



**MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL
SANITARIA**

Curso 2017-2018

Trabajo Fin de Máster

Título

“Crecer en autoestima: un caso de acoso escolar en la adolescencia
centrado en soluciones por descubrir”

Autora: M Teresa Pérez Fuentes

Tutora: M Carmen Neipp López

Convocatoria: febrero 2018

Resumen

El bullying o acoso escolar es un problema común que acontece concretamente en las etapas evolutivas desde el final de la segunda infancia y el inicio de la adolescencia. Provoca importantes consecuencias en las víctimas que repercuten en el aspecto académico, psicológico y social. El objetivo del presente trabajo es evaluar la eficacia de una intervención individual desde el enfoque de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, en un adolescente de 15 años víctima de acoso. La intervención se llevó a cabo durante seis sesiones de una hora de duración. Los instrumentos de evaluación fueron entrevistas, un test proyectivo sobre la familia, escala de autoestima, inventarios de depresión y ansiedad, y cuestionario sobre suicidio. La intervención consistió en la aplicación de técnicas derivadas de la TBCS con el fin de aumentar la autoestima, promover cogniciones positivas, manejar emociones y pensamientos disfuncionales, y motivar para el cambio hacia la consecución de objetivos. Los resultados de la intervención mostraron en el adolescente un aumento en su autoestima y un autoconcepto más positivo, un cambio en los pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos, una mejora en la capacidad de manejar las emociones negativas y en su identificación, un incremento en su motivación para el cambio de forma positiva, y una mayor interacción en el ámbito familiar, escolar y social.

Palabras clave: acoso escolar, adolescente, caso único, Terapia Breve Centrada en Soluciones, autoestima.

Abstract

Bullying or school-based harassment is a burning issue that particularly takes place during the children's developmental stages that cover the end of their infancy and beginning of their adolescence. The victims that have been bullied suffer serious consequences that can be shown on the different academic, psychological and social aspects of their lives.

The main aim of this project is to assess the efficiency of the individual intervention based on a Brief Therapy Focused on Solutions for a 15-year-old teenager who has been bullied.

The intervention was carried out for six one-hour sessions. The instruments of assessment were interviews, a projective test on the family, the Self-esteem Scale, inventories on depression and anxiety and a questionnaire on suicide. I worked on applying those techniques resulting from the BTFS in order to promote positive thoughts and deal with dysfunctional emotions and thoughts. Finally, with my intervention I aimed at motivating the teenager in order to make a change and start targeting for the pursued achievements.

The final results on the intervention on the adolescent showed a significant increase in his own self-esteem and more positive self-concept thoughts. The teenager also experienced a great change in his dysfunctional thoughts which turned into more adaptive ones. He also improved his ability to manage negative emotions and identify them as such. He experienced an increase in his own level of motivation to change in a positive way and a higher level of interaction in his family, school and social context.

Key words: Bullying, adolescent, teenager, isolated case, Brief Therapy Focused on Solutions, Self-esteem

Introducción

“Nadie posee la verdad absoluta y cada uno tiene sus creencias e ideas propias, y nadie puede imponérselas a otro semejante con violencia o abuso de poder. La libertad de pensamiento y la pluralidad cultural son dos requisitos indispensables en el diálogo social.

Cada persona tiene derecho a que se le facilite la construcción de una identidad personal positiva como logro creativo y saludable en relación con los demás, a través de la educación para el cuidado responsable a la vida, en todas sus variadas manifestaciones” (Ortega y Gasset).

Si profundizamos en la reflexión que el autor realiza podríamos obtener dos principios básicos y además de distanciados, opuestos entre ellos, el de la libertad de pensamiento del que cada ser humano debería ser dueño, y el de la violencia o abuso de poder al que el ser humano puede ser sometido, traspasando éste desgraciadamente, varios ámbitos de la sociedad, como el del contexto escolar.

“El bullying se define como una forma de violencia mantenida, mental o física, que parte de un escolar o un grupo, contra otro escolar. Puede ir de las manifestaciones más directas (agresión física y verbal) a otras indirectas como la exclusión social” (Morán, 2006).

Existen cuatro tipos de acoso escolar que puede sufrir la víctima: a nivel físico, agresiones hacia ella o sus pertenencias (pegar, empujar, romper su material, etc.); de forma verbal, mediante palabras hirientes acerca de algún aspecto de la víctima (insultar y poner motes, entre otros); a nivel psicológico, ejerciendo poder sobre ésta e infundiéndole temor (intimidar, humillar o amenazar, entre otros) y de manera

relacional o social, teniendo como función su aislamiento (excluir, ignorar, propagar rumores falsos, etc.).

Los criterios para identificar la presencia de bullying según Olweus, (1991) son: a) que la víctima se sienta intimidada, excluida, o perciba al agresor como el más fuerte, y, b) que las agresiones sean cada vez de mayor intensidad o en privado, y que al principio se interpreten como juego.

El acoso escolar (bullying) ha sido objeto de creciente atención y alarma social en los últimos años, aunque se trata probablemente de un fenómeno que ha estado siempre presente en nuestra sociedad (Serrano e Ivorra, 2005).

Es un problema creciente dentro y fuera de las aulas por los propios estudiantes, cuya existencia ha sido comprobada en múltiples contextos y países, se ha convertido en un problema frecuente en las escuelas, independientemente de la calidad de las instituciones públicas, privadas, seculares o religiosas” (Clara y Marmolejo, 2016). Numerosos estudios han abordado este fenómeno en diversos países desarrollados, donde la importancia social del acoso escolar ha ido en aumento (Benítez y Justicia, 2006).

En cuanto a la prevalencia del problema, según estudios específicos en España, como los de Ayerbe, et al. (2005), estiman que uno de cada cinco alumnos está implicado en este tipo de procesos, como agresor, como víctima o como ambas cosas a la vez; apuntan que es un fenómeno asociado a situaciones como el fracaso escolar o ambientes familiares específicos y es atribuible a cualquier clase social.

El acoso escolar afecta a entre un 20% y un 30% de estudiantes a nivel nacional e internacional, siendo el porcentaje de victimización grave entre el 3 y el 10% (Garaigordobil, 2011).

Con respecto a los factores asociados que pueden surgir en una víctima que sufre episodios de acoso, según Garaigordobil, Martínez-Valderrey y Aliri (2013), los adolescentes victimizados presentan menor nivel de autoestima.

Es importante trabajar la autoestima ya que es un gran recurso de protección frente a problemas de carácter interno como son la depresión y la ansiedad (Butler y Gasson, 2005). En otras investigaciones, se ha observado que el bullying representa una de las problemáticas de mayor impacto en el desarrollo de la autoestima en la infancia y adolescencia (Simkin, Azzollini y Voloschin, 2014), de esta forma, la autoestima es una variable que capacita al sujeto para actuar, a pesar del fracaso o los obstáculos. Cuanto mayor sea la autoestima es más probable que el individuo haga un esfuerzo extraordinario para adaptarse a cualquier contexto (Kosic, 2006). En este supuesto, basamos nuestra conclusión acerca del vínculo entre el bullying y la autoestima de la víctima; quien comienza a manifestar sentimientos de inferioridad, incapacidad y frustración.

Según estudios se han confirmado relaciones negativas entre autoestima y ansiedad, sugiriendo que los adolescentes con alta autoestima muestran bajos niveles de ansiedad rasgo (Fickova, 1999; Newbegin y Owens, 1996; Yang, 2002). Garaigordobil, Cruz y Pérez, (2003) señalan que existen relaciones negativas entre ansiedad y autoestima, considerándose la ansiedad un factor predictor de ésta (Garaigordobil, Durá y Pérez, 2005). También, se encontró que la baja autoestima predecía depresión (Orth, Robins y Roberts, 2008).

Debido al miedo producido por los constantes abusos experimentados, es común que las víctimas sientan culpa, vergüenza e indefensión y desarrollen un repertorio de conductas evitativas, lo cual contribuye a un mayor aislamiento y riesgo de presentar síntomas depresivos (Sánchez, Ortega, y Menesini, 2012; Zwierzynska, Wolke, y Lereya, 2013).

Otros estudios muestran contundentemente que las víctimas de acoso exhiben profundo malestar psicológico, del cual la tendencia suicida es una manifestación. Muestran que, en general, los adolescentes que están más expuestos a este tipo de conductas presentan más síntomas depresivos que quienes no son víctimas de las mismas (Rigby, 2003; Díaz-Atienza, Prados y Ruiz, 2004).

También Ortega (1994) encuentra que, entre las consecuencias del acoso sobre la víctima están el destruir lentamente la autoestima y la confianza en sí misma, lo que provoca entre otros efectos una difícil adaptación social, llegando a estados depresivos o de ansiedad (León, 2009; Perren y Alsaker, 2006), y en situaciones extremas al suicidio.

Y bien, considerando la necesidad de intervención en el adolescente, protagonista de este trabajo, y sin olvidar las potencialidades, recursos, herramientas, con los que cuenta, el elegir la Terapia Breve Centrada en Soluciones (TBCS) es en consonancia con los principios teóricos de los que parte. Desarrollada por Steve De Shazer e Insoo Kim Berg, se basaron en el trabajo terapéutico de Milton H. Erickson, quien sugería una aproximación orientada a futuro y solución, considerando a la persona como un agente activo, con recursos y potencial necesario para la solución de sus problemas (Beyebach, 1999; Cade y O'Hanlon, 1995; O'Hanlon, 1989; Téllez, 2007).

