes y exitosas, pero si no lo fueran, será responsabilidad del terapeuta ver que el paciente obtenga la terapia necesaria de manera posterior, ya sea de parte del terapeuta o de alguien más. También se les menciona que si es necesario referirles a otro terapeuta los verán a lo largo de la terapia y, con su permiso, se estará presente en la primera sesión, haciendo un breve relato al terapeuta en presencia de él. También se menciona que si hay alguna razón para que se pongan en contacto con el terapeuta antes del mes, debe ser inmediatamente después de la 5a. sesión.

Se comunica al paciente que lo mejor es permitir que el proceso terapéutico concluya en forma espontánea y es mejor para él, dar a los resultados del tratamiento la oportunidad de solidificarse en vez de llamar la primera vez que sienta alguna perturbación, quizá porque se siente abandonado. Así, se anuncia (como parte del contrato) que se seguirá estando interesado en él y que se hará lo que sea necesario.

2.3.2.8. Sesiones de la Psicoterapia Breve

Para la Psicoterapia breve Leopold Bellak sugiere 5 sesiones y una 6 como seguimiento.

Primera Sesión

La primera sesión es indudablemente la más importante, la que comprende el trabajo más duro para el terapeuta y el paciente. Aborda los factores de relación terapéutica como: transferencia, alianza y contrato terapéutico, para obtener la primera impresión.

Al obtener la historia en especial se buscan los comunes denominadores entre el brote del síntoma principal, tomando en cuenta la manera de andar del paciente, posteriormente se preguntara ¿qué puedo hacer por usted?, en el síntomas secundarios se exploran áreas difíciles en el paciente que se relacionen con el síntoma principal y entrelazar el insight . Mientras que se escucha al paciente el terapeuta debe haber formulado hipótesis concernientes a la interacción. El terapeuta debe decidir en ese momento sobre el mejor plan de tratamiento tal como individual y sesiones conjuntas.

Segunda Sesión

Se relaciona con la primera sesión para mantener el foco de atención e incrementar el funcionamiento sintético-integrativo. Se explora de manera más amplia para conocer cualquier otro síntoma que pueda manifestar el paciente, se logra un mejor cierre, se reexaminan las bases para elegir áreas y métodos de intervención.

Tercera Sesión

Se hace un intento especial para trabajar con lo aprendido además de las posibles causas.

Cuarta Sesión

Se dedica a comprender más de cerca los problemas del paciente, discutiendo acerca de terminaciones y sus reacciones. Se hace una continuidad de las sesiones pidiéndole al paciente que interrelacione.

Quinta Sesión

Es la última sesión en la que se le pide al paciente que haga una reseña del período completo del tratamiento. Pretendiendo facilitar una transferencia positiva desechando ciertas neutralidades terapéuticas siendo más humano, platicando con el paciente quizá de un pasatiempo o interés en común de este modo se trata de indicar que tanto el paciente como el terapeuta son iguales.

Sexta Sesión

Es una sesión de seguimiento en el que se verificará la calidad de los logros terapéuticos y se decidirá si se necesita más trabajo o no.

2.3.2.9. Procedimiento terapéutico

Guiar y controlar la intensidad del proceso terapéutico

En gran medida, la Psicoterapia Breve puede ser eficaz por la naturaleza y manera de guiar el proceso terapéutico. El terapeuta debe tener tanto control sobre el proceso terapéutico como un conductor de su auto. Debe poder acelerar, frenar y conducir la terapia en direcciones óptimas.

Al prolongar el proceso de terapia, se usó el método de la atención selectiva o desatención para enfocar áreas que se considera apropiadas e importantes. Se intenta regular la cantidad 'de' ansiedad sentida por el paciente incrementándola a través de la interpretación de defensas, disminuyéndola con una serie de medidas

incluyendo la discusión de temas neutrales o disolviendo la atmósfera con una intervención relativamente corta.

En ocasiones, quizá sea necesario abandonar la posición de "neutralidad terapéutica" para permitir una actitud más relajada entre dos iguales o asumir el papel de ayudante activo (Bellak, 1999).

Facilitar la comunicación: un estilo apropiado es esencial

Lo que el paciente dice manifiestamente debe ponerse en duda y debe examinarse para buscar su posible contenido latente. Las dificultades surgen cuando los pacientes no pueden verbalizar con facilidad. Los individuos de inteligencia relativamente baja suelen tener dificultad para comunicarse verbalmente.

Hay otros que no tienen el vocabulario para describir lo que sienten o lo que piensan y sobre todo que no tienen la costumbre de contarle a otra persona lo que sienten. Se le tiene que solicitar al paciente que le diga, con palabras sencillas de uso diario, los detalles de los sucesos actuales, ya que sea los inmediatos al origen de la sintomatología o los que han ocurrido desde la última visita. Solicitando sentimientos y respuestas.

Facilitar el aprendizaje

Sobre todo, debe recordarse que la psicoterapia es un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje, es labor del terapeuta facilitarlos haciéndolo tan concreto, vívido y vistoso como sea posible. Se puede decir que al paciente se le puede comunicar casi todo, mediante un estilo apropiado para cada uno, aun ya sea la interpretación "más profunda" se puede hacer después de un tiempo relativamente corto, dado que se hizo en el estilo intelectual, conceptual y lingüístico apropiado. Para la interpretación es muy útil usar ejemplos vívidos para explicarlos conceptos.

Papel del terapeuta y resistencia a la terapia breve

Es importante que el terapeuta no pierda su autoestima debido a su entrega a la terapia breve; por ejemplo, debe entender que está realizando un trabajo valioso y no sólo tomando medidas momentáneas. Aquellos entrenados en psiquiatría dinámica y psicoanálisis han aprendido a respetar las declaraciones del paciente y jugar en la terapia un papel relativamente pasivo; receptivo y expectante. Sin embargo, es necesaria una mayor actividad mental por parte del profesional en la terapia breve. (Bellak, 1999)

2.3.2.10. Técnicas de cambio en la psicoterapia breve

- **Prueba auxiliar de realidad**

La memoria y el aprendizaje son fundamentales para desarrollar la prueba de realidad, y se convierten en las técnicas para tratar los funcionamientos defectuosos en esas zonas. El recuerdo de respuestas anteriores, más apropiadas, puede extraerse y contrastarse con la distorsión presente. El terapeuta puede enseñar la prueba de la realidad mediante la sugerencia de resultados de conducta, con interpretaciones alternativas de una situación o con los comentarios de una tercera persona, o adscribiendo motivaciones alternativas a la conducta de otro que el paciente puede estar malinterpretando.

La prueba auxiliar de realidad es necesaria según en qué proporción se encuentre perturbado un paciente y que tanta necesidad existe de que el terapeuta represente un papel como auxiliar para someter a prueba a la realidad, para que clarifique las distorsiones que el paciente hace. (Bellak, 1999)

- **Sensibilización a las señales**

La sensibilización a las señales tiene que ver con la percepción de las señales internas y externas bien podría clasificarse bajo la rúbrica de prueba de la realidad pero merecen atención como intervención terapéutica. El indicarles a los pacientes que no han prestado atención a las señales de advertencia que proceden o de ellos mismos o de otros, suele ser útil.

Si a un paciente se le pide que repase minuciosamente una situación o un suceso frecuentemente aporta al material necesario para mostrarlo al paciente que el recibió una señal pero que la ignora. (Bellak, 1999)

- **Intelectualización**

La intelectualización es muy útil para hacer que el paciente vea su conducta de manera nueva. Proporciona el inicio de una actitud hacia sus problemas, actitud que tal vez jamás se le hubiera ocurrido espontáneamente.

Esto sugiere la explicación precisa y clara de la problemática del paciente y la comprensión al menos intelectualmente hablando de los síntomas

El efecto de la intelectualización es con frecuencia el rompimiento de la negación, el de auxiliar en hacer consciente lo que es preconsciente, a su vez permitiendo con el tiempo un tipo de aprendizaje más rico en insight. (Bellak, 2004)

- **Seguridad y apoyo**

La técnica psicoterapéutica de dar seguridad presta apoyo al paciente ya sea de una manera implícita o explícita. Un buen ejemplo de apoyo y la seguridad implícita es la afirmación del terapeuta de que está a la disposición de los pacientes suicidas o en crisis de pánico las 24 horas del día. Mediante esta afirmación de disponibilidad, la cual, desde luego tiene que estar justificada por la práctica, el terapeuta le dice al paciente: Usted no está solo, yo estoy aquí como fuente de ayuda en cualquier momento que usted me necesite.

El apoyo en términos de que el terapeuta acepte los sentimientos que expresa el paciente, ya sean de agresión, sexualidad o aidez, le hace al paciente más fácil soportar la ansiedad. El hacer afirmaciones que lo tranquilicen es importante en ciertos momentos de la terapia, pero nunca puede ser la única medida que se tome si se espera proveer algo más que solo una ayuda. (Bellak, 1999).

