

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Técnica del Focusing en síntomas de depresión, ansiedad y
pesadillas de la Conducta Suicida:
Ideación y Conducta Suicida en Adolescentes**

María José Cazco Hidalgo

Psicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de
Psicóloga Clínica

Quito, 15 de diciembre de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Técnica del Focusing en síntomas de depresión, ansiedad y pesadillas de la
Conducta Suicida:
Ideación y Conducta Suicida en Adolescentes**

María José Cazco Hidalgo

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Sonja Embree , PhD

Firma del profesor

Quito, 15 de diciembre de 2015

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante:



Nombres y apellidos:

María José Cazco Hidalgo

Código:

00104087

Cédula de Identidad:

1721601464

Lugar y fecha:

Quito, diciembre de 2015

RESUMEN

La tasa de suicidio a nivel mundial es alarmante, la OMS en el 2013 mostró que el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes entre los 15 a 29 años de edad. En nuestro país también se ha visto que la tasa ha ido aumentando. El presente estudio tiene como propósito el emplear una nueva técnica llamada *Focusing* en la intervención de síntomas sobre ansiedad, depresión y pesadillas, hasta un grado moderado, que presenta la conducta suicida. La intervención con la técnica de *Focusing* es poder escuchar lo que nuestro cuerpo nos dice, sentir de una manera más íntima las emociones que abordan a la persona y así modificar todos los aspectos que están siendo un malestar notorio.

De igual manera, la investigación abordará con un enfoque diferente a lo que se refiere el suicidio, no se habla de una patología, más bien procesos que el individuo va realizando y que muchas veces necesita una guía y así se da a los participantes un enfoque más positivo.

Los resultados obtenidos por un t test de una muestra de 8 participantes, exponen un cambio significativo en los participantes.

Concluyendo que la técnica del *Focusing* ha tenido un cambio significativo en los participantes y que podría usarse como un apoyo en la intervención de ideación y conducta suicida en adolescentes.

Palabras clave: focusing, suicidio, self, anti self, desesperanza.

ABSTRACT

The suicide rate is alarmingly worldwide, WHO in 2013 showed that suicide is the second leading cause of death in adolescents aged 15-29 years old. In our country has also been seen that the rate has been increasing. The present study aims to use a new technique called Focusing on symptoms of anxiety, depression and nightmares to a moderate degree presenting suicidal behavior. The intervention with Focusing technique is to listen to what our body tells us, feel the emotions dealing with the person in a more intimate way and thus modify all aspects which are still noticeable discomfort. Similarly, the research will address with a different approach to what suicide is apprehensive, there is no talk of a pathology, rather are processes that the person is performing and often need guidance, and so the participants are given a positive approach. The results obtained by a t test of a sample of 8 participants, exhibiting a significant change in the contestants.

Concluding that the technique of Focusing has had a significant change in the participants and it could be used as a support in the intervention of ideation and suicidal behavior in adolescents.

Key words: focusing, suicide, self, anti self, hopelessness

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
ANTECEDENTES.....	7
<i>Suicidio</i>	7
<i>La Técnica del Focusing</i>	8
HIPÓTESIS.....	9
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	9
DESARROLLO DEL TEMA.....	10
LA CONDUCTA E IDEACIÓN SUICIDA.....	10
<i>Definición</i>	10
<i>Factores de riesgo</i>	10
<i>Neurobiología del suicidio</i>	11
<i>Un enfoque diferente</i>	11
RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA CONDUCTA E IDEACIÓN SUICIDA.....	12
<i>Depresión y suicidio</i>	12
<i>Ansiedad y suicidio</i>	13
RELACIÓN ENTRE EL INSOMNIO Y LAS PESADILLAS EN LA CONDUCTA E IDEACIÓN SUICIDA.....	14
TÉCNICA DE FOCUSING EN INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA	15
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	16
PARTICIPANTES	16
RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES	16
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	17
ANÁLISIS DE DATOS	19
ÉTICA.....	19
RESULTADOS ANTICIPADOS	21
DISCUSIÓN.....	22
LIMITACIONES	24
FUTURAS INVESTIGACIONES	25
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	26
ANEXO A: ANUNCIO	29
<i>Email petición a decana</i>	29
<i>Póster publicitario</i>	30
ANEXO B: ÉTICA.....	31
<i>Solicitud Para Aprobación De Un Estudio De Investigación</i>	31
<i>Formulario Consentimiento Informado</i>	36
ANEXO B: HERRAMIENTAS	38
<i>Escala de Ansiedad de Hamilton</i>	38
<i>Escala de Depresión de Hamilton</i>	38
<i>Escala de Desesperanza de Beck</i>	39

