



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

**Efectos de un programa centrado en soluciones en
pacientes con depresión en Moche, 2023**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Intervención Psicológica

AUTOR:

Haro Mendoza, Roger Christian (orcid.org/0009-0003-8719-8872)

ASESORES:

Dra. Urquiza Zavaleta, Roxana Elisa (orcid.org/0000-0002-6090-6360)

Dr. Merino Hidalgo, Darwin Richard (orcid.org/0000-0001-9213-0475)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Modelos de Intervención Psicológica

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

TRUJILLO – PERÚ

2024

DEDICATORIA

A mi padre. Ojalá hubieras podido ver todo lo que estoy consiguiendo, gracias por tu ejemplo y determinación.

A mi madre. Por todo tu esfuerzo, toda tu paciencia y todo tu amor.

A Gael. Por ser mi maestro de vida. Te amo hijo mío, que las risas te sigan acompañando.

A mis hermanas y familia, por ser mi bastón de soporte y resguardo. Por estar dispuestos a ayudarme siempre. Son seres hermosos.

AGRADECIMIENTO

*A los pacientes que confiaron en mí.
Yo siempre he confiado en ellos.*

*A Esteban y Yahayra por ayudarme
en la organización y desarrollo.*

*Al Centro de Salud Mental
Comunitario Maeich Muchik por
brindarme todas las facilidades.*

*A nuestros asesores por la
paciencia, el apoyo y la buena
disposición.*

*A los grandes autores de los libros
que he leído sobre terapia centrada
en soluciones y los que me faltan
por leer. Inspiración.*



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, URQUIZA ZA VALETA ROXANA ELISA, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "EFECTOS DE UN PROGRAMA CENTRADO EN SOLUCIONES EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN MOCHE, 2023.", cuyo autor es HARO MENDOZA ROGER CHRISTIAN, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

TRUJILLO, 03 de Enero del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
URQUIZA ZA VALETA ROXANA ELISA DNI: 17859907 ORCID: 0000-0002-6090-6360	Firmado electrónicamente por: RURQUIZAZ el 10- 01-2024 08:11:58

Código documento Trilce: TRI - 0717006



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, HARO MENDOZA ROGER CHRISTIAN estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "EFECTOS DE UN PROGRAMA CENTRADO EN SOLUCIONES EN PACIENTES CON DEPRESIÓN EN MOCHE, 2023.", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
ROGER CHRISTIAN HARO MENDOZA DNI: 43073330 ORCID: 0009-0003-8719-8872	Firmado electrónicamente por: RHAROM el 03-01- 2024 17:21:26

Código documento Trilce: TRI - 0717050

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula.....	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de Autenticidad del Asesor.....	iv
Declaratoria de Originalidad del Autor	v
Índice de contenido	vi
Índice de tablas	vii
Resumen.....	viii
Abstract	ix
I.- INTRODUCCIÓN	1
II.- MARCO TEÓRICO	5
III.- METODOLOGÍA	20
3.1 Tipo y diseño de Investigación	20
3.2 Variables y Operacionalización	20
3.3 Población, muestra, muestreo y unidad de análisis.....	21
3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	22
3.5 Procedimientos.....	23
3.6 Método de análisis de datos.....	24
3.7 Aspectos éticos	25
IV. RESULTADOS.....	27
V. DISCUSIÓN.....	38
VI. CONCLUSIONES	44
VII. RECOMENDACIONES	45
REFERENCIAS.....	46
ANEXOS	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Nivel de depresión, antes y después de la aplicación del programa	26
Tabla 2: Nivel del estado afectivo persistente, antes y después de la aplicación del programa	26
Tabla 3: Nivel de trastornos fisiológicos, antes y después de la aplicación del programa	27
Tabla 4: Nivel de trastornos psicomotores, antes y después de la aplicación del programa	27
Tabla 5: Nivel de trastornos psíquicos, antes y después de la aplicación del programa	28
Tabla 6: Coeficiente de asimetría y curtosis conjunta de la diferencia pareada	28
Tabla 7: Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en la depresión	29
Tabla 8: Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en el estado afectivo persistente	30
Tabla 9: Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos fisiológicos	31
Tabla 10: Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos psicomotores	32
Tabla 11: Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos psíquicos	33

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo central determinar el efecto del programa de terapia breve centrada en soluciones en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023, un estudio de tipo experimental, donde se evaluó un pre y post test, utilizando el instrumento de Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung. La población estaba conformada por pacientes del centro de salud mental comunitario Maeich Muchik con una muestra de 19 consultantes que tenían el diagnóstico de depresión moderada o severa. Los resultados obtenidos comparando el pre y post test, nos indican en un primer momento a 5 personas categorizadas en depresión emocional (26,3%) y a 14 personas categorizadas en depresión situacional (73,7%). Al término del programa las 19 personas (100%) puntuaron ausencia de depresión, llegando a la conclusión que la terapia centrada en soluciones tiene un efecto reductor (beneficioso) en las personas que padecen de depresión en el distrito de Moche, 2023.

Palabras clave: Terapia breve centrada en soluciones, depresión, población.

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the effect of the brief solution-focused therapy program on patients suffering from depression in the district of Moche in the year 2023, an experimental study, where a pre and post test was evaluated, using Zung's Depression Self-Assessment Scale instrument. The population was made up of patients from the Maeich Muchik community mental health center with a sample of 19 clients who had a diagnosis of moderate or severe depression. The results obtained by comparing the pre and post test, initially indicate 5 people categorized as having emotional depression (26.3%) and 14 people categorized as having situational depression (73.7%). At the end of the program, 19 people (100%) rated absence of depression, reaching the conclusion that solution-focused therapy has a reducing (beneficial) effect on people suffering from depression in the district of Moche, 2023.

Keywords: Brief solution-focused therapy, depression, population.

I.- INTRODUCCIÓN

Hablar de depresión es un tema de mucha atención e interés por parte de la comunidad científica y autoridades de salud mental. Son notorios los impactos y consecuencias de esta problemática que ha despertado atención por el común de las personas, pues hablar de depresión se ha vuelto cotidiano y habitual en grupos especializados o no. Llamaza, Solís, & Zeballos (2022) acusan a la depresión como uno de los trastornos más discapacitantes ya que afecta profundamente la actividad cotidiana y que debido a esta afectación, impacta en la satisfacción de vida. Dicho impacto se ha visto incrementado por la pandemia. Según la OMS (2022) la prevalencia aumentó en un 25% a nivel mundial, evidenciando falencias y sistemas ineficaces de salud mental. Actualmente según la misma OMS son 322 millones de personas que sufren de depresión, es decir, un 5% de la población mundial, Una cifra fría y que no expresa la gravedad del caso, pero si entendemos que, a diferencia de la década pasada, esta cifra aumentó en un 18%.

Es sabido que esta problemática ocasiona angustia, desolación, alteraciones en el sueño, apetito y afectación en la rutina diaria, sin embargo, en los casos más graves se relaciona directamente con el suicidio. El 90% de personas que cometen suicidio han padecido de un problema mental y es la depresión la más presente en ellos (Sierra, citada por Gallardo 2020). Si es la misma OMS (2020) quien nos advierte que cada 40 segundos, una persona comete suicidio en el mundo, la alerta es global y merece una atención especial de los gobiernos sobre las políticas de salud mental.

En el Perú, la prevalencia prepandémica de la depresión ha sido uniforme. Del 2014 al 2019, se ha mantenido en 6,8%, con algunas variaciones mínimas según años previos (Llamaza, Solís, & Zeballos, 2022). Los mismos autores, en su investigación sobre el estado situacional de la depresión en el Perú, revelan que, hasta agosto del 2021, el SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones) registró 722 494 de muertes en dicho año, donde 301 de esas muertes se relacionaba a la depresión como causa directa o factor asociado. Siendo exactos se señalaron 13 muertes directas a la depresión y 288 en donde fue un factor contribuyente.

Entonces, estamos ante una problemática mundial, las cifras no mienten y reflejan un aumento de casos. En la Libertad durante el año 2021 se realizaron 382949 tamizajes sobre salud mental, los resultados colocaron a la depresión y ansiedad en primer lugar de positividad con 11866 (Gobierno Regional La Libertad, 2022). El diario oficial El Peruano (2023) informa que en el primer trimestre del presente año los problemas de salud mental se incrementaron en un 64% en regiones afectadas por las lluvias, en las cuales La Libertad está incluida junto a Arequipa, San Martín, Cajamarca e Ica. La Libertad fue la región que encabezó este incremento con un aumento de 8277 casos. Esto debido a que, durante el tiempo de emergencia, muchos perdieron a sus seres queridos, daños físicos, pérdidas económicas, daños en la vivienda y la limitada respuesta del sector salud. Enfocándonos en el distrito de Moche, se cuenta con el Centro de Salud Mental Comunitario Maeich Muchik, donde se atiende a personas que padecen trastornos mentales graves y moderados. En el año 2022, el centro atendió a 361 personas que fueron diagnosticadas con problemas graves relacionados a depresión (CSMC Maeich Muchik, 2023). Hasta julio del 2023, el mismo centro ha podido atender a 207 personas diagnosticadas con depresión en estadios graves o moderados. Esto evidencia una necesidad urgente de brindar herramientas efectivas en el proceso terapéutico para buscar mejorías prontas en un sistema de salud limitado y con una imposibilidad de atender satisfactoriamente la demanda actual. Entonces es válido preguntar ¿Cuál es el efecto del programa de terapia breve centrada en soluciones en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023?

La presente investigación se justifica desde lo teórico pues son pocos los estudios respecto al impacto de la terapia centrada en soluciones en el ámbito local y regional. Se busca promover el debate sobre la eficacia, las limitaciones, el alcance de la terapia centrada en soluciones y su uso en pacientes con sintomatología depresiva. En un nivel práctico este estudio busca ser una herramienta útil para mitigar la brecha en la cobertura de salud; pues es bastante obvio que a respecto al sistema de salud, y sobre todo en salud mental, tenemos deficiencias en recursos humanos y la demanda cada vez aumenta por lo que es de mucha importancia buscar estrategias y técnicas eficaces ante ello.

La relevancia de este estudio también se ve respaldada por la necesidad de encontrar material de apoyo para los investigadores futuros. Aportando desde lo metodológico, buscando que las conclusiones y validaciones se conviertan en recursos de consulta para futuras investigaciones y así sumarse a las discusiones sobre la problemática y réplicas posteriores. En cuanto a lo social, habiendo ya descrito el impacto que la depresión causa en la salud y el aumento considerable de casos que azota a nuestra región es de mucha importancia prestar atención a esta situación sobre cómo hacerle frente, entendiendo que la depresión es el principal diagnóstico que la OMS señala que sufre la población en relación a su salud mental y esto se ve reflejado también en nuestra realidad nacional y local.

Así la investigación establece como objetivo general determinar el efecto del programa de terapia breve centrada en soluciones en pacientes que sufren de depresión en el centro de salud mental comunitario en el año 2023. Para los objetivos específicos se plantean determinar el efecto en la dimensión de estado afectivo persistente en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023 mediante la aplicación del programa de terapia breve centrada en soluciones, determinar el efecto en la dimensión de trastornos fisiológicos en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023 mediante la aplicación del programa de terapia breve centrada en soluciones, determinar el efecto en la dimensión de trastornos psicomotores en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023 mediante la aplicación del programa de terapia breve centrada en soluciones, determinar el efecto en la dimensión de trastornos psíquicos en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Se plantea como hipótesis general: el programa de terapia breve centrada en soluciones tiene un efecto reductor (beneficioso) de la depresión en pacientes del distrito de Moche en el año 2023. Dentro de las hipótesis específicas se estableció como: existe un efecto reductor con la aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones en la dimensión de estado afectivo persistente en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023, existe un efecto reductor con la aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones en la dimensión de trastornos fisiológicos en pacientes que sufren de

depresión en el distrito de Moche en el año 2023, existe un efecto reductor con la aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones en la dimensión de trastornos psicomotores en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023 y existe un efecto reductor con la aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones en la dimensión de trastornos psíquicos en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

II.- MARCO TEÓRICO

En las investigaciones a nivel nacional, Ostos et al. (2018) en su investigación denominada terapia breve centrada en soluciones en usuarios con problemas y trastornos psicológicos del consultorio de la facultad de psicología en Huánuco, plantearon como objetivo determinar la efectividad de la TBCS, para ello trabajaron en base al protocolo del mismo enfoque, con un diseño pre experimental y una muestra de 7 pacientes; para su apoyo en pre y post prueba usaron el Outcome Rating Scale (ORS); concluyendo que existe una evidencia significativa en los resultados estadísticos entre las pruebas aplicadas antes y después del tratamiento determinando así su efectividad en pacientes con problemas psicológicos.

También Vásquez (2019) realizó un taller centrado en soluciones para desarrollar estilos de afrontamiento en estudiantes, con su investigación cuasi experimental, su objetivo fue el determinar la influencia del taller centrado en soluciones en los estilos de afrontamiento de los estudiantes, trabajando con una muestra de 15 estudiantes, se aplicaron instrumentos como la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) llegando a tener resultados que hubo diferencias significativas, presentando un efecto mediano y pequeño en las medias de los estilos, concluyendo que este enfoque centrado en soluciones tiene la capacidad de generar un marco de partida para la resolución de conflictos con una disminución de estrés en la muestra estudiada.

Regalado (2021) se interesó en investigar y demostrar la eficacia de la terapia breve centrada en soluciones para el tratamiento de crecimiento postraumático en jóvenes trujillanos sobrevivientes de COVID -19; la investigación es de corte experimental con un diseño cuasiexperimental, con una aplicación previa al tratamiento y otra después del mismo, usando el inventario de crecimiento postraumático de Tedeschi y Calhoun adaptado , contó con una muestra de 5 jóvenes entre los 18 a 29 años; se concluye que existe una eficacia significativa de la TBCS enfocado a el crecimiento postraumático en las dimensiones de nuevas posibilidades, apreciación a la vida y fuerza personal.

Ramal (2019) En su investigación se interesó en investigar si el enfoque centrado en soluciones llega a aumentar el bienestar psicológico en estudiantes

universitarios, para ello se aplicó un programa cuasi experimental con un grupo experimental, grupo control y aplicación de pretest y posttest, contó con una muestra de 16 estudiantes con puntajes bajos en la escala de bienestar psicológico; dentro de los resultados se obtuvo puntajes entre el pre y post test altamente significativos, el enfoque centrado en soluciones aumenta de manera significativa el bienestar psicológico en estudiantes universitarios, demostrando así la eficacia de este tratamiento.

Referente al nivel internacional, Godínez (2017) en su investigación desarrollada en México titulada integración del enfoque cognitivo conductual y centrada en soluciones para el tratamiento de un paciente con síntomas depresivos, tuvo como objetivo mostrar la eficacia de una intervención integrando dos enfoques como la cognitivo conductual y la terapia breve centrada en soluciones; se empleó el inventario de depresión de Beck y la pregunta de escala para su aplicación previa y después del tratamiento; se trabajó en base a siete sesiones en las cuales se usaron múltiples técnicas llegando a obtener en los resultados evidencias de una reducción de sintomatología depresivas en los usuarios y un aumento en la pregunta de escala es así que la investigación concluye que los enfoques empleados presentan una eficacia para el tratamiento en pacientes con depresión.