Debido a que está basada en la resiliencia y en las propias soluciones y excepciones de los clientes a sus propios problemas, es aplicable a la mayoría de las dificultades que enfrentan los clientes, y como tal ha sido aplicada a casi todos los problemas vistos por los clínicos (Lee y Oshlag, 2007).

La intervención centrada en soluciones produce a menudo cambios rápidos, ya que en 4-8 sesiones se pueden conseguir resultados (Franklin, Biever, Moore, Clemons y Scamardo, 2012). Al considerar el acortar la terapia no significa que por ello haya una disminución de su eficacia, sino por el contrario significa aumentar la eficacia de la

misma, ya que se pretenden alcanzar los mismos resultados terapéuticos pero en menor tiempo (Beyebach, 2006). De Jong y Kim (2002) informan que los resultados de una investigación sobre la Terapia Centrada en Soluciones en la que 77% de los clientes mejoraron al final de la terapia, con una asistencia promedio a sólo dos sesiones.

Los estudios de Hewitt y Gantiva (2009), concluyen que es una alternativa psicoterapéutica efectiva para tratar la depresión. Surge como una intervención de costes reducidos y de resultados favorables en la práctica clínica. Dos estudios comparativos, el de Sundstrom (1993) y el de Knekt y Lindfors (2004), mostraron que la TBCS fue al menos tan eficaz como tratamientos alternativos bien definidos para casos de depresión y ansiedad.

A pesar de ser un enfoque relativamente nuevo, comparado con algunos otros, lentamente ha ido logrando enormes avances en investigación tanto en los resultados de sus intervenciones como en el mejoramiento de sus procesos de aplicación (Estrada et al., 2006).

Las investigaciones actuales demuestran que el enfoque centrado en soluciones aplicado en el entorno escolar ayuda a mejorar, entre otros: los trastornos emocionales y del comportamiento, el acoso escolar, las dificultades académicas, los problemas de aprendizaje, así como a los estudiantes en situación de riesgo (Daki y Savage, 2010; Ferrington et al, 2011). También es útil para disminuir, conductas de riesgo y problemas de conducta (Beyebach, 2012) y además, para ayudar al alumnado con TDAH en la planificación de sus actividades cotidianas (Boyer, Geurts, Prins y Van der Oord, 2015).

Y para concluir este apartado, a partir de los resultados que arrojan estudios ya mencionados, es importante trabajar con las víctimas de acoso variables como la autoestima, entre otras, ya que es un gran recurso de protección frente a problemas de

carácter interno como son la depresión y la ansiedad, y dada la correlación negativa que existe entre ambas, ya que una baja autoestima se asocia con alta ansiedad y depresión. Además de la tasa de éxito que se refleja en los estudios en las que la intervención se realiza desde una mirada breve centrada en soluciones, donde se alcanzan los mismos resultados terapéuticos pero en un menor tiempo.

Dicho esto, el objetivo del presente trabajo es evaluar la eficacia de la intervención individual con el enfoque de la Terapia Breve Centrada en Soluciones en un adolescente víctima de acoso y dirigida a mejorar su autoestima, siendo ésta la demanda. Partimos además de la hipótesis que tras la intervención enfocada a aumentar la autoestima, debe darse un cambio en sentido descendente en las puntuaciones de las variables depresión y ansiedad.

Método:

Descripción del caso

Identificación del paciente

Abraham es un adolescente de 15 años que está cursando un grado medio en un instituto de la provincia de Alicante. Con respecto al ámbito familiar, pertenece a una familia monoparental, vive con la madre y el nivel socioeconómico es bajo.

Motivo de consulta

La madre, acude a consulta muy preocupada y nerviosa, pues encuentra el diario de su hijo y lee frases en las que se describe como alguien que está muy ansioso, perdido, sufre, no es útil y anticipa un futuro trágico y solitario.

Lee además, episodios que narra acerca de un compañero que le acosa en el instituto y en una ocasión puntual, le presiona para que le dé una calada a un porro una mañana

que salen al patio en el descanso. Abraham verbaliza a su madre tan solo una vez, el haber sufrido un episodio de acoso, a nivel físico (no comenta psicológico) en el contexto escolar por parte de un compañero que consume marihuana.

Según la madre, la situación está provocando en Abraham una ansiedad elevada que éste es incapaz de controlar, un aislamiento a nivel familiar y social, un deterioro en su autoestima y autoconcepto, además de un rendimiento académico más bajo de lo habitual. La madre solicita trabajar la autoestima para que Abraham se vuelva a valorar como el ejemplar alumno que fue antes, y la elevada ansiedad, para que sea capaz de volver a centrarse en los estudios e ir manejando la situación tan desbordante.

Historia del problema

Tras la noticia del fallecimiento de su padre al cual no conoció, es cuando Abraham acude por primera vez, a la consulta de un psicólogo por decisión de la madre, al observar en él un comportamiento distinto, se mostraba muy ansioso y le gustaba pasar la mayor parte del tiempo encerrado en su habitación. A los doce años empieza el instituto, siendo la motivación y el rendimiento académico altos. En ese periodo su madre inicia una relación de pareja y deciden convivir en la casa de ésta. Al principio Abraham no muestra signos de estar en desacuerdo con la situación, aunque vuelve de nuevo a aislarse en su habitación y a mostrar síntomas depresivos y ansiosos. A los catorce años Abraham le dice a la madre que quiere hacer un grado medio en restauración y para ello es necesario un cambio de instituto.

Al inicio del curso en el nuevo instituto, es cuando su motivación y rendimiento académico muestran claros descensos, empieza a sufrir acoso psicológico, y su madre se entera al leerlo en un diario donde describe su autoconcepto negativo y su baja autoestima.

Tras leerlo decide hablar con él y le confirma que lleva sufriendo acoso psicológico desde el cambio de instituto por parte de un compañero que vive en el mismo pueblo que él, acude al mismo instituto, y es consumidor de marihuana. Refiere una ocasión puntual en que le da una paliza y le deja marca de ello en los brazos (hematomas).

Abraham comenta su elevada ansiedad y su autoconcepto negativo, además de la baja autoestima, su percepción de poca valía personal, la incapacidad para tomar decisiones y la baja motivación en el aspecto académico.

Tras conocer la problemática de su hijo, la madre acude al instituto a hablar con la tutora y ésta le asegura que intervendrá en el problema. Transcurrido un tiempo, no observa ningún cambio en Abraham.

Evaluación del caso

Información cualitativa

Entrevistas con la madre, tutora académica del adolescente y éste. Realizadas con el fin de recoger información biográfica del adolescente y su familia. Además, se recaba más información, acerca del contexto familiar y las relaciones, el funcionamiento en el contexto escolar, el estado de ánimo, las relaciones interpersonales, la salud física, cuáles son sus hábitos en su día a día, la implicación del equipo docente en el problema, y otras cuestiones de cara a realizar la intervención.

Test de la familia (Corman, 1967). Este test proyectivo evalúa el estado emocional con respecto a la adaptación al medio familiar, la percepción de su familia y del lugar ocupado en ella. Su estructura y contenido han sido investigados por Vives (2005) constatando su utilidad clínica.

Autorregistro creado ad hoc. Se registran los pensamientos, emociones y conductas del adolescente para obtener más información acerca de estas tres vertientes. Se describe

una situación que elija de forma breve “¿Qué ha pasado y qué otra cosa me gustaría que pasara?”, describe el pensamiento “¿Qué pienso y qué más podría pensar?”, describe la emoción “¿Qué siento y qué más podría sentir?”, describe la conducta “¿Qué hago y qué más podría hacer?”.

Información cuantitativa

Escala de autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965). Consta de 10 ítems a los que se responden mediante una escala de 1 (muy en desacuerdo) a 4 (muy de acuerdo). Mide la autoestima, entendida como sentimientos de valía personal y respeto a sí mismo. La escala presenta buenas propiedades psicométricas en adolescentes, siendo su fiabilidad de 0.80 y su consistencia interna de 0.76.

Inventario de Depresión de Beck (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). El formato está constituido por 19 ítems con cinco opciones de respuesta para cada síntoma, evaluadas en una escala de 0 a 5 puntos según la gravedad. La puntuación directa total se obtiene sumando los valores correspondientes a cada una de las frases marcadas por el participante en los 19 apartados. El marco temporal al que hace referencia el cuestionario en el momento actual y a la semana previa. Su contenido enfatiza más que el componente cognitivo de la depresión, cuyos síntomas representan entorno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso. Beck et al. (1996) observaron una alta consistencia interna del BDI-II tanto en muestras clínicas como no clínicas, con un coeficiente alfa de alrededor de 0.92.