INTRODUCCIÓN

La conducta suicida se la define como el acto intencionado de quitarse la vida, se ha tratado por medio de diferentes ideologías dependiendo del enfoque disciplinario con el que se lo aborde (Morfin & Ibarra, 2015), por ejemplo la filosofía lo ve como una afirmación de la propia liberación humana, para la sociología se convierte en un hecho nacional y para los psiquiatras es una preocupación concreta y cotidiana (Moron, 1992). Pero sin duda se ha convertido en un problema a nivel mundial, podemos ver en los últimos años la tasa de mortalidad por causa de suicidio ha incrementado drásticamente.

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], (2015) muestra que cada año se suicidan más de 800 000 personas, siendo la segunda causa de muerte en adolescentes entre 15 a 29 años de edad. En el 2012 se emitió 804 000 suicidios a nivel global en una población de 1000 000 y de estos casos el 15.0% fue hombres y el 8.0% de mujeres y el 75% de los suicidios se dan en países de ingresos bajos y medianos. En un ranking de 178 países Guyana se encuentra en primer lugar con la mayor tasa de suicidio (44,2) y en último lugar República Árabe Siria (0,4). Ecuador se encuentra en el puesto 80 con una tasa de suicidio de (9,2) (World Health Organization, 2015). Por esta razón podemos ver que el suicidio no es un tema de una población específica, es una preocupación a nivel mundial que necesita ser asistida lo más pronto posible.

Antecedentes

Suicidio.

El suicidio en un principio fue abordado por la religión y la filosofía. Tuvo gran influencia especialmente en Europa por la religión católica, ya que el acto suicida era considerado como un pecado y la familia no podía realizar los rituales tradicionales en el funeral. Por otra parte, grandes filósofos como Platón, Sócrates y Aristóteles estudiaron el

suicidio como un argumento social y existencial (Quintanar, 2007). Luego la psiquiatría, con su precursor Esquirol, consideró al suicidio como una enfermedad mental que debía ser abordada desde una perspectiva clínica (Moron, 1992). Sin embargo, Durkheim (2012) trae un enfoque diferente, el suicidio está determinado por una serie de factores y que no son siempre necesariamente clínicos. Así fue el primero en implementar el factor social (Quintanar, 2007) y una clasificación de cuatro tipos de suicidios: el maniático, melancólico, obsesivo y el impulsivo (Durkheim, 2012). Dentro del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5th ed.; DSM-5; American Psychiatric Association [APA], 2013) el suicidio no se encuentra como un trastorno independiente, más bien tiene correlación con otros trastornos. Dentro de los cuales está la depresión mayor, la ansiedad generalizada y trastornos de pesadillas. Ya que en estos trastornos se presentan un malestar a nivel individual, social y laboral, pueden ser persecutores de ideación suicida, pensamientos sobre la muerte, rumiaciones sobre este tema. Así convirtiéndose en detonantes para conductas de riesgo.

La Técnica del Focusing.

El focusing es una técnica desarrollada por Gendlin (1981), él explica que es un estado mental y kinestésico donde podemos desarrollar nuestra capacidad de sabiduría por medio de un *felt sense* que va a permitir resolver un problema. Esto quiere decir que el focusing es estar consiente y en contacto con nuestro cuerpo, ya que muestra la información de lo más profundo de forma sabia. Kabat-Zinn (1995), explica que el cuerpo es como una orquesta y cada órgano sería un instrumento específico, con una función en particular, que requiere practica para que pueda mantenerse en armonía total. Gendlin (1981), da un enfoque diferente a los problemas, el no lo ve como patologías, más bien cómo procesos del individuo, así el focusing se convierte en una herramienta positiva.

Hipótesis

En la actualidad la tasa de suicidio es realmente alarmante. Existen muchos factores que están actuando como precipitantes. Sin embargo, la conducta suicida tiene tres elementos focales en los que se podría hacer una intervención. Los síntomas de depresión, de ansiedad y las pesadillas que son comunes en este trastorno. Se podría hipotetizar que la técnica del focusing podría aliviar estos síntomas, ya que permite que se de un cambio a nivel interno de nuestro cuerpo y de esta manera disminuir los riesgos de un posible suicidio.