Alanís (2018) En su investigación para el grado de maestría en México, se interesó por la reestructuración cognitivo emocional tras un proceso de duelo integrado técnicas breves centrada en soluciones y cognitivo conductuales, este estudio se realizó con un caso de un joven de 33 años con afectación de duelo trabajándose en él modelos de la TBCS Y TCC donde se utilizaron diferentes técnicas; al transcurrir 9 sesiones se concluye con resultados que mostraron aumento de sentimientos positivos, mayor conciencia emocional, además de un mejor control emocional y de pensamientos con una elevación de autoestima, generando de esta manera la eficacia del tratamiento en la reducción de los sentimientos depresivos.

Cevallos et al.,(2022) Para evaluar la eficacia del modelo de terapia centrada en soluciones en el tratamiento de la depresión, comparando con la terapia de aceptación y compromiso, para ello revisaron 35 artículos sobre la aplicación de estos modelos en el tratamiento de la sintomatología de la

depresión; llegando a obtener resultados que ambos modelos terapéuticos tienen impacto clínico significativo en reducir síntomas depresivos, concluyendo en que la terapia breve centrada en soluciones es eficaz en el tratamiento de trastornos como la depresión.

El modelo que Steve de Shazer e Insoo King Berg elaboraron desde su experiencia profesional ha sido denominado como Terapia Breve Centrada en Soluciones, aunque la palabra breve en algunos textos es obviada (Lipchik, 2004; Metcalf, 2020). Ya De Shazer (1990) había postulado su posición frente al término “breve”, pues hasta esas fechas en el Centro de Terapia Breve de Investigación Mental proponía una duración máxima de 10 sesiones para la intervención. El mismo De Shazer señalaba que los trabajos de Weakland y colaboradores sorprendían con un 72% de efectividad en sus casos mostrando una mejoría significativa con solo 7 sesiones desarrolladas. En el Centro de Terapia Familiar Breve, se llegó a la misma efectividad en los casos de 1978 a 1983 con sólo 6 sesiones desarrolladas. Generando un hito medular en el actuar de hacer terapia “cuanto antes se resuelve el problema, mejor es” De Shazer (1980, p. 23). Sin embargo, Beyebach (2014) definió a esta modalidad de terapia como un tratamiento breve con un promedio entre tres y seis sesiones, con resultados positivos (a través de metaanálisis) que van desde cambios pequeños y moderados hasta resultados espectaculares.

La terapia breve centrada en soluciones no nació como un postulado teórico sino como un método práctico centrado en la solución (Kim Berg & Scott D, 1997). Se estudiaba los principios e influencias históricas y filosóficas que sostenían el modelo, pero siempre desde una perspectiva pragmática. Para entender y explicar este modelo de terapia, sería necesario detallar estas influencias y estos principios. García (2013) propone las siguientes:

El enfoque de Erickson era un enfoque distinto a lo practicado hasta esos años. Milton Erickson fue un hipnoterapeuta con mucha influencia en las corrientes sistémicas y de terapia breve, quien desarrollaba un método de trabajo evitando las teorías psicopatológicas y la etiología del problema. Erickson confiaba en los recursos que tenía el paciente para hacerle frente a la adversidad. Según el mismo De Shazer (1980) esta es la clave de la terapia

breve: utilizar los recursos que trae consigo el paciente para lograr una vida satisfactoria por sí mismo.

Pero la influencia de Erickson no solo se reduce a la búsqueda de recursos y fortalezas sino en lo que propuso para hacer terapia, utilizando las paradojas y el doble vínculo terapéutico. El rechazo al concepto de resistencia sería la piedra angular en la visión de Shazer respecto al vínculo terapéutico y esto se evidencia en el artículo La muerte de la resistencia que escribiría en 1984 (De Shazer, 1984). Se conoce también la denominada técnica de confusión en pacientes con dificultades para elaborar objetivos claros. Dicha técnica recoge como base la propia técnica de Erickson denominada *técnica de confusión en hipnosis* (De Shazer, 1990).

Steve de Shazer calificó la obra de Bateson como parte fundamental del discurso terapéutico sobre todo respecto a la terapia familiar (De Shazer, 1999). Gregory Bateson desarrolló muchos estudios respecto a la comunicación, originando una revolución en el modo de hacer y ver la psicoterapia. Introduce la visión sistémica, llevando la Teoría General de los Sistemas propuesta por Ludwig Von Bertalanffy en 1976 a las prácticas comunicacionales. De la misma forma propuso los principios de la cibernética para explicar la interacción humana generando lo que se llamaría la pragmática de la comunicación forjando un cambio de paradigma en la forma de hacer terapia (García Martínez, 2020). Bateson señala que los sistemas predeterminan las cosas, las predestinan; aduciendo que el poder en un sistema no es lineal ni unilateral y si se aferra a esta práctica originaria una “patología sistémica” (De Shazer, 1999).

Desde la visión sistémica, cada elemento que compone un sistema no debe ser considerado desde un concepto individual o aislado sino en medida que sus interacciones se presenten. Por ende, si se busca una modificación de este elemento debe de buscarse modificar sus interacciones. La cibernética aporta el concepto de retroalimentación (positiva y negativa) como mecanismo para mantener la homeostasis. Todos estos conceptos fueron de vital importancia cuando se abordaron problemas familiares (García Martínez, 2013). Se suman a estos conceptos, el denominado doble vínculo como una paradoja comunicativa; el mensaje del interlocutor a otro lleva un segundo mensaje contradictorio, generando confusión e inestabilidad

Don Jackson, Virginia Satir, J. Riskin junto a otros colaboradores fundaron en 1958 el MRI (Mental Research Institute) de Palo Alto en California, teniendo la finalidad de estudiar la comunicación e interacción humana y la psicoterapia. Luego se unirían al grupo John Weakland, Paul Waslawick, Richard Fish entre otros. Según Lipchick (2004) la terapia centrada en soluciones es la hermana menor del modelo de terapia breve que se propuso en el grupo de Palo Alto; quienes buscaban desactivar el circuito de soluciones no eficaces que alimentaban y mantenían el problema. Entonces el problema es la solución fallida, lo que se consideraría *más de lo mismo*. Es de gran mérito por los colaboradores de esta terapia breve el proponer soluciones muy ingeniosas, originales, novedosas a través de estratagemas.

Existen algunos supuestos que buscan definir la actitud del terapeuta y guía la relación con el cliente dentro de lo que refiere la terapia centrada en soluciones.

La premisa de la primera sesión con el cambio es inevitable, es generar un cambio en el foco de atención del paciente, generar un cambio en sus expectativas, utilizando sucesos pasados, presentes y futuros. Pero generar dicho cambio no parece ser un proceso lejano a lo cotidiano pues, el cambio es inevitable, forma parte de la vida del paciente, es imposible dejar de cambiar (De Shazer, 1985, 1990). El modelo centrado en soluciones simplifica la terapia buscando aquellos cambios que se producen naturalmente para llevarlos a una solución. Incluso no niegan la presencia de mejorías sin tratamientos previos (Epchick, 2004). Así se buscan cambio pre tratamientos, se genera una mayor esperanza ante problemas abrumadores y al encontrar pequeños cambios se enrumba hacia cambios mayores. Si se ha iniciado un pequeño cambio entonces la solución está en camino.

Una visión ateórica no normativa del cliente, el enfoque no está interesado en determinar la “verdadera” naturaleza y evolución de los problemas, entiende que cada persona es única, por ende, cada cliente también. Kim Berg & Scott (1997) proponían no estudiar un único alcoholismo, en lugar de ello, trata tantos alcoholismos como personas que la padecen. Entonces se rechaza la tendencia de utilizar lo que le funcionó a una persona se recomiende hacer a otra para que funcione también. De esta manera se fomenta la flexibilidad y se acorta los

tiempos ahorrando esfuerzos en explicar causas y diagnósticos y se evita forzar al cliente para aceptar premisas y consejos del terapeuta.

La parsimonia, De Shazer (1985) cita al filósofo Guillermo de Occam escribiendo “lo que puede hacerse con pocos medios en vano será con muchos”. Así propone utilizar los medios más simples y directos que resulten eficaces, convirtiéndose en una terapia económica que solo agrega complejidad si es necesaria (Kemb Berg & Scoot, 1997; García, 2013). Otra ventaja sería la búsqueda de un pequeño cambio, actuando éste como una ficha de dominó que al caer generará otro cambio y este otro cambio sucesivamente. Mientras más complejo sea el problema, un pequeño cambio en su vida puede originar un impacto favorable en la vida misma a través de otros cambios más profundos y notorios (De Shazer, 1990; 1999). Pero el impacto no sólo es en el cliente mismo sino en las expectativas y en la relación terapéutica, puesto que estaremos propensos a abrazar la esperanza y el optimismo con naturalidad.

Según Bannink (2003) la resistencia es la negativa del cliente al cambio y que prefiere alejarse del terapeuta. Según el modelo tradicional, cuando no hay progreso en las mejorías del paciente la culpa es absolutamente de él al no seguir los consejos y recomendaciones. De Shazer genera un hito cuando se publica su artículo La muerte de la resistencia (De Shazer, 1984). Un cliente no podría ser resistente, aquello es la poca comprensión que tiene el terapeuta para generar una alianza y provocar un cambio. En ese caso se debe seguir observando al cliente, pero no como un adversario sino como un colaborador, para formar un equipo, pues el oponente es el problema mismo. Se entiende que el concepto de resistencia no es un concepto útil, es una pérdida de energía y responsabiliza al cliente. Pretende remplazar dicho término por el de *cooperancia* que es la motivación a cooperar con la alianza terapeuta-cliente (García Martínez, 2013). Lo más probable en un usuario “resistente” es que se encuentre con un terapeuta poco creativo.

Los clientes poseen recursos para ayudarse a sí mismos, para Lipchik (2004) este es el principio fundamental y en el que se sostiene toda la terapia centrada en soluciones. Poniendo en práctica este principio se utilizan todos los recursos disponibles: habilidades, conocimientos, creencias, comportamientos, síntomas, redes sociales, motivaciones, circunstancias e idiosincrasias para

llevarlos hacia sus propias mejorías (García Martínez, 2013). Los problemas son circunstancias de la vida misma, son sucesos que en muchas veces se asocia al ciclo vital es decir al curso natural de las cosas, desde las primeras edades estamos constantemente enfrentándonos a adversidades que, aunque sean muy irrelevantes van elaborando en nosotros mismos herramientas de afronte. De esta forma evitamos que el terapeuta asuma el rol de un padre sobreprotector que no cultivará la confianza en sí mismos a sus hijos. Aún las historias más comprometedoras, llenas de sufrimiento y dificultades, tienen aún en capacidades mínimas, fortalezas de “supervivencia”.

En la búsqueda de la eficacia y al resaltar su nombre de soluciones, este tipo de terapia se desinteresa por el pasado del cliente, buscando generar ajustes en el presente y futuro. Entonces no está interesada en la causa de los problemas sino en lo diferente que debería ser el futuro para aceptarlo como una mejoría (Lipchik, 2004). Sin embargo, no rechaza la idea de que sucesos lamentables afecten la vida de las personas, no obstante, sería imposible establecer una relación directa debido a que se encuentran muchos casos de síntomas similares sin haber pasado por dicha experiencia previa y otras que vivieron la experiencia, pero no desarrollaron malestares o difirieron en su intensidad.

Las soluciones no tienen que ver necesariamente con el problema, esta idea es tal vez la característica que distingue al Centro de Terapia Breve Familiar con el Grupo de Palo Alto. Vuelve a rechazar la progresión causa-efecto y se aferra a la premisa que el cambio es inevitable. El terapeuta centrado en soluciones no encuentra de utilidad la información histórica del problema o queja, incluso si puede obviarla, debe obviarse (Hudson O’Hanlon & Weiner-Davids, 1989). Si se habla del problema el resultado será un tiempo enfocado en quejas, malestares dejando de lado la atención en la aparición de los recursos del cliente, además se corre el riesgo de abrumarse de información y de revivir sucesos ya superados.

Los problemas no están presentes a cada momento, tal vez la visión negativista de ellos nos impide creer en ello. Una de las funciones del terapeuta es la búsqueda de las excepciones temporales y circunstanciales (García Martínez, 2013).

Las Principales técnicas de la Terapia Breve Centrada en Soluciones son lo más atrayente de este enfoque y probablemente lo más popular entre la comunidad terapéutica. Sin embargo, Beyebach (2014) nos advierte que hacer terapia centrada en soluciones va más allá de realizar una técnica o una estrategia, pues debe asegurarse cumplir con el marco referencial teórico y tener mucho cuidado con el lenguaje. Como es obvio la terapia centrada en soluciones se enfoca en buscar dichas “soluciones”, es decir, se debe identificar, marcar y ampliar todas las veces que el problema se presentó en menor intensidad o simplemente no se presentó para luego atribuirle control al cliente de ello. Pero si ello no es suficiente, la misma terapia te brinda la libertad de conducirse desde otras medidas complementarias para tratar de reducir el sufrimiento o problema.

Entonces, según García (2013) la diferencia de la primera sesión con las posteriores está en mejorar la relación terapéutica y negociar mejor los objetivos.

Técnicas de proyección al futuro, es entendida como la mirada hacia el presente y en especial hacia el futuro dirigen toda la intervención en la terapia centrada en soluciones. Las técnicas de proyección al futuro consisten básicamente en invitar al cliente a que visualice su vida sin el problema o con el problema ya resuelto, tratando de amplificar detalles y acciones. Las técnicas de proyección al futuro se resumen en la pregunta del milagro, estructurada por Insoo Berg, y la técnica de bola de cristal, estructurada por Steve De Shazer (De Shazer, 1990; Kim Berg & Scott D, 1997).

La pregunta del milagro facilita la elaboración de objetivos, empatiza con la magnitud del problema, indicando que solo un proceso “mágico” podría solucionar dicha situación y nos muestra una ruta de acción en pequeños pasos hacia las mejorías. Entonces la premisa sería:

Supongamos que esta noche, mientras usted está dormido, se produce un milagro respecto a todo aquello que lo aqueja. Así, el problema que lo trajo aquí a terapia se ha resuelto. Usted como estaba dormido no pudo saber que ese milagro se había presentado. ¿Qué sería de diferente que le hará darse cuenta que ese milagro ha ocurrido? ¿Cuál sería ese pequeño cambio? ¿Qué más? (García Martínez, p.78 2013; Kim Berg & Scott D, p.13 1997; Solution Focused Brief Association, 2013).

La pregunta es una invitación para elaborar detalladamente un plan de acción interaccional más que emocional. Se debe buscar cambios mínimos y concretos para así convertirlos en objetivos terapéuticos, para ello se requiere una profunda preparación y práctica pues las respuestas a esta pregunta no siempre son en un primer momento útiles o provechosas.

En excepciones, son todas aquellas veces cuando el problema no se presenta o se reduce respecto a frecuencia, intensidad o duración (Beyebach, 2014). Aquí la mirada es hacia el pasado, pero sólo para buscar toda acción que el cliente o su familia hizo logrando que el problema no se presente o se atenúe. De Shazer (1990) afirmaba que nada ocurre en todo momento, nada es siempre lo mismo y que las excepciones pertenecen al ámbito del problema. El hecho es que el cliente está tan focalizado en la queja que no se percata de aquellos éxitos o logros realizados en anterioridad. Entonces es deber del terapeuta analizar e investigar excepciones; García (2013) señalaba 3 tipos de excepciones: aquellas que se producen antes que la terapia se inicie, aquellas que aparecen en el transcurso de agendar una cita y la primera sesión (cambios pretratamiento) y las que aparecen luego de la primera sesión (mejorías, avances o cambios terapéuticos).