Inventario de ansiedad estado rasgo (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1994) el inventario está constituido por dos escalas de 20 ítems cada una que miden dos dimensiones de la ansiedad: rasgo y estado. La ansiedad rasgo (A/R) permite que los sujetos describan cómo se sienten de manera global, mientras que la escala ansiedad

estado (A/E) hace referencia a cómo se sienten en una situación más específica. Los ítems están expresados en una escala tipo Likert de 4 puntos. El instrumento presenta evidencia de ser altamente consistente con alpha de Cronbach entre 0.83 y 0.92.

Cuestionario de Riesgo Suicida (Horowitz, Wang, Koocher y Burr, 2001). La versión original es Risk of Suicide Questionnaire (RSQ) y es empleado para detectar el riesgo y la conducta suicida en niños y adolescentes. El cuestionario cuenta con 14 ítems de tipo Likert de 7 puntos o 4 puntos en la versión breve y es heteroaplicada, con un coeficiente alfa de Cronbach de 0.68.

Al tomar como referencia los resultados obtenidos mediante la utilización de entrevistas, autorregistros e instrumentos de evaluación, se establece la relación funcional entre las distintas variables del caso, delimitando variables antecedentes y consecuentes del problema y se realiza la formulación clínica del caso, representada de forma gráfica en la figura 1.

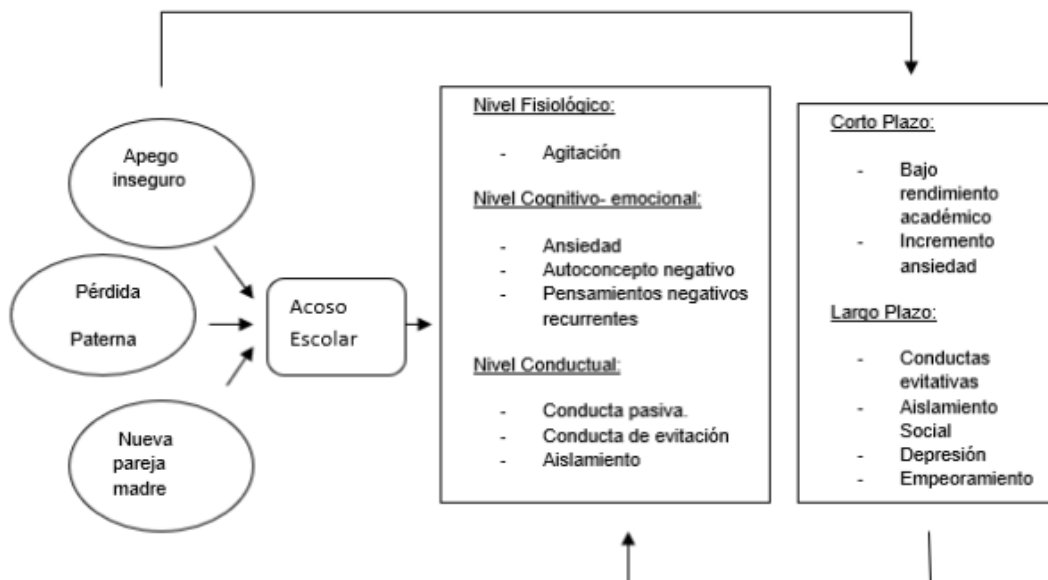


Figura 1. Formulación clínica del caso.

Aplicación del tratamiento

Considerando la aplicación de la intervención, ésta estuvo dirigida al adolescente individualmente, tan sólo en la primera sesión se consideró que la madre interviniese, dado que ella es quien realiza la demanda.

Con relación a los objetivos, se establecieron los siguientes: 1) Aumentar su autoestima, 2) Promover cogniciones positivas, 3) Manejar emociones pensamientos disfuncionales y 4) Motivar para el cambio hacia la consecución de objetivos.

La evaluación se realizó en la primera sesión, la intervención a lo largo de las cinco primeras sesiones, y la sexta y última sesión estuvo dirigida a realizar de nuevo la evaluación mediante los instrumentos tras la intervención, la valoración de la intervención por parte del adolescente y por último, la explicación del periodo de seguimiento finalizada ésta. Se decide incluir a la madre y tutora académica en el seguimiento para ver su evolución en los contextos familiar y escolar, realizándose entrevistas con ambas partes posteriormente.

La duración del total de la intervención fue de tres meses; la periodicidad fue de una sesión quincenal con una duración de 60 minutos y el periodo de seguimiento a lo largo de un año, en cuatro intervalos de tres meses cada uno.

En la Tabla 1 se muestran los objetivos y contenidos trabajados en cada sesión.

Tabla 1. Sesiones de tratamiento.

| SESIONES | TÍTULO | OBJETIVOS | CONTENIDOS |
|----------|--------|-----------|------------|
|----------|--------|-----------|------------|

| | | | |
|--------|---|--|--|
| UNA | "En busca de una solución" | <ul style="list-style-type: none"> -Evaluar a partir de los instrumentos a aplicar -Obtener información acerca de las expectativas de la intervención, su demanda u objetivo. -Acordar un compromiso. -Establecer alianza terapéutica. -Informar acerca de la autoestima. -Motivar para el cambio. -Pautar las tareas para casa. | <ul style="list-style-type: none"> -Entrevista con adolescente y madre -Cumplimentación de cuestionarios, escalas. -Charla autoestima. -Escala de avance. -Tarea para casa : "La carta de despedida". |
| DOS | "Pensar en positivo" | <ul style="list-style-type: none"> -Trabajar con excepciones. -Identificar cualquier avance hasta la consecución de objetivos. -Empoderar. -Distinguir las mejorías que aparecen una vez iniciada la terapia. -Promover cogniciones positivas -Recuperar la confianza en sí mismo. | <ul style="list-style-type: none"> -El trabajo con excepciones. -Tarea para casa : "Las tres preguntas para una vida feliz" |
| TRES | "Proyectando al futuro" | <ul style="list-style-type: none"> -Trabajar el pensamiento divergente. -Facilitar el paso a la acción del adolescente. -Liberar emociones, sentimientos e ideas no resueltos. -Ser consciente de sus cualidades y recursos. -Reelaborar la experiencia traumática. -Externalizar la parte problemática de la situación, baja autoestima, desconfianza, autoexigencia -Confrontar al abusador de forma simbólica. | <ul style="list-style-type: none"> -"La pregunta milagro", simular un milagro. -"El listado de elogios". - Tarea para casa : "Cartas curativas" |
| CUATRO | "Tú decides los pasos y hacia dónde ir" | <ul style="list-style-type: none"> -Identificar avances en la intervención. -Atribuir control interno. -Obtener feedback sobre el progreso de la terapia. -Evaluar posibilidad de riesgos. -Aumentar la autoestima. -Conocer las conductas de afrontamiento realizadas para la consecución del objetivo. -Saber qué tipos de objetivos le gustaría alcanzar. | <ul style="list-style-type: none"> -Escala de avance en sus tres vertientes. - Escalas de reducción de problemas. -"Preguntas de afrontamiento". -Entrevista apreciativa. |
| CINCO | "Y de un grano de arena un castillo" | <ul style="list-style-type: none"> -Elogiar al adolescente. -Devolver aspectos positivos. -Prevenir posibles recaídas. -Manejar situaciones de riesgo. -Valorar la intervención. | <ul style="list-style-type: none"> -Tarea : "pócima para manejar la baja autoestima". -Entrevista sobre situaciones de riesgo y "escenarios peores". -Plan de actividades positivas en el día. -Deconstrucción de recaídas. -Valoración de la intervención y aspectos a considerar. |
| SEIS | "Las medidas de un sastre" | <ul style="list-style-type: none"> -Realizar fase postest -Explicar el seguimiento de la intervención | <ul style="list-style-type: none"> -Fase postest. -Información del periodo de seguimiento y continuar en contacto. |

Resultados

A continuación en la Tabla 2, se muestran los resultados obtenidos a nivel cuantitativo tras la intervención de forma continua, haciendo una comparativa global pretest, postest en las variables autoestima y depresión.

Tabla 2. Pretest y posttest de puntuaciones directas en autoestima y depresión.

| | PRETEST | POSTEST |
|------------|---------|---------|
| Autoestima | 26 | 33 |
| Depresión | 25 | 16 |

En primer lugar en relación a la autoestima dado que se aprecia un aumento en la puntuación directa, siendo media-baja, en el pretest, y media-alta en el posttest, se evidencia una mejora en la autoestima tras la intervención.

En segundo lugar con respecto a la variable depresión, la puntuación directa del pretest reflejó depresión moderada, y la obtenida en el posttest fue de depresión leve. Aunque sí se advierte un descenso en la puntuación obtenida tras la intervención, según ésta estaría más cercana a una depresión leve.

En tercer lugar en la Figura 2, se reflejan los resultados al realizar una comparativa global pretest, posttest. Atendiendo a la variable ansiedad, en el pretest, las puntuaciones obtenidas en la escala de Ansiedad-Estado (A.E.) y según el centil, se situó el nivel de ansiedad del adolescente muy por encima de la media. En la escala de Ansiedad-Rasgo (A.R.) según el centil se situó algo por encima de la media. En la evaluación posttest, en el nivel de ansiedad en la escala de Ansiedad-Estado se advierte un descenso en la puntuación. En la escala de Ansiedad-Rasgo según la puntuación obtenida, podemos determinar que en este caso hubo apenas diferencias, pues la ansiedad rasgo refiere a las diferencias relativamente estables en cuanto a la predisposición de sentir ansiedad y no a estados transitorios de ésta, como el caso de la ansiedad estado, en la que se advierte un cambio mayor.