2.3.3. DEPRESIÓN

2.3.3.1. Definiciones:

Es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. Una persona deprimida se vea a sí misma de una forma muy negativa, viéndose solo y desamparado en el mundo, a menudo se culpa a sí mismo por pequeñas faltas o defectos, es pesimista acerca de sí mismo y del mundo (Beck, 2010).

Según Navarro (1990) la depresión es cuando observamos que alguien pierde el interés por la vida o que su estado de ánimo negativo y abatido es muy notable, aun cuando tal vez sus circunstancias personales no son demasiado adversas. La depresión interfiere con la creatividad y hace que disminuya el gusto por el trabajo, las rutinas diarias; por otra parte, dificulta las relaciones con los demás. En depresiones con cierta severidad las personas se aíslan y llegan a mostrarse indiferentes por casi todo y es común que piensen en suicidarse.

2.3.3.2. Síntomas de la depresión según Beck

A la hora de determinar los problemas por los que va a comenzar el tratamiento, Beck se basa fundamentalmente en dos aspectos: los que sean más problemáticos para el paciente y los más susceptibles de interpretación terapéutica. Para ayudar a especificar los síntomas que relata el paciente de forma objetiva y concreta, Beck clasifica los distintos síntomas que presenta un depresivo en las siguientes categorías:

- **Síntomas afectivos:** tristeza, pérdida de la gratificación, apatía, pérdida de sentimientos, y afecto por otras personas, pérdida de la alegría, ansiedad.
- **Síntomas Motivaciones:** deseo de escapar (normalmente, vía suicidio); deseo de evitar “problemas” o incluso actividades cotidianas.
- **Síntomas Cognitivos:** dificultad para concentrarse, problemas de atención, dificultades de memoria, distorsiones cognitivas.

- **Síntomas Conductuales:** suelen ser reflejo de otros tipos de síntomas ya mencionados; se incluyen la pasividad (por ejemplo, quedarse en la cama o permanecer sentado en una silla durante horas), la evitación o huida del contacto con otras personas, la lentitud, la agitación.
- **Síntomas Fisiológicos o vegetativos:** alteraciones del sueño (tiempo de sueño por encima o por debajo de los períodos normales); del apetito (hiperfagia o hipofagia), etc.

2.3.3.3. El modelo cognitivo de la depresión

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967).

El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

La tríada cognitiva

Los esquemas

Los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información)

- **Concepto de tríada cognitiva**

La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El **primer** componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía, tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad.

El **segundo** componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el

mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas.

En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano.

El **tercer** componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente.

Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto.

La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.

Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga.

La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una “inhibición psicomotriz”.

- **Organización estructural del pensamiento depresivo**

Un segundo componente del modelo cognitivo es el que se refiere al modelo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida.

Cualquier situación está compuesta por un amplio conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. Aunque personas diferentes pueden conceptualizar la misma situación de maneras diferentes, una persona determinada tiende a ser consistente en sus respuestas a tipos de fenómenos similares. Ciertos patrones cognitivos relativamente estables constituyen la base de la regularidad de las interpretaciones acerca de un determinado conjunto de situaciones. El término “esquema” designa estos patrones cognitivos estables.

Cuando una persona se enfrenta a una circunstancia, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así, un esquema constituye la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo con que se enfrenta el individuo. Este categoriza y evalúa sus experiencias por medio de una matriz de esquemas.

Los tipos de esquemas empleados determinan el modo como un individuo estructurará distintas experiencias. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica determinan directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. A medida que estos esquemas idiosincráticos se van haciendo más activos, son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

- **Errores en el procesamiento de la información**

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria.

1. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

2. Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación, y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

3. Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.

4. Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.

5. Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.

6. Pensamiento absolutista, dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

Una manera de abordar el desorden de pensamiento presente en la depresión es conceptualizarlo en términos de modos “primitivos” de organizar la realidad vs modos “maduros”. Parece claro que las personas depresivas tienden a estructurar sus experiencias de un modo bastante primitivo. Tienden a emitir juicios globales respecto a los acontecimientos que afectan su vida. Sus contenidos de pensamiento tienen una gran probabilidad de ser extremos, negativos, categóricos, absolutistas, de la misma manera la respuesta emocional, tiende a ser negativa y extrema. En contraposición a este tipo de pensamiento primitivo, un pensamiento más maduro integra automáticamente las situaciones en varias dimensiones (en lugar de una única categoría), en términos cuantitativos más que cualitativos, y de acuerdo con criterios relativos más que absolutistas. En el pensamiento primitivo, la complejidad, variabilidad y diversidad de las experiencias y la conducta humanas se reducen a unas pocas categorías.

2.3.3.4. Tipos de depresión

Los trastornos del estado de ánimos se presentan en una variedad de formas con diferentes manifestaciones clínicas (Strange, 1992) que son:

Depresión Leve: En este tipo de depresión, las manifestaciones son las mismas pero con una intensidad más baja. Entre estas manifestaciones se encuentran, la ansiedad, los síntomas obsesivos y las fobias.

Depresión Moderada: Las manifestaciones típicas reportadas por los pacientes son:

- **Afecto deprimido:** Sensación de tristeza o pesadumbre. Muestra poco interés y poco placer en las actividades que antes disfrutaban.
- **Pensamientos pesimistas** acerca del pasado, presente y futuro, sensación de minusvalía, fracaso y falta de confianza.
- **Cambios en la actividad motora:** enlentecimiento psicomotor, con una reducción de frecuencia de los movimientos del cuerpo, enlentecimiento del habla y del pensamiento. Algunos pacientes reportan agitación e incapacidad para relajarse.
- **Ansiedad:** Manifestaciones psicológicas y somáticas de la ansiedad.
- **Manifestaciones fisiológicas:** los pacientes normalmente se quejan de alteraciones del sueño, alteraciones del apetito y del peso corporal.

Depresión Severa: En este tipo de depresión, los síntomas son los mismos pero más intensos. Además pueden presentarse algunas manifestaciones que son más típicas de la psicosis. También algunos pacientes pierden contacto con la realidad, presentan delirios e incluso alucinaciones.

2.3.3.5. Depresión en adolescentes

La depresión en el adolescente se trata de un trastorno psíquico, habitualmente recurrente, que causa una alteración del estado de ánimo de tipo depresivo (tristeza) a menudo acompañado de ansiedad, en el que pueden darse, además, otros síntomas psíquicos de inhibición, sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el

sueño (insomnio tardío) agitación o enlentecimiento psicomotor, sentimientos de culpa y de incapacidad, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como síntomas somáticos diversos (Almudena, 2010).

La depresión puede ser una respuesta transitoria a muchas situaciones y factores de estrés, comentan Callabed y cols. (1997). Este estado es común en los adolescentes como consecuencia del proceso normal de maduración, el estrés asociado a él, la influencia de las hormonas sexuales y los conflictos de independencia con los padres. También puede ser una reacción a un suceso perturbador, como la muerte de un amigo o pariente, la ruptura con la novia o novio o el fracaso en la escuela. A menudo es difícil diagnosticar la verdadera depresión en adolescentes debido a que su comportamiento normal se caracteriza por variaciones del estado de ánimo.

La depresión puede tomar dos formas: en la primera el joven puede quejarse de una falta de sentimientos y de una sensación de vacío semejante al estado de aflicción. Esto no se debe a que el adolescente carezca de sentimientos, si no que no puede manejar o expresar lo que experimenta: La segunda se basa en las antiguas y repetidas experiencias de derrota y fracaso que se desencadena por la pérdida de una relación significativa ya sea familiar o social. (Mezzich y Mezzich. 1979)

2.3.3.6. Factores desencadenantes de la Depresión en adolescentes

Cuando se inicia la adolescencia a muchos jóvenes y en particular a los más destacados de mentalidad más amplia, les puede resultar difícil adaptarse sin objeción a las creencias sociales, políticas y religiosas de sus padres, generando conflictos entre lo normativo y el pensamiento divergente del adolescente. En esta etapa del desarrollo, el juicio del adolescente pasa de un estado a otro. Inicialmente se tiene una fuerte inclinación hacia lo convencional, aceptando las normas sociales sin ninguna objeción; pero paulatinamente, y más aún en la adolescencia, este juicio se ve influido por variables individuales que lo van transformando, permitiendo que se tenga en cuenta las motivaciones e intereses de una acción específica antes de determinarla como aceptable o reprochable. Esta

capacidad abstracta para pensar posibilita la búsqueda de principios morales amplios que puedan proponerse como algo universalmente verdadero, situación que puede generar conflictos entre quienes imparten las normas y las concepciones propias del adolescente (Mezzich y Mezzich. 1979).