Pregunta de Investigación

¿Cómo y hasta qué punto la técnica del focusing podría aliviar los síntomas de depresión, ansiedad y pesadillas de la conducta e ideación suicida?

Desarrollo del Tema

La Conducta e ideación suicida

Definición.

La conducta suicida se define como un acto de muerte directa o indirecta cometido por la víctima. No obstante, existe un amplio abanico de factores que debemos tomar en cuenta, como la esfera familiar, social, laboral, política e ideológica (Quintanar, 2007). Freud hablaba hasta cierto punto del suicidio y de la melancolía como la expresión más grande de la libertad (Roudinesco, 2015). Al suicidio se lo aborda en diferentes categorías: la ideación suicida como la representación mental buscada del deseo, la intención de suicidio como la representación mental con un plan no del todo estructurado, la tentativa de suicidio, como el acto fallido de terminar con la propia vida y por último el suicidio consumado donde la persona cumplió con el deseo buscado de terminar con su vida. (Moron, 1992). Así podemos ver que la primera etapa en donde se da la ideación suicida puede convertirse en el factor de riesgo primordial si no se lo trata a tiempo y de manera apropiada.

Factores de riesgo.

La edad que se encuentra en mayor riesgo según las últimas estadísticas de la OMS, son los adolescentes. Aunque no debe olvidarse que cada cultura tiene una configuración de pensamiento, emociones y sentimientos diferentes que van a manifestarse en el comportamiento de las personas (Morfin & Ibarra, 2015), por esta razón es importante tomar en cuenta los aspectos culturales en los grupos sociales. Por ejemplo, en Corea en el 2014 se estimó una mayor incidencia de suicidios por adolescentes. Los sentimientos de tristeza y desesperanza eran prevalentes en los estudiantes con un total de 24% de muerte entre los últimos 9 años (Korean Statistical Information Services, 2014). El género tiene un impacto significativo para la ideación suicida, ya que las mujeres reportan mayor ideación suicida que los hombres (Young

& Lee, 2011), pero los hombres son lo que llegan a consumar el suicidio con más prevalencia (Angus, Dewa, & Phare, 2012). Por último, debe tomarse en cuenta los deseos de muerte, condiciones mentales, problemas de conducta y abuso de sustancias como factores de riesgo (Angus, Dewa, & Phare, 2012)

Neurobiología del suicidio.

En los últimos hallazgos de la neurobiología de suicidio, en un análisis de proteoma, definido por Pitarch, Gil, y Nombela (2010) como “el conjunto de todas las proteínas expresadas por el genoma de una célula, tejido u organismo” (p.489), se vio que el tejido de un organismo en un tiempo seguro y bajo condiciones específicas puede ayudar a identificar una relación entre la transformación de las proteínas en relación al suicidio (Furszyk, Buttner, Michel, Schutová, & Thome, 2013). Por otro lado, se documenta que una anomalía en la función de la serotonina tiene relación con la conducta suicida, ya que existe un menor transporte de una diversidad de proteínas antidepresivas como el SSRIs. Y a su vez, muestra que los factores neurotróficos, que son proteínas que estimulan al desarrollo, se relacionan con la depresión y el suicidio y con la disminución del componente Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF) que permite la neuroplasticidad del cerebro (Furszyk, Buttner, Michel, Schutová, & Thome, 2013).

Un enfoque diferente.

Firestone (1997) en su libro “Suicidio y la voz interna” explica que todos tenemos dos sistemas en nuestra mente, el sistema del self, construido por la biología, temperamento, genes y la identificación con cualidades de nuestros padres; y por otro lado, tenemos al sistema del anti self, que es la construcción de las introyecciones negativas, aquella voz hostil que representa los aspectos defensivos de la personalidad. De esta manera, el suicidio es la representación final del complot contra el self destruido. Las reacciones negativas contra el self son normales. Sin embargo, cuando existe una ideación suicida se ven deterioradas la sensación

de realidad, las metas propuestas y las respuestas emocionales apropiadas; esto quiere decir que el anti self se ve reflejado en una especie de neurosis o psicosis. El anti self actúa como una voz interna, que va a formar un sistema de pensamientos y emociones negativas (Firestone, 1997).