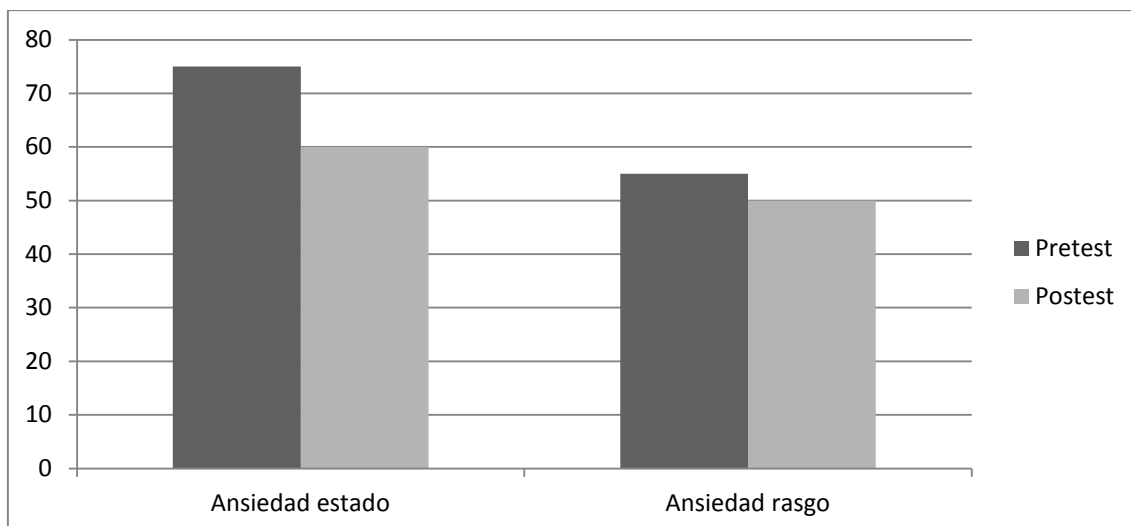


Figura 2. Resultados pretest y posttest del STAI.

Con respecto al *Cuestionario de Riesgo Suicida*, tan solo referir que en la fase pretest se evaluó al adolescente por medio de éste junto al resto, al considerar según estudios la importancia en su evaluación por el riesgo de suicidio entre adolescentes víctimas de acoso. Los datos obtenidos no mostraron la necesidad de intervenir. De esta forma no procedió incluirlo en la fase posttest.

Continuando, con respecto a la información cualitativa, los autorregistros que cumplimentó previos a la intervención reflejan un cambio en los pensamientos disfuncionales, en la forma de manejar y sentir las emociones, en su conducta centrada en la evitación a lugares concretos. Las situaciones que más temía, o solía evitar eran referidas al contexto escolar, de esta forma, sus pensamientos eran del tipo “me podía haber quedado en casa, total aquí no existo” “todos están en mi contra porque no soy nadie” “la tutora nunca se da cuenta de que no quiero venir a clase y no estoy bien”. Acerca de las emociones, al evaluarlas lo hacía de forma intensa y negativa, y destacaba la tristeza, sobre todo. Con respecto a la conducta, mostraba evitación, se mantenía callado pues no se atrevía a hablar, “voy al baño y me quedo solo hasta que se me pase”

“me callo la boca que se van a pensar que soy un friki” “dejo de ir a la excursión de religión porque parezco idiota si voy”

Con respecto a las entrevistas, en general verbaliza un mayor manejo de su ansiedad, refiere sentirse más capaz de controlar situaciones estresantes para él, una mayor motivación en relación al aspecto académico, a realizar actividades agradables, a relacionarse de nuevo con el grupo de iguales y a participar más en las tareas de casa. Acerca de su autoestima y autoconcepto, siente que se valora de forma más positiva, al ser consciente de su capacidad de control y los objetivos a corto plazo que va alcanzando, sobre todo a nivel curricular.

Siguiendo, con respecto al *Test de la familia*, referir que el nivel formal de la representación, el nivel gráfico y el de contenido se corresponden con la edad cronológica y nivel intelectual de adolescente. No se considera nada más.

Para finalizar, cabe destacar que el adolescente valora favorablemente los resultados de la intervención. Por su parte, la madre asegura una mejoría en su estado de ánimo y aspecto físico, el rendimiento académico ha mejorado, lo ve con más iniciativa para relacionarse en casa con ella y con los amigos, más tranquilo, centrado y participativo. La tutora de éste advierte un cambio significativo en su comportamiento, está más receptivo y participativo en clase, muestra interés y se relaciona de forma más amplia con el resto de compañeros cuando interactúa con ellos en el patio y en el aula. También advierte un cambio en su aspecto físico y en la organización de los materiales de clase.

6. Discusión y conclusiones

La intervención breve centrada en soluciones ha resultado eficaz para alcanzar los objetivos establecidos previos, viéndose favorecida por la alta adherencia al tratamiento y colaboración de la madre del adolescente y tutora académica.

Por otra parte, considerando el peso del papel del enfoque elegido para llevar a cabo la intervención, sí se ha dado ese cambio rápido en consonancia a lo que nos vienen a decir acerca de que la intervención centrada en soluciones produce a menudo cambios rápidos, ya que en 4-8 sesiones se pueden conseguir resultados (Franklin, Biever, Moore, Clemons y Scamardo, 2012). Continuando con esto, los trabajos de los autores De Jong y Kim (2002) informaron, también acerca de los resultados de una investigación sobre la TBCS en la que 77% de los clientes mejoraron al final de la terapia, con una asistencia promedio a sólo dos sesiones.

En consonancia con los estudios los autores Daki y Savage, (2010) y Fearington et al, (2011) donde a partir de sus investigaciones demuestran que el enfoque centrado en soluciones aplicado en el entorno escolar ayuda a mejorar, entre otros: los trastornos emocionales y del comportamiento, el acoso escolar, las dificultades académicas, los problemas de aprendizaje, así como a los estudiantes en situación de riesgo. Tales resultados se pueden extrapolar a nuestro caso tras la intervención.

Con respecto al descenso en las puntuaciones tras la intervención en ansiedad y depresión, los resultados siguen la línea de los estudios de Hewitt y Gantiva, (2009) al concluir que la TBCS es una alternativa psicoterapéutica efectiva para tratar la depresión. Y además los dos estudios comparativos, el de Sundstrom (1993) y el de Knekt y Lindfors (2004), en los que mostraron que la TBCS fue al menos tan eficaz como tratamientos alternativos bien definidos para casos de depresión y ansiedad.

Al centrarnos en los resultados obtenidos tras la intervención, se puede concluir que se alcanzaron los objetivos marcados previos a la intervención breve centrada en soluciones. La autoestima y autoconcepto del adolescente han mejorado, en sus diferentes dimensiones, ha conseguido cambiar los pensamientos disfuncionales por otros más adaptativos, derivando esta particularidad en un mayor alcance en sus

objetivos tanto a corto como a largo plazo. Ha mejorado en la capacidad de manejar las emociones negativas, y en su identificación. Se ha incrementado su motivación para el cambio de forma positiva, en relación con el aspecto académico, la ampliación de sus actividades agradables y la mayor interacción con los compañeros. Además podemos concluir que se ha cumplido nuestra hipótesis de partida, de acuerdo a investigaciones de otros autores que determinan la interacción entre las tres variables, dado que al aumentar la autoestima, se observa un descenso en las puntuaciones obtenidas en ansiedad y depresión. De esta forma al haber aumentado la autoestima y en consonancia de nuevo con otros autores al considerar que es una variable que capacita al sujeto para actuar, a pesar del fracaso o los obstáculos y que cuanto mayor sea la autoestima es más probable que el individuo haga un esfuerzo extraordinario para adaptarse a cualquier contexto (Kosic, 2006). El adolescente ha continuado con sus objetivos a pesar de los resultados académicos de acuerdo a su baja motivación y a la falta de planificación con respecto a las tareas. Sí ha realizado un gran esfuerzo para adaptarse tanto al contexto escolar, como al familiar y social.

En cuanto a considerar si la intervención resultará eficaz a lo largo del tiempo, se establece un periodo de seguimiento con una duración de un año, de esta forma se volverá a evaluar al adolescente con los mismos instrumentos, a los tres, seis, nueve y doce meses. Se realizarán, además, entrevistas con la madre y la tutora académica para recabar todavía más información y de esta forma, valorar la posible eficacia de la intervención.

Se debe además esperar a obtener los resultados académicos del segundo trimestre, ya que se prevé un aumento de éstos, dada la inversión que el adolescente está realizando, así como los cambios en él, ya nombrados. En caso de obtener resultados contradictorios, deberíamos considerar programar una sesión con el adolescente, su

madre y la tutora académica, de cara a obtener información más coherente con los resultados no esperados.