Los desencadenantes de la depresión tanto en adultos como en adolescentes son de naturaleza compleja basándose en la interacción de componentes individuales y socioculturales que se describirán a continuación.

- **Factores Biológicos**

Los estudios sobre la historia familiar y las posteriores entrevistas a las mismas, sugieren que los trastornos depresivos son más frecuentes en familiares adultos de niños y adolescentes deprimidos. Además, estudios de alto riesgo, hallaron de manera consistente que los descendientes de padres con trastornos del estado de ánimo presentaban tasas más altas de inicio de los mismos en la infancia y la adolescencia, en comparación. (Shaffer & Waslick 2003).

Aun cuando el temperamento se refiere a un estilo constitucional preferiblemente heredado por el niño y que hasta cierto punto desempeña un papel de modulador de la interacción entre el organismo y el medio ambiente, la idea de que ciertos factores del temperamento infantil puedan predecir específicamente futuros diagnósticos psiquiátricos resulta sorprendente y ha recibido cierto apoyo, como algunos estudios que sugieren que podría asociarse un tipo particular de temperamento denominado inhibición conductual al desarrollo de trastornos de ansiedad en jóvenes. No obstante, no existen pruebas concluyentes que demuestren vínculos específicos entre las diferencias temperamentales y el desarrollo de trastornos del estado de ánimo en niños y adolescentes.

- **Factores Psicológicos**

Las teorías cognoscitivas de la depresión postulan que la presencia de actitudes disfuncionales, incluida una visión pesimista de uno mismo, el mundo o el futuro, o un estilo atribucional negativo en un individuo, en el cual los acontecimientos

negativos de la vida son conceptualizados como resultado de causas internas, estables y globales, preceden al desarrollo del trastorno depresivo. (Gotlib y Abramson, 1999, citado por Shaffer & Waslick 2003).

Las demandas impuestas por la sociedad pueden hacerlo llegar a sentirse indigno o falta de valores ya que elabora ideas acerca de su problema y llega a conclusiones en donde el estado afectivo deja de ser una consecuencia automática de la experiencia para convertirse en una evaluación lógica y personal de la experiencia (Arieti y Bemporad, 1993).

- **Factores Individuales**

El desarrollo cognoscitivo del adolescente también se refleja en sus actitudes personales hacia sí mismo, así como en las características de su personalidad que pueden destacarse durante este período. Suelen interesarse por los enigmas filosóficos como por ejemplo, si realmente existe el mundo que perciben y si ellos mismos son reales o solo un producto de la conciencia (Mezzich y Mezzich 1979).

- **Factores socioculturales**

El adolescente debe llevar a cabo una selección constante; no solo cambian ellos sino también su mundo social y sus relaciones con él, se enfrenta a múltiples posibilidades acerca de cómo vivir, pudiendo optar solamente por una de esas formas a la vez, implicando esto un proceso de toma de decisiones frente al que muchos casos no se sienten preparados (Bee, 1987).

A medida que los adolescentes se desarrollan cognitivamente, sus perspectivas del tiempo se extienden hacia el futuro esto a su vez, también aumenta la sensación de que es urgente desarrollar un conjunto de valores. Sus compañeros pueden presionarlos para aceptar una serie de valores, completamente opuestos a los propuestos por sus padres. Algunos pueden decirle que no hay nada de malo en las relaciones sexuales prematrimoniales o en el empleo de marihuana o el alcohol, en tanto que otros pueden tener sus dudas al respecto o bien oponerse por completo. Existe otro tipo de influencias que también se presenta con mucha

frecuencia en los escenarios de selección de valores de adolescente, como los medios de comunicación (Mezzich y Mezzich 1979).

El desarrollo mental del adolescente también desempeña un papel importante en el surgimiento de una sensación bien definida de su identidad. La capacidad para considerar lo posible, igual a lo que actualmente es, para intentar dar soluciones alternativas a los problemas y para mirar hacia el futuro, contribuyendo a que el joven se plantee las preguntas centrales relacionadas con su identidad y con su proyecto de vida acorde con las posibilidades que le ofrece su entorno social más cercano. El simple hecho de darse cuenta de que parte de sí mismo puede razonar, formular y modificar suposiciones considerar las alternativas y llegar a conclusiones, aunque sólo sean tentativas, ayuda a fomentar dicho sentido de identidad (Papalia y Wendkos, 2001).

Sin embargo, dicho sentido de identidad, se ve moldeado por los aprendizajes de tipo sociocultural que adquiere e incluye dentro de su repertorio de solución de problemas, es así como factores contextuales podrían estar directamente relacionados con el desarrollo del trastorno depresivo en el adolescente.

En cuanto a la conducta de los padres, esta puede influir mucho en el desarrollo de depresión en jóvenes de muchas formas diferentes. Durante los episodios depresivos, los padres con depresión pueden sentirse malhumorados, emocionalmente lábiles, con dificultades para satisfacer al niño.

Además, puede ser modelo de patrones de pensamiento llenos de errores cognitivos, distorsiones, negatividad y otros componentes, modelos que pueden transmitir a sus hijos con estilos cognitivos depresógenos. Además los padres que expresa de manera notoria sus emociones pueden predisponer a los niños a desarrollar una enfermedad depresiva, posiblemente a través de correlatos de desesperanza aprendida ante apreciaciones negativas implacables, (Ferro y col, 2000; Jonson y cols, 2001 citado por Shaffer y Waslick, 2003).

Siendo la adolescencia una etapa crítica y conflictiva en el desarrollo del adolescente, sobre todo en el aspecto emocional muchas veces ellos presentan

conductas no adecuadas y manifiestan su falta de madurez, sobre todo en lo referente al manejo de las relaciones sociales. Es la etapa en la que ellos tienen que desprenderse de los padres en la búsqueda de su identidad. Muchas veces una reacción depresiva puede ser detectada porque una "hostilidad dirigida hacia los padres, se desvía hacia sí mismo y las tendencias de autodesprecio se relacionan en última instancia con el deseo de destruir la imagen idealizada de los padres, por quienes el niño se siente traicionado" (Rivero, s.f., para. 12).

2.3.3.7. Causas de la depresión en adolescentes

Es fundamental conocer las causas de este trastorno para detectarlo y superarlo. La depresión puede deberse a situaciones difíciles de superar pero en los adolescentes las causas pueden ser:

- **Conflictos con los padres** es un aspecto importante de la búsqueda de la identidad es la necesidad de independizarse de los padres. Las relaciones con personas de su misma edad se vuelve especialmente importante y los adolescentes dedican gran parte de su tiempo libre a pasarlo con personas de su edad con quienes pueden identificarse y sentirse cómodos. Parece comprobado que los conflictos son más frecuentes entre madres y adolescentes que entre padres y adolescentes. Sin embargo las madres continúan siendo durante la adolescencia, al igual que lo fueron durante la infancia, una fuente de apoyo emocional más importante que los padres. Por otro lado, las relaciones de los padres con las chicas normalmente no llegan a ser tan tensas como las relaciones entre las madres y los chicos. (María Jesús Fuentes, Emma Motrico - Rosa M. Bersabé 2003).
- **Estrés** en los adolescentes surge cuando las demandas de la vida exceden su capacidad para cumplirlas, situación que puede provocar cambios en la función inmune, hormonal, enzimática y gastrointestinal.

- **Dificultades en el proceso de maduración** se considera una etapa en que se produce el desarrollo físico y los cambios emocionales más fuertes y rápidos en la historia de cada persona.
- **Poca habilidad de socializar** se relaciona con variadas dificultades: baja aceptación, rechazo, aislamiento, problemas escolares, desajustes psicológicos, delincuencia juvenil, etc. Es necesario, por ende, enfatizar en la enseñanza de la conducta interpersonal a la población de niños, niñas y jóvenes, con el objeto de promover su competencia social, prevenir posibles desajustes y, en definitiva, contribuir al desarrollo integral.
- **La inestabilidad emocional** se percibe en la adolescencia como una época tormentosa y emocionalmente agresiva. La adolescencia se caracteriza como un periodo de desequilibrio psíquico, conflicto emocional y conductas inadecuadas, frente al entorno, especialmente en el medio familiar que es donde cada persona se va desarrollando, por lo general en la etapa de la adolescencia toman mayor importancia los aspectos sociales, prioriza amigos, grupos, enamoramientos, etc., los padres no aceptan o no saben manejar estas reacciones, dando como consecuencia que los adolescentes se sientan incomprendidos y no aceptados, esto desencadena reacciones negativas es decir que se tornan irritables, agresivos, rebeldes, etc., aspectos que el adolescente nota pero no puede manejar (Ps. Cl. Sylvia Gamboa 2010).
- **Acoso escolar** No hay duda de que para algunos niños y jóvenes el acoso escolar es la experiencia más estresante de su vida. Algunos llegan a tener tanto miedo que rehúsan ir a clase o buscan excusas para evitar situaciones en las que se pueda producir este acoso. Llevado a un nivel más extremo, el acoso escolar puede, en raras ocasiones, conducir al suicidio, por lo que siempre hay que tomárselo en serio. (Andrea Méndez Mollá 2008).
- El **aislamiento en adolescentes** como problema psicológico serio se define como aquel joven que se siente abrumado por la propia sociedad e incapaz

de cumplir los roles sociales que se espera de él, reaccionando con un aislamiento social.