Beyebach (1999) propuso 5 fases en el trabajo de excepciones:

- Elicitar: consiste en sacar a la luz el tema de excepciones. Aquí, muchas veces, son los propios clientes quienes cuentan o enumeran espontáneamente la presencia de excepciones.

- Marcar: en este momento el descubrir una excepción no debe pasar desapercibido, es decir, debe cobrar importancia. La forma de marcar dicha excepción dependerá del estilo de cada terapeuta.

- Ampliar: es el momento de hablar el mayor tiempo posible sobre dichas excepciones. Se buscarán detalles y aproximaciones precisas sobre los intentos exitosos.

- Atribuir control: se busca traspasar el control de la situación desde un hecho fortuito a una acción deliberada por el cliente. De este modo se fortalece

la búsqueda de excepciones futuras y las esperanzas al cambio pues es el cliente quien toma responsabilidad de dichas excepciones.

- Seguir: se buscarán otras excepciones y se repetirá el proceso descrito.

De esta forma las excepciones sacan a flote los recursos de los propios clientes pues estos recursos están poniéndose en práctica al activarse las estrategias de soluciones exitosas.

Cambios pretratamiento, se considera como una variable de las mismas excepciones. Son todos aquellos momentos o situaciones que se presentaron previas a la consulta, provocando un mejor manejo del problema que del mismo modo que las excepciones, el problema no estuvo presente, disminuyó o estuvo mejor manejado (García,2013). Este tipo de excepciones son muy valiosas pues no solamente son las más “frescas” en el historial del cliente, sino que van a direccionar el camino de la intervención y de esa forma generar un impacto más efectivo y esperanzador.

Entonces, la premisa sería: *Hemos notado que muchas personas que vienen a resolver algún problema suelen presentar ligeras mejorías en los días previos a la primera cita. Te pediría hacer un esfuerzo y hacer memoria con cuidado ¿qué pequeñas mejorías has notado en relación a la dificultad que me contaste? ¿Qué está mejor, así sea muy ligeramente? (Vásquez, 2020) referencia*

Esto se basa en la creencia que muchas personas al conseguir una cita con algún profesional, experto en consejería y terapia, generan en ellas mismas un tipo de alivio, así emerge una esperanza sobre la resolución de sus problemas y empiezan a comportarse como si el problema estuviera resuelto o con un mejor manejo ante ellos (García, 2013).

Preguntas de escala, Berg & Scoot (1997) sostenían que cuando el cliente podía clasificar con una escala nominal su malestar, sentimientos, emociones, autoestima y demás representaciones intrínsecas se puede tener mayor precisión para evaluar la situación que lo aqueja. Es decir, las preguntas de escala se utilizan para determinar la gravedad de un problema.

García (2013) indica que las preguntas de escala nacen como necesidad de que el terapeuta y el cliente se pongan de acuerdo para hablar sobre la afectación del problema en términos numéricos. Así podemos unificar una visión de la afectación del problema respecto a la intensidad y es un punto de partida para elaborar objetivos y una ruta de mejorías. Las preguntas de escala buscan generar confianza, motivación y evaluar el progreso de la terapia (Bannink, 2003). La premisa sería la siguiente:

Tratando de medir la intensidad con la que este problema te está afectando vamos a trabajar con una escala numérica del 0 al 10. Así el número 10 representa un momento de tranquilidad, paz y control de la situación que te aqueja y el número 0 la sensación de que no hay forma de empeorar más, una situación extrema donde incluso está presente la idea de abandonarlo todo. Por cierto, esta opción dudo que esté disponible pues desde el momento que estás aquí buscando ayuda nos dice que aún no todo está perdido. Del 0 al 10, ¿en qué número estarías en estos momentos?

Es válido recordar que las premisas se pueden adaptar y modificar según la necesidad o inferencia que desea realizar el terapeuta como en este caso donde se busca rechazar la opción mínima (el número 0) para promover la sensación de esperanza al futuro. Así se abren un abanico de posibilidades a través de preguntas estratégicas: ¿Qué cosas han cambiado para mejor que ya no estés en un 3 sino en un 4? ¿Qué estarías haciendo con un punto más en la escala? ¿A qué se debe que aún te encuentres en 3 puntos y no hayas bajado más?, etc. De este modo se puede realizar ajustes en las sesiones posteriores según el rumbo de objetivos o mejorías o incluso reevaluar los mismos objetivos. La idea prima es generar información valiosa para el terapeuta en la búsqueda de fortalezas y recursos.

Las preguntas de afrontamiento se utilizan para buscar recursos y fortalezas aún en situaciones bastante desesperanzadoras. Podemos hablar de personas muy afectadas en lo emocional, bastante tristes o incluso en crisis, en todos esos casos ellas desean ser escuchadas, valoradas y descargarse emocionalmente (Olcese, 2020).

El elogio. Berg & Scoot (1997) señalaban que el hecho de asistir a la sesión es un acto positivo pues buscan minimizar los conflictos de su vida por lo tanto deberían ser elogiados. Por lo tanto, es deber del terapeuta buscar motivos que merecen ser elogiados en la consulta. Y estos motivos podrían ser los cambios que ya han ocurrido, incluso aquello que desea mantener y las fortalezas que pone en práctica el cliente cuando enfrenta las situaciones desfavorables (García, 2013). Se entiende que el uso terapéutico del elogio aumenta la probabilidad que las soluciones exitosas se repitan, que las prescripciones se realicen, refuerza la relación entre el terapeuta y el cliente, reafirmando la motivación, confianza y el reconocimiento a las virtudes, haciéndolo sentir capaz y responsable de las mejorías (García, 2013).

Teniendo en cuenta la variable Depresión para Zung (1965) es aquella perturbación mental fundada por sentimientos de tristeza, inutilidad, desconsideración, tiene que ver respecto a la tristeza normal o incluso a algún fallecimiento de un familiar entre otras.

Para la Organización Mundial de la Salud (2023), la depresión es un trastorno mental afectivo común a nivel mundial y tratable, siendo además una de las principales causas de la discapacidad; esta se caracteriza por los sentimientos de tristeza persistentes, anhedonia, alteraciones en el sueño y apetito, la persona que padece esta patología se siente cansada, tiene falta de concentración; toda su sintomatología afecta en su funcionamiento, en aspectos de la vida, relaciones con la familia, amigos, comunidad y limita el vivir una vida placentera.

Para el Ministerio de Salud (2023) El episodio depresivo es un estado de ánimo bajo y varía poco de un día a otro, es frecuente el cansancio, incluso si es un esfuerzo mínimo; se presenta una reducción en la energía y una disminución de la actividad cotidiana, afecta la autoestima y la confianza en uno mismo, tiene reducida también la capacidad de concentración y de disfrute de actividades que antes consideraba placenteras. Del mismo modo suele estar alterado el sueño y apetito y a menudo tiene pensamientos de culpa e inutilidad, no responde a circunstancias externas y puede estar acompañado de somatizaciones.

De acuerdo con la guía de práctica clínica de la depresión, su etiología es multifactorial sobre la interacción genética donde señalan que hay mayor predisposición en gemelos; en cuestiones biológicas se puede presentar por una disminución de serotonina, noradrenalina y dopamina; en lo ambiental la causa son los estresores psicosociales (MINSA,2023).

Es así que personas que han vivido algún acontecimiento perturbador como abusos, alguna pérdida grave o hechos estresantes son las que presentan mayor probabilidad de desarrollar depresión; Estimando que el 5% de adultos a nivel mundial padecen de este problema; Así mismo, las mujeres tienen más probabilidades de presentar depresión ante algún acontecimiento que afecte su estado de salud mental en comparación de los hombres OMS (2023).

El modelo explicativo dentro de la guía práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la depresión propone un enfoque psicosocial, explica que la depresión se comprende en base a la interacción de factores intrínsecos y extrínsecos; una interacción entre los contextos individuales, interpersonales, comunitario y social con los factores de riesgo. Con esta perspectiva multicausal que conecta con factores psicosociales como el maltrato, abuso, entre otros permite ampliar la visión del diagnóstico y explica el curso de la depresión, sintomatología y la respuesta que se dan ante el tratamiento (MINSA,2023).

La depresión al ser un trastorno mental que incapacita a la persona, limitándola a desenvolverse de manera adecuada en sus ámbitos, puede conllevar consecuencias terribles como es el suicidio, según las cifras de la OMS más de 700.000 de personas en el mundo muere por esta causa dejándola como la cuarta causa de muerte en individuos de 15 a 29 años de edad, es por ello que una atención oportuna con un diagnóstico eficaz puede ayudar a una intervención y con esto evitar llegar a consecuencias terminales para el paciente OMS (2023).

La sintomatología que se presenta ante un episodio son estado de ánimo deprimido, es decir la persona se siente triste, con sentimientos de vacío e irritabilidad acompañado de pérdida de placer o interés ante actividades que realizaba, estos sentimientos tienen una duración en la mayor parte del día y se presentan casi todos los días durante por lo menos dos semanas , así mismo,

puede ir acompañado de otros síntomas que los acompaña y se pueden presentar de forma variada según los casos como desesperanza, sentimientos de culpa, sueño interrumpido, cambios en el apetito, cansancio y poca energía, pobre concentración y pensamientos sobre la muerte o el suicidio. Estos episodios se clasifican como leve, moderado o grave que irán de acuerdo a la cantidad y gravedad de síntomas que presente la persona (OMS,2023).

La estimación de afectación que produce la depresión a nivel mundial aproximadamente 280 millones de individuos tienen depresión y en la población peruana es de un 3,8%, en esto se incluye un 5% de adultos y 5,7% de adultos mayores. El último reporte sobre la carga de la enfermedad se realizó en el 2020 en donde se encontró que entre las 10 primeras enfermedades con carga de enfermedad en todas las regiones se encontraba la depresión, en las regiones que destacan con la carga más alta con en San Martín, Moquegua, Tacna y Lima con el 4%, 4.1%,3.5% y 3.6% (MINSa,2023).

La depresión es comprendida por la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento como un proceso multifactorial, es por ello que dentro de los factores biológicos se encuentran los factores genéticos, edad, sexo, alteraciones en la salud y vulnerabilidad biológica; en factores psicológicos se considera antecedentes de síntomas depresivos, vulnerabilidad psicológica, trastornos psíquicos, afectividad negativa, estilos de pensamiento, estrés crónico, rasgos de personalidad, estilos de vida no saludables. Para factores ambientales se encuentran conflictos familiares, violencia, maltrato, abuso, estilos educativos negativos, trastorno psíquico en los padres; en los factores sociales destacan eventos estresantes, dificultades en las relaciones, bajo nivel de educación y de recursos económicos, desempleo, ambiente laboral hostil (MINSa,2023).

Episodio depresivo leve, en este nivel suele presentarse 2 o 3 de los síntomas, el consultante puede llegar a estar afectado por estos pero también puede seguir realizando muchas de sus actividades diarias; en un episodio depresivo moderado, tienen que estar presentes 4 o más de los síntomas, estos afecta en el consultante probablemente con grandes dificultades para poder realizar sus actividades diarias; para el episodio grave sin síntomas psicóticos, los síntomas

son más marcados y tiene mayor afectación en la persona, son atípicas la pérdida de autoestima, culpa, ideas de autodesprecio, ideas o actos suicidas, además de síntomas somáticos; finalmente en el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos, se presenta igual que el anterior añadiendo el que se presentan ideas delirantes, alucinaciones, estupor o enlentecimiento psicomotriz, imposibilitando el poder realizar sus actividades, la vida del consultante puede estar en riesgo de deshidratación o inanición y de suicidio (MINSA,2023).

El manejo de la depresión según el nivel de complejidad y capacidad resolutive, dentro de las medidas generales y preventivas que plantea la guía de práctica clínica del Ministerio de Salud MINSA (2023) menciona que los Centros de Salud Mental Comunitarios y los niveles de atención I-1, I -2, I-3, I-4 son los encargados de articular su labor según capacidad resolutive, necesidades de los usuarios y población; las intervenciones son consejerías, psicoeducación, psicoterapia individual, familiar y grupal, lo realiza los profesionales de salud mental de acuerdo al nivel de severidad de la depresión

III.- METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de Investigación

La presente investigación es prospectiva, longitudinal de diseño pre experimental. Este diseño tiene un solo nivel que es el grupo experimental para recibir la intervención aplicada por el investigador; Así también la variable independiente tiene que ser medida con algún instrumento en dos momentos (Ramos,2021).

Esquema:

G.E 01 X 02

Dónde:

G.E.: Grupo experimental

O1: Pre test

X: Aplicación de programa centrado en soluciones

O2: Post test

3.2 Variables y Operacionalización

- **Definición Conceptual:**

Terapia Centrada en Soluciones

Es un enfoque terapéutico en el que se invierte la manera tradicional de abordar los problemas humanos: en vez de definirlos, delimitarlos, analizar sus características y determinar sus causas a fin de revertirlas; entonces se prefiere por trabajar con pequeños pasos hacia el futuro preferido por los consultantes o clientes (los objetivos), apoyándose en los momentos en que algunos de estos objetivos ya se están alcanzando o se aproximaron a ellos (las excepciones) (Herrero de Vega & Marck, 2018).

Depresión

Para la Organización Mundial de la Salud (2023), la depresión es un trastorno mental afectivo común a nivel mundial y tratable, siendo además una de las principales causas de la discapacidad; esta se caracteriza por los sentimientos de tristeza persistentes, anhedonia, alteraciones en el sueño y apetito, la persona que padece esta patología se siente cansada, tiene falta de concentración; toda su sintomatología afecta en su funcionamiento, en aspectos de la vida, relaciones con la familia, amigos, comunidad y limita el vivir una vida placentera.

- **Definición Operacional**

Programa de Terapia Centrada en Soluciones

Programa de 10 sesiones basado en las técnicas de la Terapia Centrada en Soluciones.

Depresión

Los sujetos que, en la escala de depresión de Zung, obtuvieron puntajes superiores a 40.

- Indicadores: Estado afectivo persistente, trastornos fisiológicos, trastornos psicomotores, trastornos psíquicos.
- Escala de medición: Ordinal

3.3 Población, muestra, muestreo y unidad de análisis

3.3.1 Población: La población está compuesta por individuos adultos pertenecientes al Centro de Salud Mental Maeich Muchik. Los usuarios han tenido procesos terapéuticos previos con poco o nulo avance por lo que son referidos al centro de salud mental para una intervención especializada. La población en una investigación es entendida como elemento identificados que son accesibles y también que son parte del ámbito en dónde se realiza la presente investigación y será el referente para la selección de la muestra (Arias et al.,2016)

- **Criterios de inclusión:**
 - Participantes que firmen y acepten el consentimiento informado respecto a la investigación.

- Participantes que se comprometen a terminar el programa de 10 sesiones.
- **Criterios de exclusión:**
 - Si durante el proceso algún participante recurrió a servicios de otro profesional en psicología o del equipo multidisciplinario.
 - Participantes que abandonan voluntariamente el proceso terapéutico,
 - Participante falta a dos sesiones del programa.
 - Existe ideación suicida planificada, episodio psicótico o se sospecha de bipolaridad.
 - Participante consume drogas o sustancias psicoactivas.