Con respecto a las limitaciones del presente trabajo, cabe mencionar la dificultad a la hora de encontrar estudios más recientes realizados con el enfoque de la TBCS en nuestro país, a los que habernos remitido, con la problemática del acoso escolar.

Y para cerrar este apartado, de acuerdo a líneas futuras de investigación, se propone implementar programas para el acoso escolar en educación secundaria, sobre todo en prevención, partiendo del enfoque de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, y tras la aplicación, según los datos obtenidos, realizar propuestas de cara a la mejora en este tipo de programas, además de evaluar su eficacia en el tiempo. El partir de esta propuesta es por el tema de la prevalencia del problema del acoso escolar, en el que sin ser víctima, se pueden sufrir las consecuencias, tan solo siendo un mero espectador. Y ya que los escenarios donde se precipita este tipo de violencia a nivel, verbal, física y relacional es en el contexto escolar, no se debería olvidar hacer partícipes a los profesores, dado que el estilo docente puede suponer un factor de riesgo, esto es, en función de la tolerancia de actos violentos, uso de aprendizaje competitivo y ausencia de cooperativo, etc.

Referencias

- Ayerbe, E. Aramendi, J., Balsells, B., Miñambres, A., Arco, I., y Armengol, C. (2005). Estudio comparativo entre el País Vasco y Cataluña sobre la indisciplina y la violencia escolar. Universidad del País Vasco, Universidad de Lleida: UAB.
- Benítez, J.L. Y Justicia F. El maltrato entre iguales: descripción y análisis del fenómeno. *Rev. Electron Investig Psicoeduc Psicopedag (revista en Internet)*. 2006; 4:151–70. (Acceso 16 de enero de 2008.) Disponible en:

[http://www. Investigacion-
psicopedagogica.org/revista/articulos/9/espanol/Art_9_114.pdf](http://www.Investigacion-psicopedagogica.org/revista/articulos/9/espanol/Art_9_114.pdf)

- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona: Herder
- Beyebach, M. (1999). Introducción a la terapia breve centrada en las soluciones. En J. Navarro Góngora, A. Fuertes, y T. Ugidos (comps). *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú.
- Beyebach, M. (2012). El modelo centrado en soluciones en la orientación escolar. *ACLPPinforma*, 28, 5-10.
- Boyer, B. E., Geurts, H. M., Prins, P. J., & Van der Oord, S. (2015). Two novel CBTs for adolescents with ADHD: the value of planning skills. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 1075-1090.
- Butler, R. y Gasson, S. (2005). Self Esteem/Self Concept Scales for Children and Adolescents: A Review. *Child and Adolescent Mental Health*, 10(4):190-201.
- Cade, B., y O'Hanlon, W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós.
- Clara, M., & Marmolejo, A. (2016). Observadores: un rol determinante en el acoso escolar. *Pensamiento psicológico*, 14(1), 89-102. doi:10.11144
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médica-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Daki, J., & Savage, R. S. (2010). Solution-focused brief therapy: Impacts on academic and emotional difficulties. *The Journal of Educational Research*, 103, 309-326.
- Díaz-Atienza, F., Prados Cuesta, M., Ruiz Veguilla, M. (2004). Relación entre las Conductas de Intimidación, depresión e ideación Suicida en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1), 10-19.

- Estrada, B., Beyebach, M., y Herrero de Vega, M. (2006). El estatus científico de la terapia centrada en las soluciones: una revisión de los estudios de resultados. *Mosaico*, 36, 33-41.
- Fearrington, J. Y., McCallum, R. S., & Skinner, C. H. (2011). Increasing math assignment completion using solution-focused brief counseling. *Education and Treatment of Children*, 34, 61-80.
- Fickova, E. (1999). Personality dimensions and self-esteem indicators relationships. *Studia Psychologica*. 41, 323-328.
- Franklin, C., Biever, J., Moore, K., Clemons, D., & Scamardo, M. (2001). The effectiveness of solution-focused therapy with children in a school setting. *Research on Social Work Practice*, 11, 411-434.
- Garaigordobil, M., Cruz, S., y Pérez, J.I. (2003). Análisis correlacional y predictivo del autoconcepto con otros factores conductuales, cognitivos y emocionales de la personalidad durante la adolescencia. *Estudios de Psicología*, 24(1), 113-134. doi: 10.1174/021093903321329102.
- Garaigordobil, M., Durá, A., y Pérez, J.I. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y autoconcepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 53-63. doi: 10.6018/analesps.30.1.165371.
- Garaigordobil, M. (2011). Prevalencia y consecuencias del cyberbullying: una revisión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(2), 233-254.
- Garaigordobil, M., Martínez-Valderrey, V., & Aliri, J. (2013). Autoestima, empatía y conducta agresiva en adolescentes víctimas de bullying presencial. *European*

Journal of investigation in health, psychology and education, 3(1), 29-40. doi:
10.1989/ejihpe.v3i1.21

George, E., Iveson, C., Ratner, H. (1990). *Problem to solution*. London: Brief Therapy Press.

Hewitt, N. y Gantiva, C. (2009). La Terapia Breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 27 (1), 162-176. Recuperado de:
<http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/viewFile/10/18>

Horowitz, L. M., Wang, P. S., Koocher, G. P., Burr, B. H., Smith, M. F., Klavon, S., & Cleary, P. D. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*, 107(5), 1133-1137.

Knekt, P. y Lindfors, O. (2004). A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders: design, methods and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. *Studies in social security and health*, 77, The Social Insurance Institution: Helsinki.

Kosic, A. (2006). Personality and individual factors in acculturation. En Sam, D.L. y Berry, J.W. *Acculturation*, 113-128. New York: Cambridge University Press.

Lee, S. y Oshlag, J. (2007). *Terapia Centrada en Soluciones con Clientes Obligados*. Hipnópolis. Órgano no oficial de la asociación de institutos y centros Milton H. Erickson de América Latina Año 5, 1, Nueva Era, marzo de 2007.

León, B. (2009). Salud mental en las aulas. *Revista de estudios de juventud*, 84, 66-83.

- Morán-Sánchez, C. (2006). Intervención cognitivo-conductual en el acoso escolar: un caso clínico de bullying. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 2, 51-56.
- Newbegin, I., y Owens, A. (1996). Self-esteem and anxiety in secondary school achievement. *Journal of Social Behavior and Personality*, 11, 521-530.
- O'Hanlon, W. (1989). *Raíces Profundas. Principios básicos de la terapia y de la Hipnosis de Milton H. Erickson*. Paidós: Buenos Aires.
- Olweus, D. (1991). Bully/victim problems among schoolchildren: Basic facts and effects of a school-based intervention program. En D. Pepler y K. Rubin (Eds.): *The development and treatment of childhood aggression* (pp.411-448). Hillsdale, NJ: LEA.
- Ortega, R. (1994). Violencia interpersonal en los centros educativos de enseñanza secundaria. Un estudio sobre el maltrato e intimidación entre compañeros. *Revista de Educación*, 304, 253-280.
- Orth, U., Robins, R. W. y Roberts, B. W. (2008). Low Self-Esteem Prospectively Predicts Depression in Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 695-708. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.95.3.695>
- Perren, S. y Alsaker, F.D. (2006). Social Behaviour and Peer Relationships of Victims, Bullyvictims, and Bullies in Kindergarten. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 47, 45-57.
- Rigby, K. (2003). Consequences of Bullying in schools. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 583-590.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Sánchez, V., Ortega, R., & Menesini, E. (2012). La competencia emocional de agresores y víctimas de bullying. *Anales de psicología*, 28(1), 71-82.
- Simkin, H., Azzollini, S., & Voloschin, C. (2014). Autoestima y Problemáticas Psicosociales en la Infancia, Adolescencia y Juventud. *PSOCIAL*, 1(1), 59-96.
- Serrano, A., Iborra, I. Informe “Violencia entre compañeros en la escuela” Madrid: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia; 2005. Serie de documentos: 9.
- Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1994). *Cuestionario de ansiedad estado rasgo*. *Publicaciones de Psicología Aplicada*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Sundstrom, S. M. (1993). Single-session psychotherapy for depression: Is it better to focus on problems or solutions? Iowa State University, Ames IA.
- Téllez, A. (2007). *Hipnosis Clínica: Un punto de vista ericksoniano*. México: Trillas.
- Venegas Chalen, L. (2009). Terapia breve basada en soluciones (TBS)
<http://www.psicologosperu.com/>
- Vives, M. (2005). *Tests proyectivos. Aplicación al diagnóstico y tratamientos clínicos*. Barcelona: Edicions Universitat de Barcelona.
- Yang, D. (2002). Depression, anxiety, and self-concept of middle school students. *Chinese Mental Health Journal*, 16, 633-635.
- Zwierzynska, K., Wolke, D., & Lereya, T. S. (2013). Peer victimization in childhood and internalizing problems in adolescence: A prospective longitudinal study.