Son adolescentes y adultos jóvenes que se ven abrumados por la propia sociedad y se sienten incapaces de cumplir los roles sociales que se esperan de ellos, reaccionando con un aislamiento social. Los adolescentes a menudo rehúsan abandonar la casa de sus padres y puede que se encierren en una habitación durante meses o incluso años. La mayoría de ellos son varones, y muchos son también primogénitos (Tapia, M.L., Fiorentino, M.T. 2003).

- **La falta de comunicación** entre padres e hijos en la abertura a la nueva etapa de desarrollo que presenta el adolescente, es la consecuencia de un descontrol en sus emociones que acarrea como consecuencia la depresión si existe en el individuo una desorientación y falta de interés de parte de los padres, ya que para muchos adultos esta etapa que viven sus hijos llenos de descontrol emocional es muy difícil de comprender, y resulta para muchos más fácil apartarse de ellos (Alondra Odalys Sarmiento Nah, 2013).

2.3.3.8. Sintomatología de la depresión en adolescentes

Las manifestaciones clínicas más frecuentes para la depresión en la adolescencia, ordenadas de acuerdo a como se reportan son las siguientes: tristeza, quejas de hipocondriasis, ideación suicida, desesperanza, sentimientos de culpabilidad, ansiedad, rabia y angustia en contra de los padres y la autoridad, sensibilidad a la crítica, somatización, fluctuación del humor entre la apatía y la elocuencia, impotencia, soledad, inquietud, sentimientos de inutilidad, huida, falta de interés y falta de energía (Mezzich & Mezzich, 1979).

Los padres y otros adultos que tengan un contacto frecuente con el adolescente pueden apreciar un cambio general en su estado anímico o en su conducta. Puede ser que los padres noten en su hijo un incremento de infelicidad, llanto, reacciones de enfado o verdaderos ataques de rabia ante provocaciones mínimas. Los cambios en el tono emocional y la capacidad de regulación emocional, que finalmente pueden diagnosticarse como manifestaciones de una depresión clínica,

generalmente van más allá de la tristeza o el mal humor de la infancia y la adolescencia.

De esta manera son los padres quienes por su cercanía a los adolescentes, pueden reconocer los primeros signos de un trastorno del estado de ánimo en desarrollo y consultar por ello. Los niños o adolescentes raramente buscan por si solos el contacto con algún profesional de la salud mental para la evaluación de síntomas afectivos, aunque con más frecuencia pueden contactar con profesionales o servicios disponibles en el mismo recinto escolar (Shaffer & Waslick, 2003).

El bajo rendimiento académico, los problemas de absentismo y fracaso escolares son problemas concomitantes comunes en niños y adolescentes con depresión. En niños, adolescentes y adultos, generalmente se acepta que los componentes cognoscitivos de los síndromes depresivos dificultan extremadamente el mantenimiento de un nivel académico o rendimiento profesional normales. Las personas jóvenes con depresión a menudo experimentan problemas a causa de una disminución del interés subjetivo en el progreso académico, tienen dificultades para concentrarse y prestar atención tanto en clase como a la hora de hacer los deberes en casa, manifiestan una pérdida de la energía y motivación requeridos para el éxito académico, lo que hace que el rendimiento escolar premorbid sea cada vez más difícil de mantener. A veces, algunos individuos se sienten tan alterados que abandonan sus esperanzas de alcanzar cualquier logro o éxito académico y hasta dejan completamente de asistir a la escuela; la depresión clínica es uno de los diagnósticos psiquiátricos más comunes entre la población de jóvenes que se niegan a ir al colegio (Hammen y cols, 1999).

El incremento de los conflictos familiares es una de las causas relacionadas con la depresión en jóvenes. Los conflictos pueden aparecer por el incremento de los problemas académicos en los adolescentes, y los padres pueden alarmarse, preocuparse o, con frecuencia, enfadarse a causa del empeoramiento en el rendimiento académico. Pueden aparecer disputas relacionadas con los roles familiares cuando un adolescente con depresión grave es incapaz de mantener

determinadas funciones que previamente le han sido asignadas o que el mismo ha asumido.

Los adolescentes que afrontan los síntomas de la depresión a menudo intentaran buscar instintivamente otras maneras de sobrellevar la creciente disforia como pueden ser actividades que los adultos pueden considerar problemáticas o poco saludables, y que les llevan incluso a consultar a un especialista (Shaffer & Waslick, 2003).

Es muy frecuente que los adolescentes se esfuercen para satisfacer a sus padres, pero a su vez, descubren que pueden ser incapaces de lograr este fin y que por el contrario deberán renunciar a sus oportunidades de individuación. El adolescente experimenta resentimiento y enojo contra las figuras significativas, expresada mediante accesos de rabia, rebeldía e incluso violencia. (González, 2001).

Las crisis pueden ser el resultado directo o indirecto de la expresión de pensamientos o ideas suicidas, o de una forma de comportamiento auto lesivo que oscila desde la autolesión suicida hasta atentados graves contra la propia vida, acompañados de un deseo expreso de morir. Aunque no todos los adolescentes que han sufrido de crisis suicidas presentan trastornos en el estado de ánimo, la depresión es el primer factor de riesgo para la ideación o intentos suicidas, al igual que para el suicidio consumado, tanto en la población prepuberal como adolescente (Shaffer, 2000).

Sin embargo, no todos los síntomas que se presentan durante la depresión en adolescentes son de características conductuales sino que además pueden estar acompañados de sintomatología somática, tales como; dolor de cabeza, fatiga crónica, síntomas gastrointestinales y dolor musculoesqueletico. Las enfermedades escolares y los médicos de asistencia primaria pueden ser requeridos para evaluar síntomas somáticos que pueden estar relacionados con la depresión. (Hull y Demkiw-Bartel, 2000).

2.3.3.9. Consecuencias de la depresión en adolescentes

Las consecuencias inmediatas de un trastorno depresivo según Corcos, M. et al (2.003) en estas edades son:

Cambios en el comportamiento.

Fracaso escolar.

Conductas suicidas.

Conductas de dependencia.

Otra complicación que empieza a estudiarse es el papel de los síntomas depresivos como factor de riesgo para desarrollar sobrepeso en infancia y adolescencia.

2.3.3.10. Tratamientos

Existen diferentes tipos de depresión y diferentes estadios de gravedad antes de determinar qué tipo de tratamiento es el más adecuado para cada persona es indispensable por parte del médico realizar primero un examen el cual consiste en un examen físico, entrevista con el paciente y un análisis de laboratorio, para poder determinar si la causa es biológica o psicológica. Cuando las causas físicas quedan descartadas se debe de proceder a una evaluación o test de tipo psicológico o psiquiátrico. (Catholic Health System, 2005).

El tratamiento farmacológico

No se puede determinar qué tipo de medicamento o fármaco será el de mayor éxito pues sólo en un 65% de los casos funciona uno en específico. Sue Breton (1998), dice que al igual que con todos los compuestos químicos se cree que los antidepresivos son como los tranquilizantes y causan adicción. Ésta es una idea equivocada pues a diferencia también de los tranquilizantes sus efectos no son inmediatos se necesitan de dos a tres semanas antes de manifestar el efecto deseado. Los antidepresivos causan efectos secundarios como sedación, aumento

del ritmo cardíaco, baja o alta presión arterial, sequedad de boca, visión borrosa y estreñimiento.

La psicoterapia

La primera modalidad es la terapia familiar mencionada por Glick (1999) quien considera indispensable el modelo de psicoeducación tanto para el enfermo como para la familia ya que es aquí donde se plantea el tratamiento. Esta terapia sugiere dos dimensiones la individual y grupal pero se usan por separado en la práctica. Dentro de la terapia individual se detalla la psicoterapia cognitiva-conductual (TCC) que se basa en entender la relación funcional que existe entre el proceso del pensamiento las conductas abiertas y las perturbaciones en el estado de ánimo a la vez se le enseña al paciente a optimizar el uso de los recursos para el manejo de la depresión debido a su éxito es una excelente opción de terapia ambulatoria de tiempo limitado y además cabe mencionar que la técnica también sirve para la práctica general como lo menciona Glick (1999), de los autores Swartz y Markowitz.