3.3.2 Muestra: Se contó con un grupo total de 23 participantes, diagnosticados con episodio depresivo y que se encuentren llevando un tratamiento farmacológico, pertenecientes al centro de salud mental comunitario Maeich Muchik de Moche. Al finalizar el programa, 02 usuarios decidieron abandonar voluntariamente el programa (alta por mejoría) y otros 02 usuarios no cumplieron con el mínimo de sesiones por lo que fueron excluidos. La muestra se refiere a una parte representativa de la población, en ella los participantes comparten características en común, estos son seleccionados de acuerdo al criterio del investigador (Arias et al.,2016).

3.3.3 Muestreo: Se utilizó la técnica de muestreo intencional no probabilístico, esta permite al investigador poder seleccionar casos característicos de la población, seleccionando así solo a este grupo como la muestra, esta técnica se usa cuando la población es muy variable (Otzen y Manterola,2017).

3.3.4 Unidad de análisis: Consultantes adultos con diagnóstico de episodio depresivo grave o moderado y con tratamiento farmacológico.

3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos

Se utilizó la técnica de análisis de datos en primera instancia para poder seleccionar la muestra y contactar con los participantes. Luego se utilizó la

técnica de entrevista y encuesta para llenar los registros de los participantes, para ello se utilizó el cuestionario de depresión de Zung.

Cuestionario de Depresión de Zung.

En 1965, William Zung propone la Escala de Automedición de Depresión compuesta por 20 ítems. Toma poco tiempo para resolverse y puede aplicarse de forma individual o en conjunto. Es utilizada en múltiples investigaciones internacionales y en Perú ha sido adoptada por el Ministerio de Salud para ser tomada como una fuente de tamizaje sobre depresión en el primer nivel de atención. El puntaje máximo es de 80, y a partir de puntuar 40 en adelante se asume la presencia del trastorno de depresión. Respecto a la confiabilidad se describen resultados adecuados como 0,70-0,80 en la confiabilidad dos mitades y de Cronbach entre 0,79 y 0,92 (Zung, 1983). Evalúa sus cuatro dimensiones:

Estado afectivo persistente; esta dimensión se encarga de identificar todos los estímulos del medio externo e interno siendo sus manifestaciones las emociones y sentimientos.

Trastornos fisiológicos; en esta evalúa los procesos de la conducta y biológicos, intentando establecer los patrones de funcionamiento.

Trastornos psicomotores; identifica los factores psicológicos que intervienen en la movilidad del cuerpo.

Trastornos psíquicos; se enfoca en evaluar los procesos mentales como el pensamiento y la conducta.

3.5 Procedimientos

En la etapa inicial del proceso, se realizó una exhaustiva revisión de la literatura con el fin de identificar el contexto problemático vinculado a las variables de interés en el grupo estudiado. Este análisis se fundamentó en la técnica de revisión y análisis de datos previas que abordaron ambas variables. A partir de ello, se construyó un marco teórico extenso, integrando estudios tanto a nivel internacional como nacional, los cuales se enfocaron en explorar y

establecer correlaciones entre las variables en cuestión, proporcionando así un sólido respaldo teórico.

Se realizó la reunión con el equipo multidisciplinario y se presentó al centro de salud mental comunitario la propuesta del programa de terapia breve centrada en soluciones, explicando de los beneficios que acarreará dentro del tratamiento para los consultantes, para la autorización respectiva y se pueda tener acceso a la base de datos de los consultantes. Luego se coordinó para restringir la intervención a los usuarios.

En una etapa posterior, ya contactados con los integrantes del grupo, se procedió a la presentación detallada y explicación del propósito de la investigación, reiterando que se respetará el anonimato y confidencialidad, consecutivamente se explica el llenado del formulario de consentimiento informado a los participantes (Anexo N° 3), el cual delineó los objetivos de la investigación. Paralelamente, se proporcionaron instrucciones precisas sobre la realización de las pruebas, asegurando la completa confidencialidad de los datos e identidades de los participantes.

Se dispuso de un periodo suficiente para que los participantes completaron la prueba de manera voluntaria y con pleno conocimiento de la información proporcionada, llenando así el pre test para luego ir organizando de manera semanal las sesiones del programa de acuerdo a las necesidades y al contexto, al término de estas se procedió finalmente a la aplicación del post test para contrastar el efecto que tuvo.

3.6 Método de análisis de datos

Debido a que en un diseño de investigación pre experimental se cuenta con una muestra seleccionada mediante el muestreo no probabilístico, de forma intencional, o un grupo intacto. No es posible aplicar estadística inferencial para el contraste de hipótesis por la elección y asignación no aleatoria de los sujetos que participan de la muestra (Salinas, 1993); en consecuencia, se realizó el análisis de los datos mediante estadística descriptiva, iniciando con la presentación de los resultados en tablas de distribución de frecuencias absolutas simples y relativas porcentuales para describir los niveles de la variable

dependiente y sus dimensiones, antes y después de la aplicación del programa; asimismo, se calculó el coeficiente de asimetría y curtosis conjunta que con valores $K^2 < 5.99$ evidencia una distribución normal en la diferencia pareada (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005) en la diferencia pareada; asimismo, se calcularon estadísticos descriptivos como la media y desviación estándar del pre-test, post-test y la diferencia pareada, permitiendo evaluar el efecto del programa con el estadístico “d” de Cohen (1988) que considera un efecto trivial o nulo si $d < 0.41$ aceptándose la hipótesis nula y un efecto pequeño si $d < 1.15$, moderado si $d < 2.70$ y grande si $d \geq 2.70$ rechazándose la hipótesis nula.

3.7 Aspectos éticos

La investigación fue sometida a evaluación por el comité de ética de la Universidad César Vallejo, donde se otorgó una prioridad destacada a consideraciones éticas. El propósito primordial fue garantizar la protección y resguardo de los individuos participantes en el estudio de investigación. En estricto cumplimiento con el Código de Ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2017), se hizo hincapié en el deber y la responsabilidad inherentes a la ejecución de este estudio. Para aquellos menores de edad participantes, se obtuvo un consentimiento informado de sus tutores legales, quienes recibieron información completa y adecuada sobre la naturaleza y alcance de la investigación. Se priorizó de manera primordial la preservación de la salud psicológica de todos los participantes, implementando métodos y herramientas idóneas con el objetivo de prevenir cualquier riesgo o peligro potencial durante el desarrollo de la investigación.

En este estudio se priorizó el respeto irrestricto a los principios éticos fundamentales. Se enfatizó el principio de beneficencia, dirigido a fomentar el bienestar de los participantes, y se aseguró la no maleficencia, garantizando su seguridad y protección. Asimismo, se observó el principio de veracidad en la obtención de resultados, se respetó la autonomía de los participantes en sus decisiones, y se aplicó el principio de justicia, velando por la equidad y evitando exponer a los participantes a riesgos en beneficio propio o de terceros (Aristizábal, 2012).

Siguiendo las directrices éticas en investigaciones de la Universidad César Vallejo (UCV, 2020), se aseguró la integridad de los datos, se respetó la libertad de los participantes para optar por continuar o retirarse del estudio, priorizando así su bienestar psicológico. Los investigadores fueron debidamente capacitados, asegurando un enfoque profesional y científico en todas las etapas de la investigación.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: Nivel de depresión, antes y después de la aplicación del programa

Nivel de depresión, antes y después de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Nivel	Pretest		Postest	
	n	%	N	%
Depresión ambulatoria	0	0.0	0	0.0
Depresión situacional	5	26.3	0	0.0
Desorden emocional	14	73.7	0	0.0
Ausente	0	0.0	19	100.0
Total	19	100.0	19	100.0

En la Tabla 1, se aprecia una depresión a nivel de desorden emocional en un 73.7% con tendencia a ser depresión situacional en un 26.3% en el pretest y una ausencia de depresión en un 100% de los pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Tabla 2: Nivel del estado afectivo persistente, antes y después de la aplicación del programa

Nivel del estado afectivo persistente, antes y después de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en pacientes que sufren depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Nivel	Pretest		Posttest	
	N	%	n	%
Depresión ambulatoria	6	31.6	0	0.0
Depresión situacional	3	15.8	0	0.0
Desorden emocional	8	42.1	2	10.5
Ausente	2	10.5	17	89.5
Total	19	100.0	19	100.0

En la Tabla 2, se aprecia un estado afectivo persistente a nivel de desorden emocional en un 42.1% con tendencia a ser depresión situacional en un 15.8% y depresión ambulatoria en un 31.6% en el pretest y una ausencia de depresión en un 89.5% de los pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Tabla 3: Nivel de trastornos fisiológicos, antes y después de la aplicación del programa

Nivel de trastornos fisiológicos, antes y después de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Nivel	Pre-test		Posttest	
	N	%	n	%
Depresión ambulatoria	1	5.3	0	0.0
Depresión situacional	2	10.5	0	0.0
Desorden emocional	16	84.2	2	10.5
Ausente	0	0.0	17	89.5
Total	19	100.0	19	100.0

En la Tabla 3, se aprecia unos trastornos fisiológicos a nivel de desorden emocional en un 82.4% con tendencia a ser depresión situacional en un 10.5% y depresión ambulatoria en un 5.3% en el pretest y una ausencia de depresión en un 89.5% de los pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Tabla 4: Nivel de trastornos psicomotores, antes y después de la aplicación del programa

Nivel de trastornos psicomotores, antes y después de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Nivel	Pre-test		Posttest	
	n	%	n	%
Depresión ambulatoria	1	5.3	0	0.0
Depresión situacional	1	5.3	0	0.0
Desorden emocional	12	63.2	3	15.8
Ausente	5	26.3	16	84.2
Total	19	100.0	19	100.0

En la Tabla 4, se aprecia unos trastornos psicomotores a nivel de desorden emocional en un 63.2% con tendencia a ser una depresión ausente en un 26.3% y depresión ambulatoria en un 5.3% en el pretest y una ausencia de depresión en un 84.2% de los pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Tabla 5: Nivel de trastornos psíquicos, antes y después de la aplicación del programa

Nivel de trastornos psíquicos, antes y después de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Nivel	Pre-test		Postest	
	n	%	n	%
Depresión ambulatoria	1	5.3	0	0.0
Depresión situacional	7	36.8	0	0.0
Desorden emocional	10	52.6	0	0.0
Ausente	1	5.3	19	100.0
Total	19	100.0	19	100.0

En la Tabla 5, se aprecia unos trastornos psíquicos a nivel de desorden emocional en un 52.6% con tendencia a ser depresión situacional en un 36.8% y depresión ambulatoria en un 5.3% en el pretest y una ausencia de depresión en un 100% de los pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Análisis descriptivo de la normalidad de la diferencia pareada

Tabla 6: Coeficiente de asimetría y curtosis conjunta de la diferencia pareada

Coeficiente de asimetría y curtosis conjunta de la diferencia pareada

Variable	K ²
Dimensión	
Depresión	2.22
Estado afectivo persistente	1.01
Trastornos fisiológicos	1.27
Trastornos psicomotores	0.68
Trastornos psíquicos	2.56

En la Tabla 6, se aprecia un coeficiente de asimetría y curtosis conjunta con valores de $K^2 < 5.99$, indicando que la diferencia pareada sigue una distribución normal, permitiendo realizar el análisis comparativo utilizando estadísticos paramétricos como la media, desviación estándar y el coeficiente d de Cohen.

Contrastación de hipótesis general

H_G: La aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones tiene un efecto reductor en la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

H₀: La aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones no tiene efecto sobre la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Regla de decisión

En adelante, según el criterio de Cohen (1988), se decide aceptar H₀ si $d < .40$, caso contrario, se rechazar H₀.

Evidencia estadística

Tabla 7: Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en la depresión

Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Variable	Pre-Test		Posttest		Diferencia		
	M	DE	M	DE	M	DE	D
Depresión	57.16	6.18	29.74	3.84	-27.42	5.50	-4.99

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; d: Tamaño del efecto

En la Tabla 7, se mostró una depresión media alrededor de 57.16 (DE=6.18), lográndose disminuir a 29.74 (DE=3.84) en el posttest, es decir, cada paciente ha conseguido reducir en promedio 27.42 (DE=5.50) puntos en el test de Zung. Esta reducción representa un efecto reductor de magnitud grande ($2.77 \geq |d| = 4.99$) de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Decisión

Con base en la evidencia encontrada, se decide rechazar H_0 .

Contrastación de hipótesis específica 1

H_1 : La aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones tiene un efecto reductor en el estado afectivo persistente de la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

H_0 : La aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones no tiene efecto en el estado afectivo persistente de la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Evidencia estadística

Tabla 8: Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en el estado afectivo persistente

Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en el estado afectivo persistente de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Variable	Pre-Test		Posttest		Diferencia		
	M	DE	M	DE	M	DE	d
Estado afectivo persistente	6.47	1.43	2.95	1.18	-3.53	1.71	-2.06

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; d: Tamaño del efecto

En la Tabla 8, se mostró un estado afectivo persistente de depresión media alrededor de 6.47 (DE=1.43), lográndose disminuir a 2.95 (DE=1.18) en el posttest, es decir, cada paciente ha conseguido reducir en promedio 3.53 (DE=1.71) puntos en el test de Zung. Esta reducción representa un efecto favorable de magnitud moderada ($1.15 \leq |d| = -2.06 < 2.77$) de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en el estado afectivo persistente de la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Decisión

Con base en la evidencia encontrada, se decide rechazar H_0 .

Contrastación de hipótesis específica 2

H_2 : La aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones tiene un efecto reductor en los trastornos fisiológicos de la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

H_0 : La aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones no tiene efecto en los trastornos fisiológicos de la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Evidencia estadística

Tabla 9: Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos fisiológicos

Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos fisiológicos de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Variable	Pre-Test		Postest		Diferencia		
	M	DE	M	DE	M	DE	d
Trastornos fisiológicos	22.21	3.1	13.05	2.8	-9.16	3.0	-
		5		8		4	3.01

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; d: Tamaño del efecto

En la Tabla 9, se mostró unos trastornos fisiológicos de depresión media alrededor de 22.21 (DE=3.15), lográndose disminuir a 13.05 (DE=2.88) en el postest, es decir, cada paciente ha conseguido reducir en promedio 9.16 (DE=3.04) puntos en el test de Zung. Esta reducción representa un efecto favorable de magnitud grande ($2.77 \leq |d| = 3.01$) de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos fisiológicos de la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Decisión

Los resultados respaldan la decisión de rechazar H_0 .

Contrastación de hipótesis específica 3

H_3 : La aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones tiene un efecto reductor en los trastornos psicomotores de la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

H_0 : La aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones no tiene efecto en los trastornos psicomotores de la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Evidencia estadística

Tabla 10: Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos psicomotores

Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos psicomotores de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Variable	Pretest		Posttest		Diferencia		
	M	DE	M	DE	M	DE	d
Trastornos psicomotores	5.11	1.4	3.21	1.0	-1.89	1.2	-
		5		8		9	1.47

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; d: Tamaño del efecto

En la Tabla 10, se mostró unos trastornos psicomotores de la depresión con una media alrededor de 5.11 (DE=1.45), lográndose disminuir a 3.21 (DE=1.08) en el posttest, es decir, cada paciente ha conseguido reducir en promedio 1.89 (DE=1.29) puntos en el test de Zung. Esta reducción representa un efecto favorable de magnitud moderada ($1.15 \leq |d| = -1.47| < 2.77$) de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos psicomotores de la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Decisión

Los resultados respaldan la decisión de rechazar H_0 .