Apéndices:

(Anexo 1 /*Consentimiento informado*)

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN CLÍNICA PARA

MENORES ADOLESCENTES

D/D^a.: _____ con DNI/Pasaporte
nº, _____

-en su nombre

- en representación de D/D^a _____ en
calidad

de _____

MANIFIESTA QUE:

Ha recibido toda la información necesaria de forma confidencial, clara,

comprensible y satisfactoria sobre la naturaleza y propósito de los objetivos,

procedimientos, temporalidad y honorarios que se seguirán a lo largo del proceso a

seguir, aplicándose los artículos referidos a las normas de confidencialidad

establecidas en el Código Deontológico de los/as Psicólogos/as.

Por otra parte y para un mejor resultado de la evaluación/tratamiento psicológico,

el/la psicólogo/a guardará confidencialidad de los datos obtenidos del menor,

salvo en el caso de existir un riesgo para su salud o la de terceros.²⁸

Por lo que AUTORIZO D/D^a

_____ a

realizar la citada intervención profesional

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma: Firma:

D/D^a _____ D/D^a _____

Psicólogo/a Col. N° AO- _____

(Anexo 2/ *Escala de autoestima de Rosenberg*)

La autoestima es el reflejo de la relación entre la autoimagen real y la autoimagen ideal.

Este test tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que tienes de ti mismo.

Por favor, contesta las siguientes frases con la respuesta que consideres más apropiada.

Respuestas:

A = Muy de acuerdo

B = De acuerdo

C = En desacuerdo

D = Muy en desacuerdo

| Nº Preguntas | A | B | C | D |
|---|---|---|---|---|
| 1 Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás | | | | |
| 2 Me inclino a pensar que, en conjunto soy un fracasado | | | | |
| 3 Creo que tengo varias cualidades buenas | | | | |
| 4 Puedo hacer cosas tan bien como la mayoría de la gente | | | | |
| 5 Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgulloso de mí | | | | |
| 6 Tengo una actitud positiva hacia mí mismo | | | | |
| 7 En general estoy satisfecho de mí mismo | | | | |
| 8 Desearía valorarme más | | | | |
| 9 A veces me siento verdaderamente inútil | | | | |
| 10 A veces pienso que no sirvo para nada | | | | |

(Anexo 3/ *Inventario de depresión de Beck*)

Inventario de Depresión de Beck.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor,

lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de

cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana,

incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una

afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de

leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección,

(se puntuará 0-1-2-3).

1) .

No me siento triste

Me siento triste.

Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.

Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.

Me siento desanimado respecto al futuro.

Siento que no tengo que esperar nada.

Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no
mejorarán.

3) .

No me siento fracasado.

Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.

Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

Las cosas me satisfacen tanto como antes.

No disfruto de las cosas tanto como antes.

Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.

Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

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

6) .

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

7) .

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

8) .

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

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.

A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.

Desearía suicidarme.

Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

No lloro más de lo que solía llorar.

Ahora lloro más que antes.

Lloro continuamente.

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

11) .

No estoy más irritado de lo normal en mí.

Me molesto o irrito más fácilmente que antes.

Me siento irritado continuamente.

No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

No he perdido el interés por los demás.

Estoy menos interesado en los demás que antes.

He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.

He perdido todo el interés por los demás.

13) .

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14) .

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

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

Creo que tengo un aspecto horrible.

15) .

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16) .

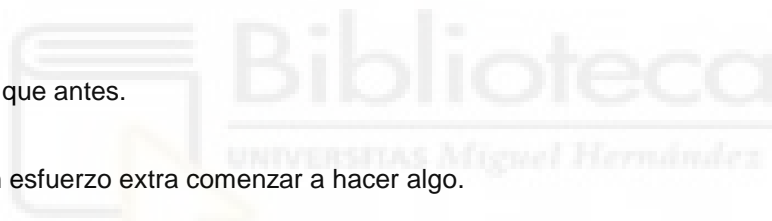
Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17) .



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

18) .

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19) .

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

20) .

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

de pensar en cualquier cosa.

21) .

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

(Anexo 4/ *Inventario de ansiedad estado rasgo*)

INVENTARIO DE ANSIEDAD ESTADO-RASGO

(State-Trait Anxiety Inventory, STAI)

ANSIEDAD-ESTADO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

| | <u>Nada</u> | <u>Algo</u> | <u>Bas-</u> <u>tante</u> | <u>Mu-</u> <u>cho</u> |
|---|-------------|-------------|-----------------------------|--------------------------|
| 1. Me siento calmado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. Estoy contrariado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. Me siento descansado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 12. Me siento nervioso | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 13. Me siento desasosegado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy “atado” (como oprimido) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |

ANSIEDAD-RASGO

Instrucciones: A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa como se siente usted generalmente.

| | <u>Casi nunca</u> | <u>A veces</u> | <u>A me- nudo</u> | <u>Casi siempre</u> |
|--|-----------------------|----------------|-----------------------|-------------------------|
| 21. Me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Me canso rápidamente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Siento ganas de llorar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Me gustaría ser tan feliz como otros | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Me siento descansado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Soy una persona tranquila | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Soy feliz | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Me falta confianza en mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Me siento seguro | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 34. No suelo afrontar las crisis o dificultades | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Me siento triste (melancólico) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Estoy satisfecho | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Soy una persona estable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales me pongo tenso y agitado | 0 | 1 | 2 | 3 |

(Anexo 5/ Cuestionario de riesgo suicida)

Spanish version of the Risk of Suicide Questionnaire (RSQ)

Por favor contesta cada una de las siguientes preguntas, marcando con una cruz (tachando) el punto en la línea que corresponda a tu respuesta.

Por ejemplo:

¿En la semana pasada te has sentido más triste que de costumbre?

No Más o menos Sí

Esta sería tu respuesta si te sintieras más o menos más triste que de costumbre o si estuvieras más o menos de acuerdo con la pregunta

1. ¿Tú estás aquí porque has tratado de hacerte daño a ti mismo?

No Más o menos Sí

2. ¿Esto fue un intento para matarte a ti mismo?

No Más o menos Sí

3. ¿Utilizaste alcohol o drogas (durante el intento)?

No Más o menos Sí

4. La semana pasada ¿tuviste un pensamiento acerca de dañarte a ti mismo?

No Más o menos Sí

5. La semana pasada ¿tuviste un pensamiento de matarte a ti mismo?

No Más o menos Sí

6. ¿En este momento tienes pensamientos de hacerte daño a ti mismo?

No Más o menos Sí

7. ¿Piensas que necesitas ayuda para cuidarte a ti mismo?

No Más o menos Sí

8. ¿Siempre has tratado de hacerte daño, como lo estás haciendo ahora?

No Más o menos Sí

9. En el pasado, ¿consideraste seriamente matarte a ti mismo?

No Más o menos Sí

10. ¿Recibiste tratamiento médico como resultado de cualquier intento de hacerte daño o matarte a ti mismo?

No Más o menos Sí

11. ¿Alguien cercano a ti ha muerto recientemente?

No Más o menos Sí

12. ¿Conoces a alguien que se haya matado a sí mismo?

No Más o menos Sí

13. En las últimas semanas ¿tuviste un pensamiento acerca de hacerte daño a ti mismo?

No Más o menos Sí

14. ¿Consumes alcohol o drogas?

No Más o menos Sí

(Anexos sesiones)

Sesión 1 “En busca de una solución”

(Anexo 6)

Objetivos:

- Evaluar a partir de los instrumentos a aplicar (fase pretest)
- Obtener información acerca de las expectativas de la intervención, su demanda u objetivo.
- Acordar un compromiso.
- Establecer alianza terapéutica.
- Informar acerca de la autoestima.
- Motivar para el cambio.
- Pautar las tareas para casa.

Pase de instrumentos de evaluación (para medir, ansiedad, depresión y autoestima), consentimiento informado y primera entrevista (fase pretest)

Definición del contexto y fase social.

1. Acogida y recepción.
2. Expectativas: conocer las expectativas que el adolescente tiene al realizar la intervención.
3. Contextualización de la intervención: dar a conocer el sentido al realizar la entrevista, duración de la intervención y de las sesiones que integra, periodicidad, con qué objetivo se trabajará.

4. Acordar un compromiso con el adolescente (por escrito) mediante el cual se comprometa a acudir a las sesiones de forma puntual, realizar las tareas para casa que se consideren en cada sesión.

5. Fase social: (alianza terapéutica) se realiza una entrevista semiestructurada con la función de saber acerca del adolescente, principalmente con qué recursos cuenta, el clima del sistema familiar y extrafamiliar, cuáles son sus metas, etc. El cierre de la entrevista se realiza clarificando los objetivos que considera el adolescente, así como las tareas que el terapeuta crea que debe realizar para alcanzar tales objetivos.

6. Fase psicoeducativa: se trata el constructo de la autoestima y se explica la función de las tareas que se realizarán en cada una de las sesiones.

La finalidad es que sepa acerca de la autoestima y queden claro aquellos aspectos que se irán trabajando.

7. Escala de avance: se incluye la actividad de forma que el adolescente puntúa su autoestima en una escala del 1 al 10, donde 1 implica que tienen la autoestima muy baja y 10 que tiene la autoestima tan alta como la quisiera tener. Al puntuar será consciente del punto en que se encuentra al inicio de la sesión.