La psicoterapia de grupo es la que tiene por objetivo tratar a varios pacientes a la vez. Es necesario mencionar que dentro de éste grupo existen diversos métodos: los grupos de apoyo, grupos de autoayuda, grupos de crisis, grupos conductuales, interpersonales y con orientación psicoanalítica.

2.3.4. MODELO DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICO

El modelo terapéutico fue diseñado luego del análisis de resultados obtenidos del Inventario de depresión de Beck BDI aplicado a los estudiantes Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto.

El proceso terapéutico se ejecutó en cinco sesiones individuales de 50 minutos y una sexta como seguimiento psicoterapéutico, para mejorar su desarrollo psicosocial y afrontar situaciones diversas.

A continuación se detalla en que consiste cada una de las sesiones

- **Primera sesión**

En esta sesión se considerará la queja principal y las secundarias que lastima actualmente al paciente. Es importante hallar precisamente cuando comenzaron los síntomas, comprender la situación de vida dentro de la cuál surgieron.

Entre mejor comprenda uno la dolencia actual, experiencias anteriores del paciente, la historia general de su vida y los sucesos trastornantes, mejor podrá uno formular las áreas, los métodos. Una vez establecida una comprensión básica y una alianza terapéutica será el momento de formular el contrato sin que necesariamente se le llame así.

Tarea: Fórmula de primera sesión

Consiste en dar a los consultantes las siguientes prescripciones: Nos gustaría que observen de aquí a la próxima sesión, todas aquellas cosas que suceden en su vida que desean que sigan ocurriendo.

Se emplea esta técnica en primeras sesiones cuando no hemos conseguido durante la entrevista generar la información útil, ni los objetivos de los clientes. En este caso la fórmula de primera sesión ayuda a los consultantes a identificar recursos y fortalezas. (Shazer 1985)

- **Segunda sesión**

Comenzará con la pregunta de lo que el paciente pensó, sintió y soñó después de la primera sesión, esto ayudará a mantener una continuidad como parte de la técnica terapéutica.

Técnica: Intelectualización y sensibilización de las señales

Tarea.- Haga algo diferente

Pedimos a los consultantes que cuando aparezca el problema o detecten una señal hagan algo diferente, distinto de lo que han hecho hasta ahora. No les proponemos

nada en concreto, sino que les damos la indicación de que experimenten introduciendo alguna novedad.

Esta tarea es una forma de introducir un cambio en la secuencia problema sin prejuizar que cambio ha de ser. Anima los consultantes a modificar su forma habitual de manejar la situación, pero les deja libertad de probar cualquier cosa. (Steve de shazer 1986)

- **Tercera sesión**

Se sigue el mismo proceso y hace un intento especial para trabajar con lo aprendido además de las posibles causas. También puede suceder que la persona de una sesión a otra cambie de problema, por lo que será necesario hacer un inventario de los problemas y proponerle a la persona trabajar con el que sea más prioritario.

Técnica: Prueba auxiliar de la realidad.

Tarea: Para que puede servir

Se le pide al paciente que cuando sienta que está siendo absorbida por sus emociones o cogniciones negativas fije su atención en algún objeto de alrededor y le busque cinco utilidades imaginarias.

Esta tarea sirve para focalizar la atención en algo externo y por tanto está indicado cuando nuestro paciente se siente dominado por sus ideas depresivas. (Luc Isebaert 2005)

- **Cuarta sesión**

En esta sesión se reafirmara la disponibilidad del terapeuta, frecuentemente en paciente que hayan presentado ciertos altibajos en la semana, se trabajara con los sentimientos más significativos

Técnica: Seguridad y apoyo

Tarea.- El collage de los sueños

Se trata que el consultante elabore un collage donde deberá recoger sus sueños, metas y aspiraciones. En este collage pueden dibujar, pintar, escribir y utilizar fotos.

El collage de los sueños es una manera de hacer una proyección al futuro creativa y emocional. (Yvonne Dolan 2001)

- **Quinta sesión**

Se da comienzo preguntando al paciente como se siente y como ha sido la semana, posteriormente se realizará una reseña del tratamiento y que ha descubierto durante las secciones dejando al paciente con una transferencia positiva, todos estos puntos son apropiados para esta sesión.

Tarea: Adiós y Hola

Solicitarle a la persona que escriba una carta de despedida a la depresión en la que deberá agradecer los servicios prestados, detalle las razones por las que quiere despedirse de él y que ya no va a necesitarle más, también será útil que en la carta explicara las cosas que ya no sucederán más o que la persona dejara de hacer a partir de ese momento.

A continuación redactara otra carta dando la bienvenida a la persona que va ser ej: La nueva Laura explicando también que es lo que ocurrirá o que hará diferente a partir de ahora.

Esta tarea tiene un valor simbólico y emocional que puede ayudar a que la persona se ponga en marcha.

Es importante que las descripciones sean lo más concretas posibles, la parte de hola debe formularse en términos positivos. (Epston & Mark Beyebach, 2010)

Sexta sesión

Se verifica la calidad de los logros terapéuticos, y posteriormente la realización del retest.

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Según el Diccionario conciso de Psicología (2010)

Autoeficacia: es uno de los conceptos que ha venido siendo retomado últimamente desde la psicología social, para lograr explicar ciertas creencias, pautas y comportamientos humanos a partir de niveles de análisis afectivos, cognitivos y conductuales.

Epistemólogo: es una disciplina que estudia cómo se genera y se valida el conocimiento de las ciencias. Su función es analizar los preceptos que se emplean para justificar los datos científicos, considerando los factores sociales, psicológicos y hasta históricos que entran en juego.

Frenología: Teoría médica del siglo xix según la cual cada instinto o facultad mental radica en una zona precisa del cerebro que se corresponde con un determinado relieve del cráneo.

Impulso: el término impulso hace referencia a la acción y efecto de impulsar (incitar, estimular, dar empuje). Impulso también es la sugestión e instigación. Por ejemplo: “Este premio es el impulso que necesitaba para continuar con mi carrera de escritor”, “Vamos a dar impulso a todas las actividades productivas que se desarrollen en el territorio provincial”, “Necesitamos impulso para salir adelante”.

Inconsciente: El inconsciente es el estado de la mente que se encuentra oculto, es una zona en la que se guardan todos los recuerdos y sensaciones.

Insight: es un término utilizado en Psicología proveniente del inglés que se puede traducir al español como "visión interna" o más genéricamente "percepción" o

"entendimiento". Se usa para designar la comprensión de algo (este término fue introducido por la psicología Gestalt).

Inhibición: la inhibición es aplicable a aquellas conductas, que dejan de aparecer en forma permanente o transitoria, luego de ser automatizadas o aprendidas por el individuo. Para Freud, la inhibición no es necesariamente patológica, y la define como el rebajamiento de alguna función del yo, que puede expresarse en muchos ámbitos, entre los cuales menciona, la locomoción, la sexualidad, el trabajo y la alimentación, pudiendo estar causada en el objetivo de evitar la angustia, conflictos con el ello o con el súper yo..

Psique: Conjunto de procesos conscientes e inconscientes propios de la mente humana, en oposición a los que son puramente orgánicos.

Psicodinámica: La psicología psicodinámica explora las causas emocionales de problemas psicológicos y conductuales y te ayuda a crecer como persona. También te ayuda a superar tus momentos de crisis, lograr tus objetivos y ser más feliz.

Premórbido: Estado anterior a aparecer o provocar una enfermedad también sinónimo de un estado duro y sinuoso.

Psicodinámica: La psicología psicodinámica explora las causas emocionales de problemas psicológicos y conductuales y te ayuda a crecer como persona. También te ayuda a superar tus momentos de crisis, lograr tus objetivos y ser más feliz.

Pseudociencia: es una disciplina, determinada por un conjunto de prácticas, creencias, conocimientos y metodologías no científicos, pero que reclaman dicho carácter. Algunos ejemplos son: la astrología, la homeopatía, la ufología, el psicoanálisis, el feng shui, el tarot, la numerología, la parapsicología, etc.

Retroalimentación: La retroalimentación o realimentación supone, por lo tanto, que una proporción de aquello que sale es redireccionado a la entrada. Esto permite regular el comportamiento y controlar el sistema en cuestión.