Contrastación de hipótesis específica 4

H_4 : La aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones tiene un efecto reductor en los trastornos psíquicos de la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

H_0 : La aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones no tiene efecto en los trastornos psíquicos de la depresión de pacientes que sufren de

depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Evidencia estadística

Tabla 11: Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos psíquicos

Efecto de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos psíquicos de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Variable	Pretest		Posttest		Diferencia		
	M	DE	M	DE	M	DE	d
Trastornos psíquicos	23.37	3.3	10.53	1.3	-12.84	3.4	-
		2		9		2	3.76

Nota: M: Media; DE: Desviación estándar; d: Tamaño del efecto

En la Tabla 11, se mostró unos trastornos psíquicos de depresión con una media alrededor de 23.37 (DE=3.32), lográndose disminuir a 10.53 (DE=1.39) en el posttest, es decir, cada paciente ha conseguido reducir en promedio 12.84 (DE=3.42) puntos en el test de Zung. Esta reducción representa un efecto favorable de magnitud grande ($2.77 \leq |d| = 3.76$) de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en los trastornos psíquicos de la depresión de pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023.

Decisión

Los resultados respaldan la decisión de rechazar H_0 .

V. DISCUSIÓN

En esta investigación se propuso como objetivo principal determinar el efecto del programa de terapia breve centrada en las soluciones en pacientes que sufren de depresión en el centro de salud mental comunitario de Moche, apoyándose en la idea que dicho efecto sería favorable y beneficioso para los pacientes. Los resultados indican que la depresión llegó a tener una media alrededor de 57.16 (DE=6.18), lográndose disminuir a 29.74 (DE=3.84) en el posttest, es decir, cada paciente ha conseguido reducir en promedio 27.42 (DE=5.50) puntos en el test de Zung. Esta reducción representa un efecto reductor (de la sintomatología), de magnitud grande ($2.77 \geq |d| = -4.99$) de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en la depresión de los pacientes que la padecen.

Los resultados muestran similitud con el trabajo de Ostol et.al. (2018) y de Regalado (2021) quienes en sus investigaciones utilizaron la terapia centrada en soluciones para intervenir en trastornos psicológicos y estrés postraumáticos encontrando una diferencia significativa después de la aplicación de sus programas, de esta forma, concluyeron que la terapia breve centrada en soluciones fue efectiva en beneficio de su población.

Sin embargo, a diferencia de los autores mencionados, en esta investigación, la variable depresión estuvo totalmente ausente después del programa desarrollado. Las investigaciones de Ostol et. Al (2018) y la de Regalado (2021) se desarrollaron en programas con grupos reducidos de personas y con número de sesiones inferiores (3 y 4 sesiones respectivamente). Y este debe ser el punto de desacuerdo más común en los investigadores y postulados: la cantidad de sesiones en el tratamiento. Beyebach (2014) encuentra que en la gran mayoría de investigaciones se ha trabajado con intervalo de entre tres a seis sesiones, pero no descarta la posibilidad que una sesión más genere mejores resultados. De Shazer (1990) había encontrado mejorías significativas en más del 70% de sus consultantes con siete sesiones. Beyebach et.al (2006) indicaron que en promedio habían analizado investigaciones de entre 2,7 sesiones promedio, 4, 6 sesiones promedio y 6 sesiones promedio para estudios de sólo posttest y en los estudios cuasi experimental con grupo control, todos los programas contaron con 6 sesiones a rango de una sesión por semana.

La eficacia de la terapia centrada en soluciones ha sido estudiada por muchos investigadores (Bellebach, 2014; Pastor, 2022; Zhnag et. al, 2018; Zeballos et. al.2022) quienes realizaron metaanálisis sobre el impacto de dicha terapia; ellos concuerdan que es una terapia eficaz en contextos clínicos respecto a afecciones, trastornos y problemas. Son quienes han propuesto una valoración positiva sobre la elaboración de objetivos y el manejo de excepciones, así como el proceso de la primera sesión. En estas mismas investigaciones se genera coincidencias donde se habla que la terapia centrada en soluciones tiene una mayor eficacia en problemas o dificultades de carácter personal (intrapsíquicos) como la depresión, ansiedad, estrés frente a dificultades de carácter interpersonal (relacionales) como problemas entre padres e hijos, problemas entre hermanos, etc.

Pastor (2022) va más allá y afirma que la terapia centrada en soluciones muestra resultados sólidos respecto a la depresión y ansiedad pues mejora el estado de ánimo, el bienestar psicológico y las expectativas a futuro. Pero la terapia centrada en soluciones tiene muchas más particularidades que a nivel teórico y empírico demuestran ventajas y promueven cambios y mejorías. La visión co-constructivista en el proceso terapeuta-cliente, el lenguaje y el uso del lenguaje presuposicional, son conceptos y prácticas claves para el desarrollo de la terapia. Así la terapia breve centrada en soluciones es distinta a las demás en tres aspectos fundamentales: un diálogo terapéutico igualitario que se co-construye continuamente, el proceso terapéutico se enfoca en lo que se puede observar en la comunicación en las interacciones sociales y el uso del lenguaje en el diálogo (Solution Focused Brief Association, 2013). Este lenguaje terapéutico tiene un lente enfocado en soluciones en lugar de uno enfocado en problemas, evitando caer en lo profundo de la interpretación, respetando y aceptando la idiosincrasia de nuestro cliente (De Shazer, 1990, 1996, 1999). Siguiendo estos postulados, no se debe empujar a la persona hacia la teoría, buscando que calce y encaje, pues no tratamos de reparar una familia “disfuncional” o que una persona se comporte de una forma más “madura”. En cambio, se orienta los objetivos a lo que el propio consultante formule, algunos ejemplos de nuestros clientes fueron “volver a disfrutar de las actividades que hacía en mi día a día”, “realizar actividades que me generen confianza y alegría”,

“mejorar mi rendimiento académico y sobrellevar mi ruptura amorosa”,
“enfocarme en mi trabajo y ampliar mi círculo de amigos”.

Respecto a los objetivos específicos se detallan una reducción significativa de la sintomatología en las cuatro dimensiones que Zung propone respecto a la depresión: afectiva, fisiológica, psicomotora y psíquica. Esto contrasta con el trabajo de Cárdenas (2019), quien desarrolló un programa basado en mindfulness sobre depresión y ansiedad, pero no evidenció diferencias significativas al terminar el programa. El programa de mindfulness tomó técnicas de relajación, meditación, toma de consciencia corporal, dejando de lado la interacción social ni toma de decisiones. En la terapia centrada en soluciones se buscan cambios mínimos, un llamado a la acción de objetivos posibles y a la mano. Se cree que un pequeño cambio va a provocar otro cambio, y de los cambios intrapersonales pasarán a ser cambios interpersonales. Así se espera que el impacto favorable en una dimensión va a generar impactos favorables en las demás dimensiones por añadidura. Warren (2014) había concluido que, en adultos mayores, es la terapia cognitiva y la terapia centrada en soluciones las que han mostrado mayor eficacia; sugiriendo una intervención estandarizada de ocho a doce sesiones dependiendo de la disponibilidad, preferencias y curso del cliente. Entendiendo que dentro de la sintomatología depresiva se presenta la alteración a nivel cognitivo respecto a desesperanza y pensamientos pesimistas, la posibilidad de brindar esperanza y visualizar un futuro con mejorías enfrenta directamente estos padecimientos. Las técnicas de proyección al futuro, como es la pregunta del milagro, no solamente sirven para la formulación de objetivos, objetivos útiles, alcanzables, interaccionales, sino que a través de ella se rompe el relato que cada cliente elabora de sí mismo (un relato pesimista, catastrófico) y de este modo llevarlos a un futuro más esperanzador (Beyebach,1999). En la práctica es necesaria una buena preparación pues esta labor no es tan sencilla como parece, pues es muy poco usual que el cliente responda de forma precisa, optimista y de forma motivada. La búsqueda a detalle requiere de paciencia, persistencia y experiencia; pues como el mismo Bayebach (1999) señala, a mayor cantidad de objetivos propuestos, mayor probabilidad que alguno empiece a realizarse. Entonces también se actúa en la parte afectiva, pues se interviene en el ánimo de tristeza, el cual se acompaña de sentimientos de minusvalía, desvalorización personal,

pérdida de confianza y de la autoestima. Lograr pequeños avances, darse cuenta de los objetivos resueltos o tomar consciencia de las propias fortalezas son sustentos que prevalecen en el cambio. Las preguntas de afrontamiento y la búsqueda de excepciones son recursos que enfatizan el trabajo emocional, pues son herramientas de búsquedas de recursos y de soluciones o intentos válidos. Incluso sabiendo que muchos de esos cambios ya se han ido generando antes del tratamiento, la labor terapéutica será en descubrirlos a través del diálogo, para lo cual genera un cambio de sentido de quejas hacia la aceptación de un recurso resiliente.

Lambert (1992) después de una profunda investigación sobre el cambio terapéutico identificó cuatro factores para el éxito del mismo. Estos factores son: los factores extraterapéuticos (presente en un 40%), técnicas específicas (15%), efecto placebo y expectativas (15%) y factores comunes y de la relación (30%). Los factores del cliente y extraterapéuticos con los que están presentes en mayor medida, estos son propios del cliente y su ambiente relacional, independiente de la terapia. La motivación, expectativas, redes de apoyo son más dinámicos y volubles mientras que los estilos de personalidad son más estables. Aquí encontramos un espacio amplio de coincidencia con la labor principal de la terapia centrada en soluciones. Kem Berg & Scoot (1997) señalan que era más importante buscar aquello que está bien para ver la forma de utilizarlo en terapia que aquello que está mal y necesite repararse. Se pone énfasis en los recursos y habilidades que trae el cliente a consulta, los cuales por la visión del problema no están siendo tomados en cuenta. Respecto a los factores comunes y de relación, estos son compartidos por todas las corrientes terapéuticas ya que se centran en la atmósfera, en una relación segura entre el terapeuta y el cliente, en la empatía y aceptación. Pero a pesar que son componentes comunes en todas las modalidades terapéuticas, el hecho de que la terapia centrada en soluciones ofrezca una singularidad según la necesidad y característica de cada persona ofrece flexibilidad en su desarrollo, y al ser un modelo atóxico y construido con el cliente se invierte poco tiempo en una lucha contra la resistencia o el convencimiento al cliente de la visión "saludable" de la vida (Kem Berg & Scoot, 1997; De Shazer 1990). A esto se suma la posibilidad que sea el propio consultante quien determine los objetivos y el curso del proceso. Respecto a las expectativas, aquellas engloban la posibilidad de recibir ayuda. De este

modo la terapia centrada en soluciones al reclutar el historial de éxitos pasados del cliente para impulsarlos hacia la práctica en el futuro genera como se ha indicado con anterioridad una sensación de esperanza y confianza hacia el futuro.

No obstante, se abre una ventana de duda sobre la eficacia de la terapia centrada en soluciones pues esta no niega la posibilidad de que las personas tratadas hubieran tenido la misma mejoría sin ser atendidas, esto debido a que el cambio es inevitable, los recursos propios del cliente y redes de apoyo. Sin embargo, entendiendo la magnitud de la depresión moderada y grave que afecta a las personas y las características de las mismas respecto al problema (todas ellas tienen antecedentes terapéuticos previos sin éxitos notables), se infiere que en este caso la terapia es necesaria y fundamental para la recuperación pues como indica la guía técnica (Minsa, 2023) el individuo tiene grandes dificultades para seguir con sus actividades cotidianas y tiene un padecimiento incontrolable.

De acuerdo a lo propuesto en la guía técnica sobre depresión, el tratamiento debe ser integral, de forma clínica y psicosocial. Con un enfoque comunitario e intercultural considerando las particularidades del curso de vida, los recursos individuales y factores externos (Minsa, 2023). En el caso de las depresiones graves o moderadas se recomienda actuar en conjunto con el tratamiento farmacológico. La propia guía hace una recomendación clara al señalar la activación conductual y la terapia cognitivo conductual como las primeras opciones de intervención. Esto busca orientar la terapia hacia un camino de actuar más que de analizar o en todo caso a un camino de acción. Lineamientos que comparte el enfoque centrado en soluciones, pues se habla de soluciones, excepciones, interacción social y objetivos.

Es importante añadir que, respecto al tratamiento farmacológico de la depresión, existe un consenso médico respecto a sus limitaciones. La principal es la latencia en el inicio de mejorías tempranas, estas se evidencian alrededor de la segunda y cuarta semana (Pérez, 2017; Vargas et. al, 2019; INFAC, 2017). La posibilidad de remisión aumenta si esta se combina con psicoterapia llegando a una mejoría significativa a partir de la sexta semana (estudios con terapia cognitivo conductual) y no se aconseja el uso de fármacos en depresiones leves o de buena respuesta al tratamiento psicoterapéutico. Entonces el beneficio de la terapia centrada en soluciones aumenta sabiendo que una eficaz intervención

podría evitar la intervención farmacológica y disminuir la demanda médica especializada.

Por todo lo mencionado se descarta la hipótesis nula y se toma como cierta la hipótesis de trabajo, la terapia centrada en soluciones tiene un efecto reductor (favorable) en personas que sufren de depresión en el distrito de Moche, 2023. De esta forma se promueve una herramienta de utilidad terapéutica en la intervención con usuarios con depresión, generando un impacto social en la población pues se ha disminuido la sintomatología depresiva, y se ha descrito 19 formas o caminos de mejoría. La relevancia teórica se fundamenta por las estadísticas y necesidades que tiene el trastorno depresivo y se espera futuras réplicas para debatir y comparar los resultados.

VI. CONCLUSIONES

1.- Se determinó el efecto de la terapia centrada en soluciones encontrándose en un primer momento a 5 personas en depresión emocional (26,3%) y a 14 personas en depresión situacional (73,7%). Al término del programa las 19 personas (100%) puntuaron ausencia de depresión. La terapia centrada en soluciones tiene un efecto reductor (beneficioso) en las personas que padecen de depresión en el distrito de Moche, 2023.

2.- Se determinó el efecto que tiene la terapia centrada en soluciones en la dimensión afectiva de las personas que sufren de depresión en el distrito de Moche, 2023. Logrando disminuir de 6.47 (DE=1.43) en el pretest, a 2.95 (DE=1.18) en el posttest. Esta reducción representa un efecto favorable de magnitud moderada ($1.15 \leq |d=-2.06| < 2.77$).

3.- Se determinó el efecto que tiene la terapia centrada en soluciones en la dimensión fisiológica de las personas que sufren de depresión en el distrito de Moche, 2023. Logrando disminuir de 22.21 (DE=3.15) en el pretest, a 9.16 (DE=3,04) en el posttest. Esta reducción representa un efecto favorable de magnitud moderada ($2.77 \leq |d=-3.01|$).

4.- Se determinó el efecto que tiene la terapia centrada en soluciones en la dimensión psicomotora de las personas que sufren de depresión en el distrito de Moche, 2023. Logrando disminuir de 5.11 (DE=1.45), en el pretest, a 5.21 (DE=1.08) en el posttest. Esta reducción representa un efecto favorable de magnitud moderada ($1.15 \leq |d=-1.47| < 2.77$).