Tarea para casa

Se pauta una tarea para casa "La carta de despedida". Estas tareas suelen ser "una forma de intervención estratégica que cumple diversas finalidades. En general, la tarea se asigna *para promover el cambio*, esto es, para activar nuevas pautas de transacción.

La carta de despedida

“Escribe una carta de despedida a los pensamientos que han hecho que te infravalores, agradece la forma en que te han servido, a continuación, escribe los motivos por los que quieres prescindir de todos esos pensamientos”

El objetivo de emplear esta tarea es motivar al adolescente para el cambio, y está indicada en todos aquellos casos en que la persona se halla en la situación ambivalente, en fase contemplativa, porque, por un lado desea superar su problema, pero por otro teme las consecuencias negativas de enfrentarse a él.

También se le pauta el realizar la tarea de fórmula de primera sesión *“de aquí a la próxima sesión, debes ser consciente de qué cosas se dan que hace que tu autoestima aumente y te gustaría que continuaran sucediendo”*.

Esta tarea ayuda al adolescente a identificar recursos y fortalezas. También es una buena opción para aquellos casos en que, a pesar de que sí se hayan identificado excepciones y/o objetivos, el adolescente parece un tanto ambivalente respecto del cambio. En este sentido, la tarea es una forma de «ir despacio» y respetar aquellas cosas positivas que (aún) no desea cambiar.

Sesión 2 “Pensar en positivo”

(Anexo 7)

Objetivos:

- Trabajar con excepciones, ocasiones en las que se espera que aparezca el problema y éste no se da (elicitar, marcar ampliar, atribuir control, seguir)
- Identificar cualquier avance hasta la consecución de objetivos.
- Empoderar.

-Distinguir las mejorías que aparecen una vez iniciada la terapia que llamaremos “avances o cambios terapéuticos”.

-Promover cogniciones positivas (mediante la tarea para casa)

-Recuperar la confianza en sí mismo.

Antes de empezar se revisa la tarea para casa que se pautó en la anterior sesión, y se pregunta acerca de la valoración en el punto de la escala de avance.

En esta sesión, trabajaremos con “excepciones” definiéndose como aquellas ocasiones en las que se espera que aparezca el problema y éste no se da, o cualquier avance hasta la consecución de objetivos, en ella se distinguen las mejorías que aparecen una vez iniciada la terapia que llamaremos “avances o cambios terapéuticos”.

Podemos distinguir varios pasos en las excepciones:

1. Elicitar: se trata de motivar al adolescente para que hable de esas “excepciones” aun por pequeñas que sean o insignificantes que sean en las que las cosas van bien o menos mal. Él informará de estos avances abiertamente.

“Me gustaría que me dijeras que ocurre cuando no se presenta el problema, ¿Qué cosas distintas estás haciendo?”

2. Marcar: identificada la excepción, se llama la atención del adolescente sobre éstas. El terapeuta hace notar esa diferencia.

“¿Qué tendría que suceder para que esto siga ocurriendo?”

3. Ampliar: encontrada y resaltada la excepción, el trabajo del terapeuta consiste en hablar de ella el máximo tiempo posible. En construir y reconstruir la historia muy bien detallada. *“¿Cómo se te ocurrió tal idea?”*

4. **Atribuir Control:** consiste en ayudar a que tenga control sobre la excepción, esto es, que llegue a saber lo que hizo para que la excepción tuviera lugar. Fortalece los recursos y le permite aumentar la frecuencia en que se da la excepción. Aquí en términos más cognitivos diríamos que habremos promovido un locus de control más interno.

“¿Qué podrías hacer para que esto se presentara con más frecuencia?”

“¿Qué te dijiste a ti mismo para dar un paso tan importante?”

5. **Seguir:** cuando el terapeuta ha identificado la excepción, la ha marcado y ha ayudado al adolescente a atribuirse el control interno, el siguiente paso a seguir en el trabajo con las excepciones que consiste en volver a elicitar otra nueva excepción.

La pregunta más utilizada para seguir trabajando las excepciones es tan simple como

“¿Qué más?”

“¿Qué más está yendo mejor?”

“¿En qué otras ocasiones ha ocurrido un milagro?”

Una vez identificadas otras excepciones se deberá marcar, ampliar y atribuir control, así sucesivamente hasta que el adolescente informe de que no hay nada más que haya ido bien.

Tarea para casa

Se pauta una tarea para casa con el objetivo de promover cogniciones positivas, de cara a sus pensamientos disfuncionales que provocan una baja autoestima

“Las tres preguntas para una vida feliz”

Descripción:

Se pide al adolescente que todos los días, antes de acostarse, se plantee tres preguntas:

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

Indicaciones:

La finalidad de la tarea es que sea capaz de imaginar qué le gustaría hacer en el futuro. Que se centre en las pequeñas cosas con aspecto positivo que se dan en el transcurrir de un día, y de esta forma aumente su autoestima al recibir ese feedback al considerar las tres preguntas. Que sea consciente de qué conductas realiza que le llevan a sentirse satisfecho y aumente su motivación hacia el cambio.

Sesión 3 “Proyectando al futuro”

(Anexo 8)

Objetivos:

- Trabajar el pensamiento divergente.
- Facilitar el paso a la acción del adolescente (mediante la pregunta milagro).
- Liberar emociones, sentimientos e ideas no resueltos, mensajes negativos internalizados, esperanzas internalizadas, su propio punto de vista (mediante la tarea para casa)
- Ser consciente de sus cualidades y recursos.
- Reelaborar la experiencia traumática.

-Externalizar la parte problemática de la situación, baja autoestima, desconfianza, autoexigencia

-Confrontar al abusador de forma simbólica (mediante la tarea para casa, técnica narrativa)

Simular el milagro (Un punto más en la escala)

Antes de empezar con la sesión se revisa la tarea para casa que se pautó en la anterior sesión, y se pregunta acerca de la valoración en el punto de la escala de avance.

Descripción.

Pedimos a la persona que simule un “milagro”, de esta forma, que en la sesión se imagine un “milagro” que resuelve por arte de magia todos los problemas que la traen a terapia, y que luego en casa actúe dos días por semana como si éste se hubiese producido realmente para después fijarse en qué efecto tiene. Si la mejoría deseada para el futuro consistiera en estar en un punto más arriba en la escala de avance (o cualquier objetivo intermedio), se le propondría dos días por semana que se halla ya en esa puntuación.

“Imagínate que esta noche, después de ir a dormir, sucede una especie de milagro y los problemas de los que me hablabas se resuelven, no como en la vida real, poco a poco y sin esfuerzo, sino de repente. Mañana por la mañana ¿qué sería diferente?”

“¿Qué persona se dará cuenta de que ha sucedido el milagro?”

“¿Qué cosas harás para que se dé cuenta?”

“Y al darse cuenta esa persona, ¿a ti cómo te afectará?”

“¿Qué efectos tuvo para ti a lo largo del día el suceso del milagro?”

Indicaciones.

Sirve para facilitar el paso a la acción del adolescente. Pedirle que solamente “simule” es más fácil que pedirle que directamente “haga”. De todos modos, esta tarea sólo tiene sentido, si durante la sesión se ha descrito de forma concreto y conductual en qué consistiría ese futuro mejor, sea el milagro, un punto más en la escala o simplemente cualquier descripción de cómo le gustaría que fueran las cosas.

Se realiza una dinámica “listado de elogios” donde escribe una lista de elogios que ha recibido durante su vida, por parte de familiares, compañeros de clase, amigos, independientemente de que crean o no en ellos. Tras ello debe puntuarlos en una escala del 1 al 10, donde uno es que no se creen nada ese elogio y 10 es que se lo creen completamente. Se trabaja acerca de preguntas tipo: *“Si creyeres un punto más en la escala los elogios escritos, ¿qué cosas harías, pensarías y sentirías diferente?”*

Siguiendo con la dinámica de elogios realizada durante esta cuarta sesión, se le pide al adolescente que al menos una vez al día, debe escribir un elogio sobre sí mismo. El fin de esta tarea es que sea capaz de profundizar en lo importante de elogiarse y valorarse a sí mismo.

Tarea para casa “Cartas curativas”

Descripción:

Proponemos al/a la cliente que escriba cuatro cartas dirigidas a la persona que la maltrató o abusó de ella.

Carta 1. Libera sentimientos e ideas no resueltos.

«Cuéntale en esta carta todo lo que él/ella te hizo y los efectos que sus acciones o palabras han tenido sobre ti y tu vida. En tercer lugar, indícale qué reparación quieres.»

Carta 2. Libera mensajes negativos internalizados.

«Escribe esta segunda carta como si lo hiciese la persona que abusó de ti. Es la respuesta más temida a la carta número 1: qué es lo que más temes que esta persona te responda a la primera carta.»

Carta 3. Libera las esperanzas internalizadas.

«Escribe otra respuesta imaginaria de la persona que abusó de ti. A diferencia de la carta anterior, ésta contiene la respuesta más deseada, todo aquello que te gustaría que respondiese a la primera carta: expresa su disposición a asumir la responsabilidad por lo que te hizo, sus remordimientos, etcétera.»

Carta 4. Libera tu propio punto de vista.