2.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.5.1. HIPÓTESIS

La Psicoterapia Breve influye en la Depresión de los Adolescentes del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto, período Marzo – Agosto 2015

2.5.2. VARIABLES

Variable independiente:

Psicoterapia Breve

Variable dependiente:

Depresión de los Adolescentes

VARIABLES	DEFINICIONES	CATEGORÍAS	INDICADORES	TÉCNICA E INSTRUMENTO
VARIABLE INDEPENDIENTE Psicoterapia Breve	Orienta y selecciona los síntomas principales más perturbadores, sus causas dentro del mayor marco posible y después proporciona las conceptualizaciones más claras de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias. (Bellak, 1999) .	Orienta y selecciona los síntomas más perturbadores	<ul style="list-style-type: none"> - Prueba auxiliar de realidad. - Sensibilización a las señales. - Intelectualización - Seguridad y apoyo 	<p>Técnica: Observación Clínica</p> <p>Instrumento: Ficha de seguimiento psicoterapéutico.</p>
VARIABLE DEPENDIENTE Depresión de los Adolescentes	Es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto (Beck, 2010).	Interpretaciones erróneas los acontecimientos	<ul style="list-style-type: none"> - Estos altibajos son considerados normales. - Leve perturbación del estado de ánimo. - Estados de depresión intermitentes. - Depresión moderada. - Depresión grave. - Depresión extrema 	<p>Técnicas: Reactivo Psicológico</p> <p>Instrumento: Inventario de depresión de Beck. BDI Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (1996)</p>

CAPÍTULO III

MARCO

METODOLÓGICO

3.1. MÉTODOS:

- **Científico:** Toda investigación científica se somete siempre a una prueba de la verdad, que consiste en que sus descubrimientos pueden ser comprobados, mediante experimentación, en este caso con test que ayudará a investigar los niveles de depresión.
- **Inductivo-Deductivo:** De lo particular a lo general; que permite mediante la aplicación de instrumentos, en este caso el test psicológico, conocer los niveles de depresión mínimo, leve, moderado y severo de los adolescentes del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal “Licto”, período Marzo- Agosto del 2015.
- **Analítico-Sintético:** Para la comparación e interpretación de los datos que se recolectarán con la aplicación de los instrumentos de investigación para el análisis de los elementos que determinaran la verificación de la hipótesis de investigación y para la formulación de las conclusiones
- **Psicométrico:** Engloba la teoría y la construcción de las pruebas, test de medición, validez y confiabilidad. Se utilizó el inventario de Beck BDI que permite evaluar la severidad de la depresión.
- **Método Clínico:** Es una secuencia ordenada de acciones, guía para conocer los niveles de depresión se usan herramientas como la observación clínica, aplicación de reactivos psicológicos y ficha de seguimiento psicoterapéutico.

3.1.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es descriptiva porque se busca explicar las variables de cómo influye la Terapia Breve que proporciona el desarrollo de habilidades y mejorar el desarrollo de la patología que es este caso es la depresión en adolescentes.

3.1.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

Es cuasi-experimental porque se manipula una de las variables de investigación en este caso la Psicoterapia Breve que proporcionó técnicas psicoterapéuticas para cambiar el modo en que el paciente piensa sobre sus problemas y los métodos que utiliza para resolverlos de esta manera se logra mejorar los niveles de depresión; además es una investigación de campo porque el proceso se llevó a cabo en el lugar de los acontecimientos; es decir en la Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal “Licto”.

3.1.3. TIPO DE ESTUDIO

Es transversal porque mide la prevalencia de la exposición y del efecto de la población en un solo momento temporal es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado. El estudio se realizó desde el mes de marzo hasta el mes de agosto del año 2015.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. POBLACIÓN

La población de la presente investigación estuvo constituida por 52 alumnos del primero de Bachillerato, en edades comprendidas de 15 a 17 años de edad del Colegio De Bachillerato Técnico Fiscal Licto.

3.2.2. MUESTRA

La muestra es de 19 estudiantes, que se consiguió tras la aplicación del “Inventario de Depresión de Beck BDI” en los adolescentes que presentaron depresión los mismos que fueron seleccionados en base a los criterios de Inclusión y Exclusión.

Inclusión:

- Estudiantes del primero de bachillerato del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto.
- Estudiantes que presentaron niveles como: Estos altibajos son considerados normales, leve perturbación del estado de ánimo, estados de depresión intermitentes, depresión moderada, depresión grave, depresión extrema en el Inventario de depresión de Beck BDI

Exclusión:

- Estudiantes que no pertenezcan al primero de bachillerato del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto.
- Estudiantes que no presentan depresión en el Inventario de depresión Beck BDI.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Técnicas:

- **Observación clínica.**

La observación clínica constituye un instrumento profesional e intencionado, voluntario, estructurado y sistemático, que permitió describir, analizar, interpretar el comportamiento de los adolescentes con depresión que estudian en el Colegio De Bachillerato Técnico Fiscal Licto

- **Reactivo psicológico.**

Es un instrumento de tipo experimental que se utilizó para medir o evaluar una característica psicológica específica o aquellos rasgos esenciales, generales que marcan y distinguen de un individuo.

Instrumentos:

- **Ficha de seguimiento Psicoterapéutico (ANEXO 1)**

Instrumento en el que se registra el tipo de tratamiento que se aplica, objetivo, técnica, actividades planificadas y observaciones de los adolescentes que presentan depresión del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto

- **Inventario de depresión de Beck BDI (ANEXO 2)**

DESCRIPCIÓN

Nombre: Inventario de depresión de Beck BDI

Autor: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown (1996)

Nº de ítems: 21

Tiempo aproximado de aplicación: 5-10 minutos

Población a la que va dirigida: A partir de los 13 años o más.

El BDI es un auto informe que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes. Se puede aplicar de forma individual o colectiva, con formato de papel y lápiz o de forma oral. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, sentimientos o deseos suicidas, pesimismo, etc.

Puntuación total:

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

3.4. TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó los programas Word y Microsoft Excel 2010, mediante el cual se realiza el respectivo análisis e interpretación de los resultados obtenidos por medio de instrumentos aplicados (test y retest) para analizar la información, la que permitió plantear las concernientes conclusiones y recomendaciones inherentes a la investigación.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E

INTERPRETACIÓN DE

RESULTADOS

4.1. RESULTADOS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI

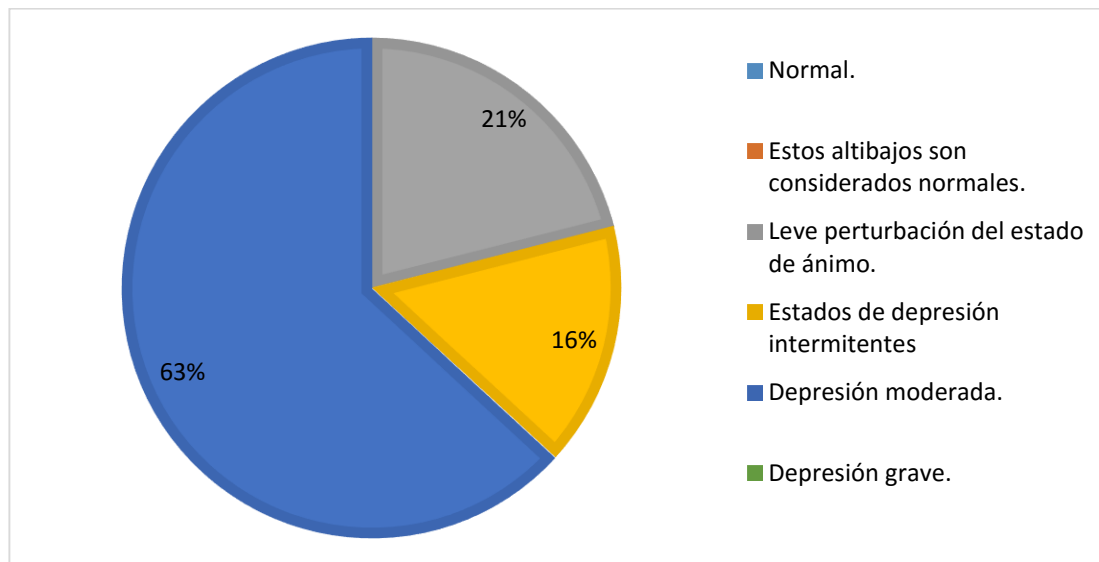
TABLA N° 1 NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DEL 1° DE BACHILLERATO DEL COLEGIO DE BACHILLERATO FISCAL LICTO

INDICADORES	MUESTRA	PORCENTAJE
Normal.	0	0%
Estos altibajos son considerados normales.	0	0%
Leve perturbación del estado de ánimo.	4	21%
Estados de depresión intermitentes	3	16%
Depresión moderada.	12	63%
Depresión grave.	0	0%
Depresión extrema.	0	0%
TOTAL	19	100%

Fuente: Inventario de depresión de Beck BDI aplicado a los estudiantes de primero de bachillerato del “Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto”

Elaborado por: Naomi Pilatuña y Mónica Caluña

GRÁFICO N° 1: NIVELES DE DEPRESIÓN EN LOS ESTUDIANTES DEL 1° DE BACHILLERATO DEL COLEGIO DE BACHILLERATO FISCAL LICTO



Fuente: Inventario de depresión de Beck BDI aplicado a los estudiantes de primero de bachillerato del “Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto”

Elaborado por: Naomi Pilatuña y Mónica Caluña

ANÁLISIS

Para establecer la muestra de estudio se aplicó el inventario de Depresión de Beck BDI a los estudiantes de primero de Bachillerato del “Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto”, obteniendo los siguientes resultados: Leve perturbación del estado de ánimo 4 estudiantes que representan al 21%, Estados de depresión intermitentes 3 estudiantes, equivale a 16%, Depresión moderada 12 estudiantes, equivale a 63%, dando un total del 100%. Siendo 19 estudiantes quienes conforman la muestra de la investigación. De estos 63% de estudiantes se encontraban en el rango de Depresión moderada que representa 12 estudiantes, un 16% corresponde al rango de Estados de depresión intermitentes que representa a 3 estudiantes, un 21% de estudiantes se encontraba en un rango de Leve perturbación del estado de ánimo que representa 4 estudiantes, dando un total de 100%.