5.- Se determinó el efecto que tiene la terapia centrada en soluciones en la dimensión psíquica de las personas que sufren de depresión en el distrito de Moche, 2023. Logrando disminuir de 23.37 (DE=3.32), en el pretest, a 10.53 (DE=1.39) en el posttest. Esta reducción representa un efecto favorable de magnitud grande ($2.77 \leq |d=-3.76|$).

VII. RECOMENDACIONES

Replicar el programa basado en la terapia centrada en soluciones en otro distrito, con una mayor muestra para seguir comprobando su efectividad.

Volver a reevaluar a los usuarios del estudio dentro de 06 meses y 02 años para evaluar mejorías prolongadas o ausencia de estas. El criterio del tiempo lo ha determinado la guía de práctica clínica de depresión (Minsa, 2023).

Aplicar la terapia centrada en soluciones reduciendo las sesiones del programa para comparar resultados y establecer beneficios y diferencias.

Aplicar el programa en adolescentes con sintomatología depresiva para contrastar resultados y elaborar generalizaciones.

Ampliar el programa a otros problemas de carácter no relacional como ansiedad, ataques de pánico, estrés y más, para generar diferencias y similitudes.

Realizar manuales de intervención basados en terapia centrada en soluciones para proponerlos como herramientas de intervención con respaldo oficial por las autoridades en salud competentes.

REFERENCIAS

- Alanis Esqueda, N., & Ramírez Treviño, J. (junio de 2019). Reestructuración cognitivo-emocional tras un proceso de duelo integrando técnicas breves centradas en soluciones y cognitivo-conductuales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, XXII(2), 920-945. Obtenido de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/70138>
- Aranda, B., Beyebach, M., y Herrero, M. (2006). *El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: Una revisión de los estudios de resultados*. Universidad pontificia de Salamanca. https://www.researchgate.net/publication/303363983_El_estatus_cientifico_de_la_terapia_centrada_en_las_soluciones_Una_revisión_de_los_estudios_de_resultados_The_scientific_status_of_solution-focused_brief_therapy_A_review_of_outcome_studies
- Arias, J., Villasís, M., y Miranda, M. (2016). El protocolo de investigación III: la población del estudio. *Revista Alergia México*. 63(2). 201-206. <https://www.redalyc.org/pdf/4867/486755023011.pdf>
- Bannink, F. (2003). *1001 preguntas centradas en soluciones*. New York - London: Norton and Company.
- Beyebach, M. (2014). La terapia familiar centrada en soluciones. En A. Moreno Fernández, *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (págs. 440-480). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blundo, R., y Simon, J. (2016). *Solution-Focused case management*. Springer publishing company. [art05.pdf \(scielo.cl\)](#)
- Cevallos, V., Heras, D., y Polo, M. (2022). Terapia breve centrada en soluciones y terapia de aceptación y compromiso para la depresión. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria KOINONIA*. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8552209.pdf>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. Second Edition*. Hillsdale, NJ: LEA.

- Connie, E., & Linda, M. (2009). *Focused Therapy*. New York: Springer Publishing Company.
- Connie,E., y Metcalf,L.(2009) *The art of solution focused therapy*.*Springer publishing company*.
- CSMC Maeich Muchik. (2023). *Informe de personas con trastornos afectivos y de ansiedad tratados oportunamente*. Moche: Micro Red Moche.
- De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 11-17.
- De Shazer, S. (1990). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona - Buenos Aires: Paidos.
- De Shazer, S. (1996). *Pautas de terapia familiar breve. Un enfoque ecosistémico*. Barcelona - Buenos Aires: Ediciones Paidos.
- De Shazer, S. (1999). *En un principio las palabras eran magia*. Barcelona: Gedisa Editorial.
- Dierolf,K., Hogan,D., Hoorn,S., y Wignaraja,S.(2020).Solution focused practice around the Word.*Taylor and Francis Group*.
- El Peruano. (12 de Mayo de 2023). *El Peruano Diario Oficial*. Obtenido de El Peruano: <https://www.elperuano.pe/noticia/212548-minsa-problemas-de-salud-mental-se-incrementaron-hasta-en-64-en-regiones-afectadas-por-lluvias>
- Fernández, A.(2021). *Los factores comunes a todas las psicoterapias y la cuestión de la eficacia de la psicoterapia en el siglo XXI*.Universidad de Alcalá.[e-atopos-nº 3 Tratamientos en salud mental \(mirapeix.es\)](#)
- Gallardo Ponce, I. (27 de Octubre de 2020). *¿Qué relación tienen la depresión y el suicidio?*. <https://cuidateplus.marca.com/bienestar/2020/10/27/-relacion-Depresión-suicidio-175340.html>
- García Martínez, F. (2013). *Terapia sistémica breve, fundamentos y aplicaciones*. Santiago: RIL editores.

- García Martínez, F. (2020). *Fundamentos teóricos de la terapia sistémica breve*. Barcelona: Fundació Universitat Oberta de Catalunya.
- Garrido, M. (2016). ¿Cómo equivocarse en terapia breve centrada en soluciones?. Instituto terapia centrada en soluciones Latinoamérica Centro sol. <https://www.psicoterapiacentradaensoluciones.cl/wp-content/uploads/2017/03/C%C3%B3mo-equivocarse-en-TBCS.pdf>
- Gobierno Regional La Libertad. (11 de Octubre de 2022). *Tu Región Informa*. Obtenido de Gobierno Regional La Libertad: <https://www.regionlalibertad.gob.pe/noticias/locales/9-pages/13921-gobernador-manuel-llempen-aun-no-hemos-superado-las-secuelas-de-la-covid-19#:~:text=El%20a%C3%B1o%202021%20se%20realiz%C3%B3,incidencia%20entre%20los%205%20y>
- Godínez Burgos, A. (2017). Integración del enfoque cognitivo conductual y centrado en soluciones para el tratamiento de un paciente con síntomas depresivos. *Revista Electrónica De Psicología Iztacala*, XX(4), 1426-1450. Obtenido de <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/view/62809>
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis Multivariante* (5ta Ed). Madrid: Prentice Hall.
- Herrero de Vega, M., & Marck, B. (2018). *Intervención escolar centrada en soluciones*. Barcelona: Herder.
- Hewitt, N., y Gantiva, C. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología Latinoamericana*. 27(1).165-176. Redalyc. La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva
- Hudson O'Hanlon, W., & Weiner-Davids, M. (1989). *En búsqueda de soluciones*. Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós.
- INFAC Información Farmacoterapéutica (2017). Tratamiento de la depresión en atención primaria: cuándo y con qué. *Osakidetza*. 25(1). [INFAC-Vol-25-n-1_antidepressivos.pdf \(euskadi.eus\)](https://www.euskadi.eus/infac-vol-25-n-1-antidepressivos.pdf)
- Jackson, P., y McKergow, M. (2000). *The solutions focus*. Nicholas Brealey International.

- Kim Berg, I., & Scott D, M. (1997). *Trabajando con el problema del alcohol*. Wisconsin: Gedisa editorial.
- Lambert, M.(1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. *Handbook of psychotherapy integration*. 94–129. Basic Books.
- Lipchik, E. (2004). *Terapia centrada en la solución. Más allá de la técnica*. Buenos Aires - Madrid: Amorrortu.
- Llamoza, J., Solís, R., & Zeballos, S. (2022). *ESTADO SITUACIONAL DE LA DEPRESIÓN EN EL PERÚ*. Lima: Gobierna Consultores.
- Lopez, P., (2004). Población muestra y muestreo. *Artículo: Punto cero*. http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
- Lueger, G., y Peter, H.(2006). *Solution- Focused Management*. Edited by Günter Lueger.
- McKergow, M.(2016). SFBT 2.0: The next generation of solution-focused brief therapy has already arrived. *Journal of solution focused practices*. 2(2). "SFBT 2.0: The next generation of Solution-Focused Brief Therapy" by Mark McKergow (unlv.edu)
- Metcalf, L. (2020). *Terapia narrativa centrada en soluciones*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Milner, J., y Myers, S.(2017). *Working with violence and confrontation using solution focused approaches*. Creative practice with children Young people and adults.
- Ministerio de Salud.(2023). *Guía de práctica clínica para el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de la depresión en personas mayores de 18 años desde el primer nivel de atención*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4105349/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica.pdf?v=1676036146>

- Morales,C.(2017). La depresión: un reto para toda la sociedad del que debemos hablar. Revista cubana de salud pública,43(2). Microsoft Word - spu01217.doc (scielosp.org)
- Nelson,T.(2019). Solution – focused brief therapy with families. *Taylor and Francis Group*.
- Organización mundial de la Salud. (02 de Marzo de 2022). OMS, OPS. Obtenido de OMS, OPS: <https://www.paho.org/es/noticias/2-3-2022-pandemia-por-covid-19-provoca-aumento-25-prevalencia-ansiedad-Depresión-todo>
- Ortiz,A.(2012). Aplicación de la terapia cognitiva de Beck para el tratamiento de depresión en un grupo de adolescentes de 12 a 15 años del instituto técnico superior gran Colombia de la ciudad de Quito de octubre del 2011 a enero del 2012.Universidad internacional del Ecuador.
- Ozten, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int.J. Morphol.*35(1). 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Pastor,J.(2022). Efectividad de la terapia breve centrada en soluciones en contextos clínicos: una revisión sistemática.Universidad de la Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/32453/EFFECTIVIDAD%20DE%20LA%20TERAPIA%20BREVE%20CENTRADA%20EN%20SOLUCIONES%20EN%20CONTEXTOS%20CLINICOS%20UNA%20REVISION%20SISTEMATICA.pdf?sequence=1#:~:text=Si%20bien%20esta%20RS%20est%C3%A1,Gingerich%20et%20al.>
- Pérez,R.(2017).Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones.Revista de la facultad de medicina Mexico.60(5).[Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones \(scielo.org.mx\)](https://scielo.org.mx)
- Quiñones,M.(2023).Programa cognitivo conductual en la depresión de adolescentes de una Institución Educativa de Ibería.Universidad César Vallejo.[Quiñones SMM-SD.pdf \(ucv.edu.pe\)](https://scielo.org.mx)

- Ramal Medina, Y. S. (2019). *Enfoque centrado en soluciones para mejorar el bienestar psicológico en estudiantes del programa Beca 18 de una universidad privada de Trujillo*. Obtenido de Repositorio UPAO: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/5069>
- Ramírez, J., y Rodríguez, J. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 15(2). <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol15num2/Vol15No2Art14.pdf>
- Ramos, C. (2021). Diseños de investigación experimentales. *Ciencia America*. 10(1). <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7890336.pdf>
- Ratner, H., George, E., y Iverson, C. (2012). Solution focused brief therapy. 100 key points & Techniques.
- Reyes Martos, J. (2006). Una propuesta de evaluación paso a paso en la terapia breve centrada en soluciones. *PSICOLOGÍA CONDUCTUAL: REVISTA INTERNACIONAL DE PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD*, 15(3), 533-580.
- Salinas, J. (1993). Análisis estadístico para la toma de decisiones en administración y economía. — Lima. p. 173
- Salud, O. M. (2023). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1
- Schaefer, H. (2014). Psicoterapias postestructuralistas y factores de cambio: posibilidades para una práctica efectiva. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 52(3). 177-184.
- Selk, J., y Reed, E. (2021). Relentless Solution Focus. Editorial fashion only.
- Solution Focused Brief Association (2013). Solution-Focused Therapy Treatment Manual for Working with Individuals. 2nd Version disponible online en www.sfbta.org.

- Steve, Y. (2007) *More than Miracles The estate of the art of solution-focused brief therapy.* Taylor and Francis Group.
- Turriante, J. (2022). *Programa psicológico para disminuir depresión, ansiedad y estrés en pandemia del Covid-19, en estudiantes de una Universidad Privada de Chimbote.* Universidad César Vallejo. [Turriante_CJJ-SD.pdf \(ucv.edu.pe\)](#)
- Vargas, G., Gallegos, C., Salgado, C., Salazar, M., Huamán, K., Bonilla, C., Reyes, N., y Caballero, P. (2019). Guía de práctica clínica basada en evidencias para el tratamiento de depresión en adultos en un hospital especializado en salud mental. *An Fac med.* 80(1). [a22v80n1.pdf \(scielo.org.pe\)](#)
- Vásquez, B. (2019). *Taller “Centrado en soluciones” para desarrollar estilos de afrontamiento en estudiantes de una institución educativa nacional.* Universidad César Vallejo. [vasquez_bw.pdf \(ucv.edu.pe\)](#)
- Vásquez Gonzales, F. (2002). La técnica de solución de problemas aplicada a la depresión mayor. *Psicothema*, 14(3), 516-522. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72714302>
- Vásquez, F. (2022). Por qué estamos cada vez más deprimidos. BBC News mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-61990038>
- Warner, R. (2013). *Solution- Focused Interviewing Apply positive Psychology.* University of Toronto Press.
- Warren, D. (2014). Depression in the Elderly. *The New England Journal of Medicine.* <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMcp1402180>
- Zavaleta, L. (2018). *Efectos de un programa para disminuir la depresión en mujeres adultas mayores del distrito de San Bartolo.* Universidad Autónoma del Perú. [https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/802/Zavaleta a%20Ramirez%2c%20Lourdes%20Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/802/Zavaleta%20Ramirez%2c%20Lourdes%20Cristina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Zhang, A., Franklin, C., Curin, J., Park, S., y Kim, J. (2017). The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in medical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Springer Science+Business Media. [The effectiveness of strength-based, solution-focused brief therapy in](#)

medical settings: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials | Request PDF (researchgate.net)

Zung, W. (1983). Self-report depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 40.<https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/493148>

Zung,W.(1965).Escala de autoevaluación de depresión. *Arco psiquiatría*.63-70.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
HIPÓTESIS GENERAL						
<p>Problema</p> <p>¿Cuál es el efecto del programa de terapia breve centrada en las soluciones en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión antes y después de la aplicación del programa de terapia breve centrada en las soluciones en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar el efecto del programa de terapia breve centrada en las soluciones en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>(O1) Lograr un efecto reductor en la dimensión de estado afectivo persistente en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023 mediante la aplicación del programa de terapia breve centrada en soluciones.</p> <p>(O2) Lograr un efecto reductor en la dimensión de trastornos fisiológicos en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023 mediante la aplicación del</p>	<p>El programa de terapia breve centrada en soluciones tiene un efecto reductor de la depresión en pacientes del distrito de Moche en el año 2023</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>Existe un efecto reductor con la aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones en la dimensión de estado afectivo persistente en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023</p> <p>Existe un efecto reductor con la aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones en la dimensión de trastornos fisiológicos en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el</p>	<p>Variable 1</p> <p>Terapia Centrada en Soluciones</p> <p>Variable 2</p> <p>Depresión</p>	<p>Cambios pre de excepciones Proyección a futuro Elogios Preguntas de escala Preguntas de afrontamiento</p> <p>Estado afectivo persistente</p>	<p>No aplica</p> <p>Deprimido, triste, melancólico (1)</p> <p>Acceso de llanto (2)</p>	<p>Método General:</p> <p>Método científico</p> <p>Tipo de Investigación:</p> <p>Aplicada</p> <p>Diseño:</p> <p>Diseño experimental transversal</p> <p>Alcance de Investigación:</p> <p>Correlacional</p>

programa de terapia breve centrada en soluciones.