«Escribe otra carta a la persona que abusó de ti en respuesta a la carta número 3 contándole los cambios o el efecto que su respuesta ha provocado en ti. Aprovecha esta carta para escribir cualquier cosa que te quedara por decir en la carta número 1 o las ideas que se te hayan ocurrido desde entonces».

Se indica a la persona que estas cartas no van a ser enviadas nunca al destinatario.

Indicaciones:

Esta tarea sirve para confrontar al abusador de forma simbólica o como preparación a una forma de revelar el acoso sufrido. Al narrar el hecho externalizará la raíz de su problema, pues según él, su autoestima se ve afectada por la situación tan traumática.

Sesión 4 “Tú decides los pasos y hacia dónde ir” (Escalas)

(Anexo 9)

Objetivos:

- Identificar avances en la intervención.
- Atribuir control interno.
- Obtener feedback sobre el progreso de la terapia.
- Evaluar posibilidad de riesgos.
- Aumentar la autoestima.
- Conocer las conductas de afrontamiento realizadas para la consecución del objetivo.
- Saber qué tipos de objetivos le gustaría alcanzar (entrevista apreciativa)

Antes de empezar con la sesión se revisa la tarea para casa que se pautó en la anterior sesión, y se pregunta acerca de la valoración en el punto de la escala de avance.

Se vuelve a introducir la escala de avance en tres formas:

1 “En una escala de 1 a 10, donde 1 sería cuando peor han estado las cosas, y 10 que están del todo solucionadas, ¿dónde dirías que estás ahora?”

2 “En una escala de 1 a 10, donde 10 sería el Milagro del que hablamos en al anterior sesión, imagina que has logrado el objetivo, que ya no es necesario venir y 1 todo lo contrario”...

3 “En una escala de 1 a 10, donde 10 sería que ya no es necesario venir y 1 lo contrario”...

Entre las ventajas de utilizar la escala de avance está que sirve como herramienta para generar más conversación sobre soluciones: avances ya producidos, pasos siguientes, etc. Ofrece feedback para el terapeuta sobre el progreso de la terapia y posibilidad de evaluación y riesgo.

Escalas de reducción de problemas: “En una escala de 0 a 10, donde 10 es que la ansiedad/la culpa/el miedo son totalmente insoportables, y 0 es que no sientes ninguna, ¿dónde te situarías ahora?”

Se introducen las llamadas “*preguntas de afrontamiento*” para ampliar el repertorio de conductas de cara a la consecución del objetivo y continuar con la atribución de control.

¿Qué cosas sigues haciendo por ti/por tu madre/por tus amigos, pese a estas circunstancias tan complicadas?

¿A qué cosas no has renunciado, pese a....?

¿Qué cosas de tu familia has conseguido conservar?

¿Qué cosas me dirían tus amigos que sigues haciendo por ellos?

¿Qué cosas sigues haciendo bien?

¿En qué notas que no has perdido la esperanza, pese a todo?

¿Cómo estás consiguiendo sobrellevar esa situación tan complicada?

¿Cómo es que aún tienes fuerzas para seguir atendiendo a tu madre /estudiando / viniendo aquí?

¿Qué estás haciendo para sobrellevar todo eso?

¿Qué/quienes te están ayudando a seguir adelante?

¿Qué (cosas del día a día) te están ayudando a seguir adelante?

¿Cómo es que no has tirado la toalla?

¿Qué cosas te siguen dando esperanza?

¿Qué estás haciendo para protegerte de ese compañero?

¿Qué cosas estás haciendo que implican cuidarte?

¿Cómo recargas las pilas?

¿Cómo pudiste hacerlo?

¿Cómo se te ocurrió?

¿Cómo supiste que era lo mejor que podías hacer?

¿Qué te hizo darte cuenta de que esa era la mejor decisión que podías tomar? ¿De dónde sacaste el valor para...?

¿En qué más acertaste?

Nos centramos en sus competencias, al recoger la información tras la entrevista, subrayar las posibilidades peores, los escenarios alternativos más desastrosos, destacar las acciones positivas que evitó, las decisiones positivas.

Considerar las Ideas positivas y fomentar la generación de significados nuevos: *¿qué te hace pensar eso (sobre ti mismo)?, ¿te sorprendió descubrir que eras capaz de...?*

Por otra parte se realizan preguntas acerca de la posibilidad de no seguir adelante con el objetivo o finalizar la intervención, retroceder, dar un paso atrás.

¿Te has planteado tirar la toalla?, ¿te has planteado dejar el instituto?, ¿cómo es que no...?

Tarea para casa

Se pauta una tarea para casa a partir de la entrevista apreciativa, mediante la cual será consciente de cuál fue su último logro, sobre la descripción de este, con el apoyo de preguntas del tipo:

“Quiero que pienses en un logro, éxito que conseguiste, tómate un tiempo e imáginalo y cuando lo tengas quiero que respondas a las siguientes preguntas:

-¿Cómo fue?, ¿qué pasó? ¿cómo te sentiste cuando sucedió? ¿y durante?

-¿Qué dos cualidades crees que pusiste en marcha para conseguirlo? ¿alguna más?

-¿Cuál fue la cualidad más importante?

-¿Cuál fue la historia de esa cualidad?

-¿Cuándo te diste cuenta que tenías esa cualidad?

-¿Quién fue la primera persona en darse cuenta de que tenías esa cualidad?

-Si esa cualidad continua desarrollándose ¿cuál va a ser tu próximo logro? ¿cómo será? ¿qué pondrás de tu parte? ¿quién se dará cuenta?”

Sesión 5 “Y de un grano de arena un castillo”

(Anexo 10)

Objetivos:

-Elogiar al adolescente.

-Devolver aspectos positivos.

-Prevenir posibles recaídas.

-Manejar situaciones de riesgo.

-Valorar la intervención.

Elogios y prevención de recaídas

Antes de empezar con la sesión se revisa la tarea para casa que se pautó en la anterior sesión, y se pregunta acerca de la valoración en el punto de la escala de avance.

Se realiza una dinámica que consiste en elaborar una pócima para manejar la baja autoestima, donde se realiza un listado con los recursos, herramientas que tiene para manejar la baja autoestima. De esta forma identificará sus recursos personales y los pondrá en práctica en función de su necesidad.

Se trabaja el que sea capaz de reconocer las diversas situaciones de peligro, en qué consisten, la forma en que advertir las primeras *señales ¿Cuáles suponen mayor peligro? ¿más probables?*

Se discute y ensaya la respuesta ante los “escenarios peores” y *cómo le gustaría reaccionar, qué le ayudaría a reaccionar así, ¿qué más cosas?*

Se evalúa la posible eficacia de la “pócima” que ha construido para afrontar las situaciones de riesgo, 100% seguro que funciona, 0% lo contrario, 100% que va a hacerlo, 0% funcionaría pero no lo hará.

Mediante esta última entrevista, se consolidan los cambios se amplían y se marcan las diferencias desde la primera sesión, se atribuye control al adolescente.

Se crea una estructura: un plan de actividades positivas a lo largo del día, donde se trata de reconocer las diversas señales y situaciones de peligro, se discute y ensaya la respuesta ante situaciones de riesgo, mediante un role playing. Se enfatiza en la red familiar y social como factor de protección.

Se habla de las recaídas en la línea de que son algo esperable en unos casos más que en otros, son oportunidades de aprendizaje, conciernen no solo a él, también a toda la familia y su red social.

Se realiza una deconstrucción de recaídas, consiste en pedir al adolescente que vuelva a actuar de la forma ineficaz (*soluciones intentadas*), para comprobar cómo reaparece el problema, y después volver a hacer lo que funciona.

Se atiende a las mejorías previas a la recaída, ¿por qué no peor?, ¿por qué no más larga?, ¿por qué no antes? Se trabaja con las alternativas hipotéticas, aprendizajes durante la intervención, la ampliación en nuevos repertorios de conductas, pensamientos alternativos, emociones derivadas al aumentar la autoestima.

Para concluir con la sesión se le pide que realice una valoración de la intervención considerando las tres vertientes, pensamiento, conducta y emoción, que indique y valore las diferencias tras las sesiones y aquellos aspectos a mejorar que considere.

Sesión 6 “Las medidas de un sastre”

(Anexo 11)

Objetivos:

- Realizar fase posttest
- Explicar el seguimiento de la intervención

Evaluación posttest

Se inicia la sesión con *la escala de avance* para obtener información del punto en que se encuentra en comparación al que se situó en la sesión quinta.

Se pasan de nuevo los instrumentos de evaluación utilizados en la sesión primera, a fin de comparar la efectividad de la intervención y conocer si se cumplió nuestra hipótesis de partida con respecto a la relación negativa entre autoestima y las variables depresión y ansiedad.

Se informa del periodo de seguimiento tras la aplicación de la intervención, de esta forma podemos evaluar la eficacia, fijado este a los tres, seis, nueve y doce meses donde se le volverá a pasar los instrumentos. Por otra parte se le facilita que ante cualquier duda, o situación conflictiva, se ponga en contacto conmigo por teléfono. Además, se decide incluir a la madre y tutora académica en el seguimiento para ver su evolución en los contextos familiar y escolar, realizándose entrevistas con ambas.