INTERPRETACIÓN

La totalidad de estudiantes que conformaron la muestra manifiestan estados depresivos afectando a su desarrollo social y su salud mental.

De la muestra se obtuvo leve perturbación en el estado de ánimo, estados de depresión intermitente y depresión moderada que se manifiestan por el poco interés por la estabilidad emocional por parte de sus progenitores, debido a la falta de conocimientos, ruptura del hogar, baja autoestima, falta de comunicación y las actitudes culturales sobre esta afección que contribuyen a la renuencia de búsqueda de ayuda.

La depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto. (Beck 1979)

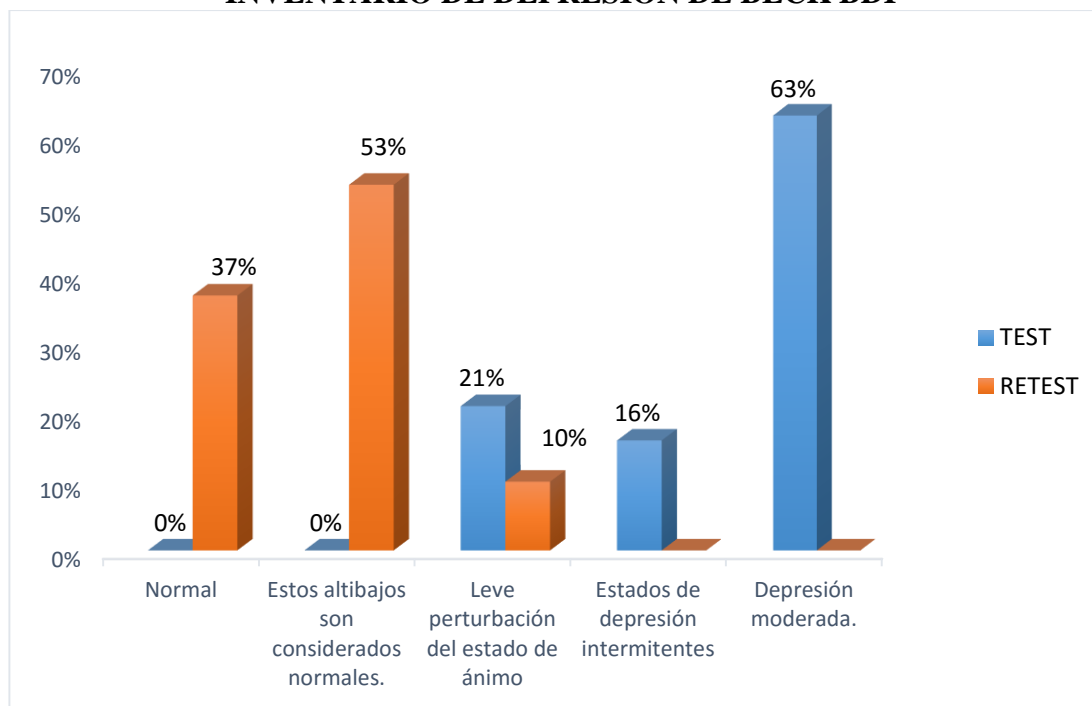
TABLA N° 2: RESULTADO GLOBAL DEL TEST Y RETEST DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI

INDICADORES	TEST	FRECUENCIA PORCENTUAL	RETEST	FRECUENCIA PORCENTUAL
Normal	0	0%	7	37%
Estos altibajos son considerados normales.	0	0%	10	53%
Leve perturbación del estado de ánimo	4	21%	2	10%
Estados de depresión intermitentes	3	16%	0	0%
Depresión moderada.	12	63%	0	0%
Depresión grave.	0	0%	0	0%
Depresión extrema.	0	0%	0	0%
TOTAL	19	100%	19	100%

Fuente: Inventario de depresión de Beck BDI aplicado a los estudiantes de primero de bachillerato del “Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto”

Elaborado por: Naomi Pilatuña y Mónica Caluña

GRÁFICO N° 2: RESULTADO GLOBAL DEL TEST Y RETEST DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK BDI



Fuente: Inventario de depresión de Beck BDI aplicado a los estudiantes de primero de bachillerato del “Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto”

Elaborado por: Naomi Pilatuña y Mónica Caluña

ANÁLISIS

A través de la aplicación del Inventario de Beck antes de la aplicación del Psicoterapia Breve se obtuvo los siguientes resultados: 4 estudiantes que corresponden al 21%, presentan leve perturbación del estado de ánimo, 3 estudiantes que corresponden al 16%, presentan estados de depresión intermitentes, mientras que 12 estudiantes que corresponden al 63%, presenta depresión moderada.

Después de la aplicación de la Psicoterapia Breve se obtuvo los siguientes resultados: 7 estudiantes que corresponden al 37%, se presentan normales, 10 estudiantes que corresponden al 53% presentan altibajos considerados normales, 2 estudiantes que corresponden al 10% leve perturbación en el estado de ánimo.

INTERPRETACIÓN

Antes de aplicación de la Psicoterapia Breve se pudo observar en los adolescentes, una falta de comunicación con sus padres, irritabilidad, pérdida de interés para realizar las actividades, baja auto estima, llanto fácil, dificultad en la interacción social, inseguridad.

Beck- llamó a la depresión como “un sentimiento de desesperanza hacia sí mismo, hacia el futuro y hacia el mundo en general”.

Después de la aplicación de la Psicoterapia Breve se puede evidenciar una eficacia en las técnicas dándonos como resultado final la validez de esta actividad, disminuyendo los niveles de depresión en los adolescentes, mejorando la comunicación, la autoestima, la sociabilización, los estados de ánimo.

4.2. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

Después de la aplicación de la Psicoterapia Breve en la depresión de los adolescentes mediante la evaluación del Inventario de Depresión de Beck BDI (Test y Retest), la observación clínica registrada en la ficha de seguimiento psicoterapéutico, se identificó : 4 estudiantes que corresponden al 21%, presentan leve perturbación del estado de ánimo, 3 estudiantes que corresponden al 16%, presentan estados de depresión intermitentes, mientras que 12 estudiantes que corresponden al 63%, presenta depresión moderada.. Al culminar la terapia se realiza la posterior aplicación del retest resultando la presencia en un 37%, se muestran normales, 53% presentan altibajos considerados normales y un 10% presenta leve perturbación en el estado de ánimo, observando mejoría y cambios psicológicos en el área cognitiva y conductual para lograr un cambio frente a la depresión que afectaba a los estudiantes en su desarrollo psicosocial, de esta manera se contribuyó a mejorar su calidad de vida.

La Psicoterapia Breve ayuda a la disminución de los niveles depresión en los adolescentes del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto.

La hipótesis planteada se comprueba.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y

RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos se mencionan las siguientes conclusiones:

- Al realizar la entrevista clínica y aplicar el inventario de depresión de BECK a los adolescentes del primero de bachillerato se pudo identificar los siguientes niveles: leve perturbación en el estado de ánimo, estado de depresión intermitente, depresión moderada en los estudiantes del Colegio de Bachillerato Técnico Fiscal Licto.
- Al aplicar las técnicas de la psicoterapia breve como: Prueba auxiliar de realidad, sensibilización a las señales, intelectualización, seguridad y apoyo se pudo evidenciar que los estudiantes que presentaron un 21% en leve perturbación en el estado de ánimo disminuyó a un 10%, un 16% presento estado de depresión intermitentes disminuyendo en su totalidad, y un 63% presenta depresión moderada disminuyendo totalmente.
- Con los resultados obtenidos se pudo concluir que la aplicación de las técnicas utilizadas n la investigación se obtuvo buenos resultados, provocando cambios positivos a los problemas de la vida diaria.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades de la institución realizar gestiones a fin de que profesionales de la salud realice charlas sobre la depresión causas y consecuencias, dando a conocer el impacto que produce a la salud mental.
- Que el departamento de psicología de la institución realice un acercamiento entre padres e hijos ya que se ha podido evidenciar que es uno de los motivos para que se dé la depresión, unir los lazos parentales y marcar los roles en la familia.
- Se recomienda a los profesionales de la psicología utilizar las técnicas de la psicoterapia breve ya que según estudios se ha podido evidenciar un mejoramiento en la salud mental de las personas logrando cambios positivos en su vida diaria.