(3) Lograr un efecto reductor en la dimensión de trastornos psicomotores en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023 mediante la aplicación del programa de terapia breve centrada en soluciones.

(4) Lograr un efecto reductor en la dimensión de trastornos psíquicos en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023 mediante la aplicación del programa de terapia breve centrada en soluciones.

año 2023

Existe un efecto reductor con la aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones en la dimensión de trastornos psicomotores en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Existe un efecto reductor con la aplicación de un programa de terapia centrada en soluciones en la dimensión de trastornos psíquicos en pacientes que sufren de depresión en el distrito de Moche en el año 2023

Trastornos fisiológicos

Variación diurna (3)

Sueños (4)

Apetito (5)

Pérdida de peso (7)

Función sexual: disminución de la libido (6)

Gastrointestinales: estreñimiento (8)

Cardiovasculares: Taquicardia (9)

Músculos esqueléticos: fatiga (10)

Agitación psicomotora (13)

Trastornos psicomotores

Astenia psicomotora (12)

Trastornos psíquicos

Confusión (11)

Sensación de vacío
(18)

Desesperanza (14)

Indecisión (16)

Irritabilidad (15)

Insatisfacción (20)

Desvalorización
personal (17)

Ideas suicidas (19)

Anexo 2: Tabla de operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA DE MEDICIÓN
PROGRAMA DE TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES (VARIABLE INDEPENDIENTE)	Es un enfoque terapéutico en el que se invierte la manera tradicional de abordar los problemas humanos: en vez de definirlos, analizar sus características y determinar sus causas a fin de revertirlas, se opta por trabajar dando pequeños pasos hacia el futuro preferido por los consultantes (los objetivos), apoyándose en los momentos en que algunos de estos objetivos ya se están alcanzando (las excepciones) (Herrero de Vega & Marck, 2018).	El programa hizo uso de técnicas terapéuticas fundamentadas en la terapia centrada en soluciones, las cuales tuvieron una duración de 40 a 50 minutos entre 2 o 3 veces por semana.	<p>Cambios de tratamiento</p> <p>Búsqueda de excepciones</p> <p>Proyección a futuro</p> <p>Elogios</p> <p>Preguntas de escala</p> <p>Preguntas de afrontamiento</p>	<p>pre</p> <p>No corresponde</p> <p>de</p> <p>de</p>	No corresponde	Nominal

DEPRESIÓN
(VARIABLE
DEPENDIENTE)

La presente variable
se analizará
mediante la Escala
de Depresión de
Zung considerando
sus 4 dimensiones

Estado afectivo
persistente

Deprimido, triste,
melancólico
Accesos de llanto.

1,2.

Ordinal

Trastornos
fisiológicos

Variación diurna, los
síntomas son
mayores por la
mañana y disminuye
algo a medida que
avanza el
día. Sueños: se
despierta demasiado
temprano o varias
veces durante la
noche. Apetito:
disminución de
ingestión de
alimentos. Pérdida de
peso: con
disminución de la
ingestión de
alimentos o con
aumento del
metabolismo y
disminución del
reposo. Función
sexual: disminución
de la libido
Gastrointestinales:
estreñimiento
Cardiovasculares:
taquicardia
Músculo
esqueléticos: fatiga

3,4,5,7,6,8,9,10.

Trastornos psicomotores	Agitación psicomotora Astenia psicomotora	13,12.
----------------------------	---	--------

Trastornos psíquicos	Confusión, sensación de vacío, desesperanza, indecisión, irritabilidad, insatisfacción, desvalorización personal, ideas suicidas.	11,18,14,16,15,20,17 ,19.
----------------------	---	------------------------------

Anexo 3:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en la presente investigación que tiene como objetivo principal investigar en el impacto de la terapia centrado en soluciones en la depresión. A través de este estudio, buscamos investigar el impacto de la terapia respecto a su problema. Su participación consistirá únicamente en el llenado de un cuestionario, estos constan de 20 ítems con 4 opciones de respuesta cada una. Cabe resaltar que el tiempo a emplear para desarrollar la escala varía entre 10 a 15 minutos. Su participación en el presente estudio es completamente voluntaria y usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que ello genere inconveniente alguno. Es importante recalcar que **NO EXISTEN RIESGOS POTENCIALES** de su privacidad o confidencialidad porque las respuestas serán totalmente anónimas. Además, la institución, en todas las etapas de este proceso, se mantendrá en completa anonimidad. Su participación honesta permitirá identificar posibles estrategias y recursos que puedan ser implementados en la institución educativa para apoyar a los adolescentes en el desarrollo de sus habilidades emocionales y, de esta manera, contribuir a la mejora durante esta etapa crucial de su crecimiento y desarrollo.

Muchas gracias por su participación

He leído el documento, comprendo el contenido y, a continuación, expreso mi disposición a que mi menor hijo (a) participe del estudio de forma libre y voluntaria:

- Si, acepto
- No acepto

Firma

ANEXO 5

PROGRAMA DE TERAPIA CENTRADA EN SOLUCIONES PARA PACIENTES CON DEPRESIÓN

I. DATOS GENERALES:

- **Nombre o denominación** : Programa de terapia centrada en soluciones para pacientes con depresión
- **Institución** : Centro de Salud Mental Comunitario Maeich Muchik
- **Beneficiarios** : Usuarios del CSMC Maeich Muchik
- **Nro. de participantes** : 19
- **Fechas y Horario** : octubre y noviembre 2023
- **responsable del programa** : Christian Haro Mendoza

II. FUNDAMENTACIÓN

En el Perú, la prevalencia pre pandemia de la depresión ha sido uniforme. Del 2014 al 2019, se ha mantenido en 6,8%, con algunas variaciones mínimas según años previos (Llamoza, Solís, & Zeballos, 2022). Los mismos autores, en su investigación sobre el estado situacional de la depresión en el Perú, revelan que hasta agosto del 2021, el SINADEF (Sistema Informático Nacional de Defunciones) registró 722 494 de muertes en dicho año, donde 301 de esas muertes se relacionaba a la depresión como causa directa o factor asociado. Siendo exactos se señalaron 13 muertes directas a la depresión y 288 en donde fue un factor contribuyente.

El presente programa nace desde la necesidad de intervenir en el aumento de casos de depresión que viene afectando a la población de Moche. Ya hasta julio del presente año hemos superado los 200 casos de personas que sufren de depresión grave y moderada. La unidad de adultos está a cargo de 01 psicóloga a tiempo completo y 01 psicóloga a tiempo parcial, sumado a que ellas atienden otras afecciones psicológicas como ansiedad, fobias, enfermedades degenerativas y más, es de suma importancia brindar herramientas de intervención eficaz y de prontas mejorías.

A esto se suma la posibilidad de estandarizar y estructurar un programa y orientarlo a un problema específico que podría ser replicado en otras afecciones psicológicas similares como ansiedad, ataques de pánico, ansiedad y depresión entendiéndose que es un programa perfectible para modificaciones puntuales.

III. OBJETIVO GENERAL

Incrementar el sentimiento de bienestar y esperanzas a futuro lo cual se verá reflejado en una disminución de la sintomatología depresiva y la disminución de los puntajes del post test de la Escala de la evaluación de Zung.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Buscar cambios pre tratamiento
- Buscar y encontrar fortalezas y recursos en el consultante
- Buscar excepciones al problema presentado
- Responsabilizar al consultante por los logros y mejorías
- Evaluar y reevaluar mejorías
- Ampliar la interacción social y las redes de apoyo del consultante

V. ACTIVIDADES EN CUADRO

SESIÓN	DENOMINACIÓN	OBJETIVO	ESTRATEGIAS	PROCEDIMIENTO	TIEMPO
Sesión 1	Conociéndote	Buscar cambios pretratamiento, formular objetivos de terapia y búsqueda de excepciones.	Técnica de cambios pre tratamientos y pregunta sobre las mejores esperanzas. Excepciones	Presentación Fase social Búsqueda de cambios pre tratamiento. Preguntas por mejores esperanzas y búsqueda de excepciones	50 minutos aprox.
Sesión 2	Buscando esperanzas	Buscar excepciones y mejorías	Técnica de excepciones Pregunta del milagro.	Búsqueda de mejorías. Adjudicar responsabilidad al consultante por las mejorías	50 minutos aprox.

		<p>Buscar fortalezas y recursos en el consultante.</p>			
Sesión 3	<p>Mi vida en números</p>	<p>Evaluar mejorías.</p> <p>Buscar fortalezas y recursos en el consultante.</p>	<p>Preguntas de escala</p>	<p>Búsqueda de mejorías.</p> <p>Preguntas de escala.</p>	<p>50 minutos aprox.</p>
Sesión 4	<p>Te felicito</p>	<p>Buscar fortalezas</p> <p>Atribuir control</p> <p>Aciertos en el progreso del consultante</p>	<p>Elogios y preguntas de afrontamiento</p>	<p>Búsqueda de mejorías, preguntas de afrontamiento</p> <p>Búsqueda de recursos y fortalezas, elogios.</p>	<p>50 minutos aprox.</p>

Sesión 5	Expandiendo mis redes	<p>Buscar fortalezas</p> <p>Atribuir control en el progreso del consultante</p>	Preguntas de escala referidas a la interacción social.	<p>Opiniones del consultante sobre sus fortalezas, elogios de avances en el estado de ánimo, búsqueda de excepciones.</p> <p>Interacción social y elogios de avances y fortalezas sociales.</p>	50 minutos aprox.
Sesión 6	Reajustando objetivos	<p>Evaluar el avance de objetivos.</p> <p>Reajustar la dirección de objetivos.</p>	<p>Pregunta del milagro.</p> <p>Elogio terapéutico.</p>	<p>Búsqueda de mejorías, elogios, comparación de estados durante el proceso terapéutico (mejorías y disminución de síntomas).</p> <p>Pregunta del milagro.</p>	50 minutos aprox.

Sesión 7	Números de poder y control	Evaluar mejoras y reforzar el plan de acción.	Pregunta de escala	Búsqueda de mejoras. Pregunta de escala	50 minutos aprox.
Sesión 8	Pasos de gigante	Buscar recursos de afrontamiento y concientizar el nivel de resiliencia.	Pregunta de afrontamiento. Elogio terapéutico.	Búsqueda de mejoras. Preguntas de afrontamiento.	50 minutos aprox.
Sesión 9	Nuevo comienzo	Buscar soluciones exitosas, situaciones sociales favorables y adjudicar responsabilidad.	Pregunta de escala.	Búsqueda de mejoras. Pregunta de escala.	50 minutos aprox.

Sesión 10	Nuevo relato	Generar un nuevo relato y visión del problema y las soluciones exitosas que realizó.	Pregunta del milagro. Elogio.	Búsqueda de mejoras. Contraste con la pregunta del milagro.	50 minutos aprox.
--------------	--------------	--	----------------------------------	--	-------------------

VI. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE PROGRAMA:

SESIONES DEL PROGRAMA	CRONOGRAMA 2023											
	Agosto				Septiembre				Octubre			
	Semana 01	Semana 02	Semana 03	Semana 04	Semana 01	Semana 02	Semana 03	Semana 04	Semana 01	Semana 02	Semana 03	Semana 04
<i>SESIÓN 1 Y PRE TEST</i>	X											
<i>SESIÓN 2</i>		X										
<i>SESIÓN 3</i>			X									
<i>SESIÓN 4</i>				X								
<i>SESIÓN 5</i>					X							
<i>SESIÓN 6</i>						X						
<i>SESIÓN 7</i>							X					
<i>SESIÓN 8</i>								X				
<i>SESIÓN 9</i>									X			
<i>SESIÓN 10 Y POST TEST</i>										X		

VII. ACTIVIDADES DEL PROGRAMA

ACTIVIDAD 1: “ Conociendote”

Objetivo	Competencia	Capacidad	Estrategia
Buscar cambios pretratamiento, formular objetivos de terapia y búsqueda de excepciones.	Encuadre terapéutico. Evocación de situaciones exitosas. Elaboración de objetivos terapéuticos.	Diálogo. Preguntas de excepciones. Identificación de objetivos.	Técnica de cambios pre tratamientos y pregunta sobre las mejores esperanzas. Excepciones

SECUENCIA DE LA SESIÓN

MOMENTOS	ESTRATEGIA
INICIO	Al iniciar la sesión se realiza la presentación tanto del terapeuta como del consultante, para luego realizar el encuadre terapéutico donde se indicarán las características de la terapia y el contrato terapéutico.
DESARROLLO	<p>Se continua con la fase social en donde se realizan preguntas sobre su historia de éxito en el aspecto personal, familiar, académico y social. Dentro del relato en la sesión se realiza la búsqueda de cambios pretratamiento basado en preguntas orientadas a identificar todas aquellas mejorías que se han ido presentando en los problemas de los consultantes desde que se agendó la cita.</p> <p>Luego se buscará saber sobre las mejores esperanzas del consultante, donde a través de esta pregunta se podrá formular objetivos. Anotaremos dichos objetivos. Luego se empezará en la búsqueda de excepciones, buscando girar el relato sobre soluciones exitosas, respecto a un ánimo mejorado o funciones y actividades que sigue realizando a pesar que el problema esté presente. ¿En qué momentos sientes que has podido seguir a pesar de todo?. ¿Hay algún momento donde te sentiste aliviado o aliviada mínimamente de todo esto?</p>

CIERRE	<p>Se adjudica la responsabilidad de la mejoría y de los esfuerzos que hace el consultante para que el problema mejore o no empeore. Se indica que el consultante debe estar atento a las mejorías o situaciones relacionadas a su objetivo, para hablar de ello en la próxima sesión, pues se le afirma que las tendrán debido a sus fortalezas. Se le genera una sensación de esperanza muy sutilmente.</p>
---------------	---

ACTIVIDAD 2: “Buscando esperanzas”

Objetivo	Competencia	Capacidad	Estrategia
<p>Buscar excepciones y mejorías</p> <p>Buscar fortalezas y recursos para el cambio.</p>	<p>Evocación de mejorías y excepciones.</p>	<p>Identificar, marcar, ampliar y adjudicar responsabilidad de las excepciones.</p>	<p>Técnica de excepciones</p> <p>Pregunta del milagro.</p>

SECUENCIA DE LA SESIÓN

MOMENTOS	ESTRATEGIA
INICIO	Se inicia con la pregunta sobre las cosas que han ido mejorando, tratando de encontrar situaciones exitosas así sean leves, en casos extremos que no se encuentren estas mejoras se preguntará el porqué no ha empeorado Se guía la sesión desde la perspectiva centrada en soluciones.
DESARROLLO	Se busca excepciones y mejoras al problema, se realiza una búsqueda exhaustiva de momentos exitosos o donde el problema se presentó en menor intensidad. Se debe orientar la búsqueda respecto a las mejoras esperanzas que indicó el cliente en la primera sesión. Se realiza el procedimiento de identificar, marcar, ampliar y atribuir control. Si las mejoras son pocas se pasa a desarrollar la pregunta del milagro para visualizar los objetivos y determinar una ruta hacia las mejoras. Es preciso buscar detalles respecto a acciones y decisiones que responsabilicen al cliente y lo empoderen hacia su futuro. De esta forma se genera una activación conductual respecto a su plan de intervención.