Varias características de personas potencialmente suicidas, son la tendencia al aislamiento, negación de prioridades, disminución de actividades favoritas, uso de sustancias adictivas, retención de sentimientos, preferencia a buscar gratificación en lugares de fantasía para perseguir la satisfacción que buscan en el mundo real, pensamientos marcados de un auto odio, actitudes cínicas frente a otros y falta de dirección en la vida dando un sentido de desesperanza. Uno debe preocuparse si existen estas conductas, ya que es una alerta de que algo grave está pasando con la persona (Firestone, 1997).

Relación entre ansiedad y depresión en la conducta e ideación suicida

Depresión y suicidio.

Según el DSM V (2013), la depresión generalmente va a presentar insomnio, fatiga, ideación suicida, cambio de peso, tristeza desproporcionada y falta de placer por actividades que realizaba anteriormente y la prevalencia de mayor riesgo son entre los 18-29 años de edad. En varias culturas se ha visto que el impacto escolar llega a ser un desencadenante para la depresión, por lo que, la resiliencia familiar va a actuar como un factor protector contra un trastorno de depresión mayor que podría causar ideación o intento suicida (Park, 2014), así la ideación suicida puede aumentar si hay un riesgo de depresión en los adolescentes junto con el estrés académico (Ang & Huan, 2006). Por otro lado Pace y Zappula (2010), explican que el rol de la familia juega un papel importante como un equilibrio entre la autonomía emocional del adolescente y este puede indicar un menor riesgo de conducta suicida en los jóvenes. Tanto el sistema del self como el anti self coexisten en equilibrio y cuando éste se ve afectado, provoca un estado de alarma y ansiedad (Firestone, 1997). Al presentarse la depresión en fases

tempranas, se la ha asociado con la severidad de la conducta suicida (Angus, Dewa, & Phare, 2012)

El riesgo de suicidio siempre va a existir en el episodio de depresión mayor (APA, 2013). En un estudio realizado por Tuisku (2005), se mostró en los resultados obtenidos que no había una diferencia de género significativa en intentos suicidas, pero si se encontró un intervalo de riesgo en la edad, ya que entre los 16-19 años existía mayor ideación suicida. Por otro lado, en un estudio hecho por Abu Talid (2015), se vio que la espiritualidad tiene un papel importante en el proceso de la depresión, ya que si existen bajos niveles de espiritualidad va a implicar un mayor nivel de desesperanza por lo que aumentará la depresión. Y la desesperanza por otra parte se relaciona con la rumiación impidiendo que el individuo realice las actividades con eficacia, resuelva problemas, pero en especial impide un cambio emocional, ya que sus emociones son más negativas y éstas se manifiestan de forma impulsiva (Miranda, Gallagher, Rajappa, & Tsypes, 2013)

Ansiedad y suicidio.

Las principales características de los trastornos de ansiedad que difieren de una ansiedad o preocupación normal, son la preocupación excesiva y persiste. El miedo es la respuesta emocional real o percibida inmediata y la ansiedad es la anticipación a la reacción futura (APA, 2013). Gallagher, Prinstein y Simon (2014), en un estudio mostraron que síntomas de ansiedad social, puede convertirse en un mecanismo de defensa en donde los adolescentes aumentan la ansiedad y esto a su vez aumenta la ideación social. También Green, Chorpita y Austin (2009), demostraron que existe una relación significativa entre la ansiedad generalizada y la conducta suicida, la ansiedad junto con la depresión tiene un papel importante en el área escolar, por ejemplo, en Sir Lanka en el 2010, se vio que adolescentes entre los 14 a 18 años sufren de estos síntomas, y a su vez relacionados con el estrés, siendo mayor en mujeres que en hombres (Chaturaka, y otros, 2010). En Japón se ve que las mujeres son más propensas a sufrir ansiedad

que los hombres, ya que son más vulnerables a un estrés inmediato por el medio ambiente y las relaciones interpersonales que los hombres (Kawashima, Ito, Narishige, Saito, & Okubo, 2012).