BIBLIOGRAFÍA

- Almudena, G. A. (2010). La depresión en adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, 85-104.
- Ayllón, S. C. (2009). *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes*. Lima-Perú.
- Beck, A. (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: DESCLÉE DE BROWER, S.A., 2005 .
- Bellak, L. (1999). *Manual de Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia*. Mexico: El Manual Moderno, S.A de C.V.
- Mexico, D.F.: Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Bellak, L. (2004). *Psicoterapia Breve y de emergencia*. Mexico: Pax Mexico.
- C., G. A. (2011). *Depresión y Adolescencia*.
- Comercio, E. (14 de Julio de 2014). La depresión . *La depresión es la principal enfermedad mental en el país*.
- DeShazer, S. (2002). *Claves en Psicoterapia Breve*.
- El Diario, M. d. (13 de enero de 2013). la depresión. *Cuidado con la depresión*.
- Freud, S. (1904 - 1905). *psicoterapia*. «Über Psychotherapie». Standard.
- Gantiva Díaz, C. A. (2009). *Avances en la Psicología Latinoamericana*. Bogota, Colombia.: editorial@urosario.edu.co.
- Gutiérrez López, L. (2011). *Psicoterapia dinámica breve realizada en una unidad de agudos hospitalaria de salud mental*. Sevilla-España.

- Herazo, A. (2004). *Psicoterapia breve intensiva de urgencia aplicada a mujeres víctimas de violencia conyugal que presentan problemas de depresión*. Panamá.
- Hewitt Rampirez, N., & Gantiva Díaz, C. A. (2009). *Avances en la Psicología Latinoamericana*. Bogota, Colombia.: editorial@urosario.edu.co.
- Jaime, T. (Lunes de Agosto de 2015). *Psicometria: Tests Psicométricos, Confiabilidad y Validez*. Obtenido de <http://datateca.unad.edu.co/contenidos/401517/1U2LibroEAPAliaga.pdf>
- Jesús, S., & Carmelo, V. (2011). *EVALUACIÓN DEL INVENTARIO BDI-II*. Madrid-España: Pearson Educación, S.A.
- Madrid, Colegio de Psicólogos Oficial. (Domingo, 31 de Mayo de 2015). *psico-terapia*. Obtenido de [psico-terapia: http://www.psicoterapia.com/tbdeficicion.php](http://www.psicoterapia.com/tbdeficicion.php)
- Millon, T. (1974). *Un modelo de Aprendizaje biosocial*. México: Interamericana.
- O.M.S. (2012). La depresión. *Organización Mundial de la Salud*.
- O.M.S., (. M. (2013). *Información general sobre la HIPERTENSIÓN en el mundo*. Ginebra.
- Rosillo, G. (2011). *Depresión y Adolescencia*. Valencia-España: ISEP.
- UNIVERSIDAD DE CHILE, Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. (2007). *“Modelo de Psicoterapia Grupal Breve Constructivista Cognitivo para Trastornos del ánimo, Enfocado a Pacientes Diagnosticados con Depresión”*. Santiago de Chile.
- Zorraquino, J. C. (2001). *La depresión en niño y adolescentes*. San Pablo.

ANEXOS

ANEXO 1:

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



FICHA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO PSICOTERAPÉUTICO

Datos de Identificación

Nombres:

Edad:

Curso:

Diagnóstico:

Objetivo de la Intervención:

Responsable:

FECHA	TÉCNICA / ACTIVIDAD	OBSERVACIÓN

ANEXO 2:

Inventario de Depresión de Beck BDI

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 de cara al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que no tengo nada por lo que luchar.

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.

Soy un fracaso absoluto como persona.

4)

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo ninguna satisfacción 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.

Siento que quizás esté siendo castigado.

Espero ser castigado.

Siento que estoy siendo castigado.

7)

No estoy descontento de mí mismo.

Estoy descontento de mí mismo.

Estoy disgustado conmigo mismo.

Me odio.

8)

No me considero peor que los demás.

Me autocrítico por mis debilidades o 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 normal.

Ahora lloro más que antes.

Ahora lloro continuamente.

Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo aunque quiera.

11)

No estoy especialmente irritado.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

Ahora no me irritan en absoluto las cosas que antes me molestaban.

12)

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido casi todo el interés por otras personas.

He perdido todo el interés por los demás.

13)

Tomo mis decisiones igual que antes.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.

Me es imposible tomar decisiones.

14)

No creo que mi aspecto sea peor que antes.

Estoy preocupado porque parezco mayor y poco atractivo.

Creo que se han producido cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

Trabajo igual que antes.

Me cuesta más esfuerzo de lo habitual empezar a hacer algo.

Tengo que obligarme seriamente para hacer algo.

Soy incapaz de realizar ninguna tarea.

16)

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas más temprano que lo de costumbre y me cuesta volverme adormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver 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.

Mi apetito no es tan bueno como antes.

Ahora tengo mucho menos apetito.

He perdido completamente el apetito.

19)

No he perdido peso últimamente.

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.

Estoy preocupado por problemas físicos como por ejemplo dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.

Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21)

No he notado cambio en mi interés por el sexo.

Estoy menos interesado en el sexo que antes.

Ahora 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 BDI:

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.

Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.

ANEXO 3: Aplicación del Inventario de Depresión de Beck BDI

INVENTARIO DE BECK, BDI.

12/09

Apellidos... [REDACTED]

Nombre... [REDACTED]

Fecha... [REDACTED]

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de enunciados. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y señale cual de las siguientes afirmaciones describe mejor su situación durante la última semana, incluyendo el día de hoy. Rodee con un círculo el aspa (X) que esa a la izquierda de cada afirmación.

1.-

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente.
- 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.-

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado respecto al futuro.
- 2. Siento que no tengo nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejoraran.

3.-

- 0. No me siento fracasado.
- 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso absoluto como persona.

4.-

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.-

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.

21

P 22

3. Me siento culpable constantemente

6.-

- X0. No creo que este siendo castigado.
- 1. Siento que quizás este siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

7.-

- X0. No estoy descontento de mi mismo.
- 1. Estoy descontento de mi mismo.
- 2. Estoy disgustado conmigo mismo.
- 3. Me odio.

8.-

- X0. No me considero peor que los demás.
- 1. Me critico por mis debilidades o errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo de todo lo malo que sucede.

9.-

- 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- X1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía suicidarme.
- 3. Me suicidaría si tuviera la oportunidad.

10.-

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. Ahora lloro más que antes.
- 2. Ahora lloro continuamente.
- X3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo aunque quiera.

11.-

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. Me siento irritado continuamente.
- X3. Ahora no me irritan en absoluto las cosas que antes me molestaban.

12.-

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- X2. He perdido casi todo el interés por otras personas.
- 3. He perdido todo el interés por los demás.

13.-

- 0. Tomo mis decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
- X3. Me es imposible tomar decisiones.

14.-

- 0. No creo que mi aspecto sea peor que antes.
- 1. Estoy preocupado porque parezco mayor y poco atractivo.
- 2. Creo que se han producido cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.

X 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

15.-

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual empezar a hacer algo.
- X 2. Tengo que obligarme seriamente para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de realizar ninguna tarea.

16.-

- 0. Duermo también como siempre.
- 1. No duermo también como antes.
- X 2. Me despierto 1 o 2 horas más temprano que de costumbre y me cuesta volver a dormir.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

17.-

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- X 1. Me canso más fácilmente que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado como para hacer nada.

18.-

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- X 1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. He perdido completamente el apetito.

19.-

- X 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos y medio.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos y medio.

Estoy a dieta para adelgazar:

SI

NO

20.-

- 0. No estoy preocupado por mi salud.
- X 1. Estoy preocupado por problemas físicos como por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
- 2. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
- 3. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

21.-

- X 0. No he notado cambio en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2. Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo.
- 3. He perdido totalmente el interés por el sexo.

P 22

ANEXO 4: Fotos

COLEGIO DE BACHILLERAO TÉCNICO FISCAL LICTO