CIERRE	Se describen las mejoras y excepciones de forma que se deban relacionar el control que tiene el cliente de las mismas con sus fortalezas. Es decir, se atribuyen control. Luego se realiza un compromiso de las acciones a realizar según la pregunta del milagro y se llena la ficha de compromiso.
--------	--

ACTIVIDAD 3: “Mi vida en números”

Objetivo	Competencia	Capacidad	Estrategia
<p>Evaluar mejoras.</p> <p>Buscar fortalezas y recursos en el consultante.</p>	<p>Evocación del historial exitoso del consultante.</p> <p>Medición nominal.</p>	<p>Análisis introspectivo y situacional del consultante.</p> <p>Consciencia del problema.</p> <p>Identificación de niveles de resiliencia.</p>	<p>Preguntas de escala</p>

SECUENCIA DE LA SESIÓN

MOMENTOS	ESTRATEGIAS
INICIO	Se preguntará por mejorías y las oportunidades que tuvo el cliente para realizar lo acordado en la sesión anterior. Es importante resaltar avances aunque sean mínimos.
DESARROLLO	Se formula la pregunta de escala, indicando al consultante que realice una puntuación del 0 al 10 donde 0 es el nivel más bajo y con mayor impacto del problema reflejando una mayor afectación emocional, donde el sentimiento de desesperanza y tristeza es el máximo y el 10 que representa un adecuado control emocional donde refleja paz, calma y tranquilidad. Identificará en qué nivel se encuentra con respecto a su situación y estado emocional. Si es necesario se compara con un número referido a la primera sesión remarcando las diferencias y felicitando avances. Luego se amplían detalles con la pregunta ¿Qué pasaría si tuvieras medio o un punto más en tu escala actual?. ¿Qué estarías haciendo con ese plus en la puntuación?

CIERRE	Se debe registrar el valor que el consultante brinda ante la pregunta de escala, tanto en la sesión de inicio como en la tercera sesión y sesiones posteriores . Se debe llenar la ficha de compromiso sobre la pregunta de escala.
--------	---

ACTIVIDAD 4: “Te felicito”

Objetivo	Competencia	Capacidad	Estrategia
<p>Buscar fortalezas</p> <p>Atribuir control en el progreso del consultante</p>	<p>Medición nominal.</p> <p>Evocación del historial exitoso del consultante.</p>	<p>Análisis introspectivo y situacional del consultante.</p> <p>Responsabilidad sobre decisiones y actos exitosos.</p>	<p>Preguntas de afrontamiento.</p> <p>Elogio terapéutico.</p>

SECUENCIA DE LA SESIÓN

MOMENTOS	ESTRATEGIAS
INICIO	Se pregunta por mejorías y avances. Se realiza una pequeña evaluación y retroalimentación sobre las preguntas de escala de la sesión previa.
DESARROLLO	Se formulan las preguntas de afrontamiento, buscando encontrar recursos y fortalezas que el cliente no se ha dado cuenta. Es importante traer a la sesión el relato trágico que tiene el cliente o que tuvo así se contrasta con la capacidad de afronte que ha puesto en práctica. Se pone énfasis en la búsqueda de recursos y fortalezas que hacen que se mantenga en dicho número y no empeore. Si existe mejorías se detallan las acciones que el cliente realizó y se le atribuye control. Se elogian las fortalezas y recursos. Los elogios deben ser naturales y espontáneos, pero deben ser significativos.

CIERRE	Se anotan las fortalezas y capacidades más resaltantes que son propuestas en conjunto con el consultante y el cliente. Se le entrega la ficha de elogios. Se debe describir lo suficiente para no dejar prescripción alguna.
--------	--

ACTIVIDAD 5: "Expandiendo mis redes"

Objetivo	Competencia	Capacidad	Estrategia
Activar las redes de soporte del cliente.	Búsqueda de mejorías y situaciones exitosas socialmente.	Habilidades sociales	Excepciones.

SECUENCIA DE LA SESIÓN

MOMENTOS	ESTRATEGIAS
INICIO	Se inicia la sesión evaluando la opinión de sus fortalezas y cómo han sido puestas en práctica durante los últimos días. Se elogian avances en el estado de ánimo
DESARROLLO	Se realiza la técnica de excepciones. Se pueden utilizar las excepciones de las sesiones anteriores. Se inicia la exploración en base a las mejorías pero enfocándose en la interacción social. ¿Alguien ha notado este cambio? ¿Quisieras que alguien lo note? ¿A quienes puedes confiar tus problemas o a quienes pedir ayuda? ¿En qué momentos te sientes bien con respecto a los demás? ¿Tu interacción social ha mejorado respecto a la primera sesión?
CIERRE	Se genera un resumen de lo tratado en la sesión, se elogia avances y fortalezas sociales y se llena la ficha de acción social que ejecutará el cliente hasta la próxima sesión.

ACTIVIDAD 6:” Reajustando objetivos”

Objetivo	Competencia	Capacidad	Estrategia
Evaluar el avance de objetivos. Reajustar la dirección de objetivos.	Escucha activa y exploración de fortalezas. Redirección y adaptación de objetivos.	Visualización de mejorías. Autoanálisis y valoración contextual.	Elogio terapéutico y pregunta del milagro.

SECUENCIA DE LA SESIÓN

MOMENTOS	ESTRATEGIAS
INICIO	Se inicia la sesión preguntando por mejorías. Es importante generar elogios auténticos sobre los avances del cliente hasta aquí. Se hace un resumen comparativo con la primera sesión, basados en logros, conductas realizadas y la disminución de los síntomas depresivos.

DESARROLLO	<p>Se le invita a reevaluar los objetivos pues se entiende que no son los mismos que el de la primera sesión. Para ello se utilizará la pregunta del milagro (puede adaptarse según el caso). Se visualizará el rumbo que desea llevar el consultante respecto a sus mejorías. Se genera un relato detallado de la nueva visión que tiene el consultante sobre la solución de su problema. Es importante generar acciones de interacción y adjudicar control. En este momento el consultante puede incluso generar objetivos muy distintos al inicial, podría indicar que ya el problema de su tristeza está superado y que desea abarcar otro. Se debe dejar a libertad y mostrar total aceptación, es más se debe motivar el cambio de objetivos así se fomentará la sensación de que ya ha podido superar su problema y podrá superar los que indique después.</p>
CIERRE	<p>Para el final se debe felicitar avances, describir a detalle los cambios a futuro generará una lista o ruta de acción. Se llenará la ficha de compromisos para señales cuales está dispuesto a cumplir hasta la próxima sesión.</p>

ACTIVIDAD 7: "Números de poder y control "

Objetivo	Competencia	Capacidad	Estrategia
Evaluar mejorías y reforzar el plan de acción.	Escucha activa, evocación del historial exitoso del consultante. Medición nominal.	Análisis introspectivo y situacional del consultante. Consciencia del problema.	Búsqueda de mejorías Preguntas de escala.

SECUENCIA DE LA SESIÓN

MOMENTOS	ESTRATEGIA
INICIO	Se preguntará por mejorías y las oportunidades que tuvo el cliente para realizar lo acordado en la sesión anterior. Es importante resaltar avances aunque sean mínimos.

DESARROLLO	Se formula la pregunta de escala, indicando al consultante que realice una puntuación del 0 al 10 donde 0 es el nivel más bajo y con mayor impacto del problema reflejando una mayor afectación emocional, donde el sentimiento de desesperanza y tristeza es el máximo y el 10 que representa un adecuado control emocional donde refleja paz, calma y tranquilidad. Identificará en qué nivel se encuentra con respecto a su situación y estado emocional. Si es necesario se compara con un número referido a la primera sesión remarcando las diferencias y felicitando avances. Luego se amplían detalles con la pregunta ¿Qué pasaría si tuvieras medio o un punto más en tu escala actual?. ¿Qué estarías haciendo con ese plus en la puntuación?
CIERRE	Se debe registrar el valor que el consultante brinda ante la pregunta de escala, relacionando con las sesiones anteriores. Se debe revisar la ficha de compromiso sobre la pregunta de escala.

ACTIVIDAD 8: "Pasos de gigante "

Objetivo	Competencia	Capacidad	Estrategia
<p>Buscar recursos de afrontamiento y concientizar el nivel de resiliencia.</p>	<p>Medición nominal. Evocación del historial exitoso del consultante.</p>	<p>Análisis introspectivo y situacional del consultante. Responsabilidad sobre decisiones y actos exitosos.</p>	<p>Pregunta de afrontamiento. Elogio terapéutico.</p>

SECUENCIA DE LA SESIÓN

MOMENTOS	ESTRATEGIAS
<p>Inicio</p>	<p>Se inicia con la pregunta por mejorías y avances. Se realiza una pequeña evaluación y retroalimentación sobre las preguntas de escala de la sesión previa.</p>

Desarrollo	<p>Se formulan las preguntas de afrontamiento, buscando encontrar recursos y fortalezas que el cliente no se ha dado cuenta hasta este punto del proceso. Es importante traer a la sesión el relato trágico que tiene el cliente o que tuvo así se contrasta con la capacidad de afronte que ha puesto en práctica. Se pone énfasis en la búsqueda de recursos y fortalezas que hacen que se mantenga en dicho número y no empeore. Si existe mejorías se detallan las acciones que el cliente realizó y se le atribuye control. Se elogian las fortalezas y recursos. Los elogios deben ser naturales y espontáneos y sobre todo significativos.</p>
Cierre	<p>Se continúa anotando las fortalezas y capacidades más resaltantes que son propuestas en conjunto con el consultante y el cliente. Se le entrega la ficha de elogios. Se debe describir lo suficiente para no dejar prescripción alguna.</p>

ACTIVIDAD 9: "Nuevo comienzo"

Objetivo	Competencia	Capacidad	Estrategia
Buscar soluciones exitosas, situaciones sociales favorables y adjudicar responsabilidad.	Escucha activa, evocación del historial exitoso del consultante. Medición nominal.	Análisis introspectivo y situacional del consultante. Consciencia del problema.	Pregunta de escala.

SECUENCIA DE LA SESIÓN

MOMENTOS	ESTRATEGIAS
INICIO	Al iniciar la sesión se preguntará por mejorías y las oportunidades que tuvo el cliente para realizar lo acordado en la sesión anterior. Resaltando todos los avances del consultante.

DESARROLLO	<p>Se formula la pregunta de escala, indicando al consultante que realice una puntuación del 0 al 10 donde 0 es el nivel más bajo y con mayor impacto del problema reflejando una mayor afectación emocional, donde el sentimiento de desesperanza y tristeza es el máximo y el 10 que representa un adecuado control emocional donde refleja paz, calma y tranquilidad. Identificará en qué nivel se encuentra con respecto a su situación y estado emocional. Si es necesario se compara con un número referido a la primera sesión remarcando las diferencias y felicitando avances. Luego se amplían detalles con la pregunta ¿Qué pasaría si tuvieras medio o un punto más en tu escala actual? ¿Qué estarías haciendo con ese plus en la puntuación?</p>
CIERRE	<p>Se debe registrar el valor que el consultante brinda ante la pregunta de escala, relacionando con las sesiones anteriores. Se debe revisar la ficha de compromiso sobre la pregunta de escala.</p>

ACTIVIDAD 10:” Nuevo relato ”

Objetivo	Competencia	Capacidad	Estrategia
Generar un nuevo relato y visión del problema y las soluciones exitosas que realizó.	Escucha activa y exploración de fortalezas. Redirección y adaptación de objetivos.	Visualización de mejorías. Autoanálisis y valoración contextual.	Descripción detallada del proceso. Elogio. Normalizar.

SECUENCIA DE LA SESIÓN

MOMENTOS	ESTRATEGIAS
INICIO	Inicialmente se pregunta por mejorías. Es importante continuar generando elogios auténticos sobre todos los avances que el cliente ha ido presentando durante todo el proceso. Se hace un resumen comparativo con la primera sesión, basados en logros, conductas realizadas y la disminución de los síntomas depresivos.

DESARROLLO	<p>Se le invita a reevaluar las mejoras pues se entiende que no son los mismos que el de la primera sesión. Se visualizará el rumbo que ha sido trazado por el mismo consultante. Se genera un relato detallado de la nueva visión que tiene el consultante sobre la solución de su problema. Es importante remarcar, detallar y atribuir control de todas las acciones que ha generado el consultante y que son denominadas como mejoras, excepciones o soluciones. Se desarrolla el elogio terapéutico. Junto con el consultante se elabora un nuevo relato de sus dificultades y fortalezas.</p>
CIERRE	<p>Para el final se debe felicitar avances, describir a detalle los cambios que ha conseguido. Se normalizan las recaídas futuras y se deja abierta la posibilidad de requerir otra sesión cuando lo crea conveniente.</p>

FICHA DE COMPROMISO

Yo.....me comprometo a realizar las siguientes acciones al llegar a casa y/o en el trabajo o lugar de estudios.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

FICHA DE PREGUNTA DE ESCALA

VALOR NUMÉRICO:

1. ¿Qué haría si tuviera medio o un punto más a lo indicado? detallar con acciones

.....
.....
.....
.....
.....

2. ¿Quién se daría cuenta de estos cambios?

.....
.....
.....
.....

3. ¿Qué actividades empezará a realizar hasta la próxima sesión?

.....
.....
.....
.....

FICHA DE ELOGIOS

Hoy/.. reconozco las siguientes fortalezas en mi persona

.....
.....
.....
.....
.....

Por lo cual me acepto y me felicito como un ser humano que está en un proceso de mejora y crecimiento

FICHA DE ACCIÓN SOCIAL

Personas a las que puedo confiar:

.....
.....

.....
.....

Personas con las que me gusta pasar tiempo:

.....
.....
.....
.....

Actividades que deseo hacer acompañado de las siguientes personas

.....
.....
.....
.....
.....
.....

CONSTANCIA

El Centro de Salud Mental Comunitario Maeich Muchik señala:

Deja constancia que el psicólogo Róger Christian Haro Mendoza ha desarrollado un programa de terapia centrada en soluciones con 19 usuarios diagnosticados con depresión grave o moderada. Ha compartido los resultados de los mismos, los cuales serán expuestos ante el equipo profesional según cronograma de docencia y capacitación.

Se brinda la presente constancia para el uso debido.

Moche, 30 de noviembre del 2023.


Róger Christian Haro Mendoza
Médico Psiquiatra
C.M.A. 02845 R.N.E. 32223



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Mz T Lt 13 Sector E Paraiso-Moche
Correo Institucional: csn:cmoche@gmail.com

AUTORIZACIÓN

El Centro de Salud Mental Comunitario Maeich Muchik señala:

Que siendo un centro especializado en salud mental y tiene como disposiciones generales según norma técnica: Los CSMC ofrecen campo clínico para el desarrollo de investigación y formación en pre y pos grado.

Por consiguiente:

Se AUTORIZA la ejecución del programa de terapia centrada en soluciones propuesto por el psicólogo Róger Christian Haro Mendoza en 23 usuarios diagnosticados con depresión severa o moderada. De este modo el grupo de trabajo deberá acatar las acciones y restricciones por parte del investigador.

Se solicita brindar las facilidades del caso en cuanto se requiera.

Moche, 29 de Agosto del 2023.


Raúl Moya Vega
Médico Psiquiatra
C.M.P. 02215 R.N.E.32223



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Mz T Lt 13 Sector E Paraiso-Moche
Correo Institucional: csmcmoche@gmail.com