Relación entre el insomnio y las pesadillas en la conducta e ideación suicida

Los trastornos de pesadillas en el sueño, son elaboraciones de imaginación en el sueño, que pueden incitar a una ansiedad, miedo u otra emoción disfórica. La pesadilla termina cuando la persona despierta, sin embargo las emociones disfóricas van a continuar a lo largo del día. Van a provocar una discapacidad a nivel subjetivo que a social o laboral, las personas pueden presentar falta de concentración, fatiga, depresión, ansiedad o irritabilidad (APA, 2013). Middelkoop (1989), explica en su libro “The Wise Old Man: Healing through inner images” los pensamientos que una persona tiene en todo el día se van a ver reflejados en las imágenes del sueño, muchas veces las imágenes de ansiedad se expresan por medio de imágenes tenebrosas, a su vez estas incrementan la ansiedad en vigilia y continúa el ciclo.

En un estudio realizado por Vaughn McCall y Black (2013), el insomnio es un factor de riesgo independiente para el suicidio y si existe pesadillas que son disfuncionales, pueden ser considerados como mediadores entre insomnio y suicidio, ya que si estas persisten en el tiempo pueden ser un anuncio de una futura conducta suicida. Habitualmente no se busca asistencia profesional y al tener comorbilidad con la depresión puede siempre haber una demanda por riesgo suicidio (Norra, Juckel, & Richter, 2011). Las pesadillas no resueltas como el insomnio, tienen una correlación con la ideación suicida y las personas que comenten suicidio en su mayoría tenían problemas en resolución de conflictos (Vaughn McCall & Black, 2013). Por esta razón, las horas de sueño pueden ser un determinante entre un trastorno de sueño. Las mujeres tienen menores horas de sueño en especial si son estudiantes y esto se relaciona con un particular riesgo a tener ideación suicida por mayores niveles de estrés (Winsler, Abramczyk, Deutsch, Szklo-Coxe, & Vorona, 2014). Para Gendlin (1996), los sueños son la traducción de

los conflictos de las personas, tienen energía que los impulsa a una solución, mientras no se cambie la situación los pensamientos, conductas y pesadillas continuarán (Nathan, 2012)

Técnica de Focusing en intervención terapéutica

Nuestro cerebro y cuerpo nos conocen más que nosotros conscientemente, esto se da porque nuestro sistema nervioso percibe y procesa la información de todo lo que está a nuestro alrededor y mucha de esta información se queda en nuestro inconsciente (Gendlin, 1981). Para Gendlin (1981), el focusing es la herramienta mental y kinestésica que nos dará un conocimiento subliminal. Es una herramienta que utiliza la imaginación activa y es positiva, esto quiere decir que ve al individuo en términos de procesos y no patología. Se trata de un proceso del cuerpo orientado a una propia autoconsciencia y mediante esto se da una sanación emocional (Weiser, 1996), que la sentimos en todo ámbito tanto interno como externo. El Focusing permite que nuestro cuerpo hable con nosotros y así poder escuchar de una manera gentil, es un proceso donde tenemos el honor de conocer lo sabios que somos internamente (Weiser, 1996).

Muchas veces somos capaces de ser conscientes de nuestros sentimientos pero cuando son sentimientos viscerales, sentimientos que dan como resultado reacciones somáticas y viscerales por parte del sistema límbico (Silverthorn, 2008), no sabemos cómo manejarlos. Aquí el focusing permite que nos pongamos en contacto con estos sentimientos, se da un cambio desde nuestro propio cuerpo que nos hace sentirnos bien (Gendlin, 1981).

Muchas veces puede aparecer una voz crítica en el proceso de focusing, no se trata de dejarla a un lado, más bien dejar que hable, ya que la crítica realmente viene de un sentimiento de temor, por lo que si se deja que dé su mensaje y se presta la atención que merece, vamos a aprender más sobre nosotros mismos, al principio es difícil pero debemos recordar que es una parte de nosotros de la que no podemos huir (Weiser, 1996) y no podemos dejar que se convierta en la expresión más peligrosa de la vida, el acto suicida (Firestone, 1997).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Participantes

La muestra constará de 8 participantes (N=8), 5 mujeres y 3 hombres. No son tomados al azar ya que son una población predeterminada para el estudio. Al ser estudiantes universitarios se contará con un rango de edad entre los 18 a 25 años de edad. Los participantes pertenecerán a un nivel socioeconómico medio alto y alto por estudiar en una universidad privada, serán estudiantes mestizos y todos ecuatorianos.

Los participantes cumplirán con síntomas de ideación o conducta suicida sin llegar a ser necesarias intervención psiquiátrica o contención hospitalaria. Por otro lado, los participantes también deberán cumplir con sintomatología de ansiedad, depresión y problemas de sueño relacionado con pesadillas y de igual manera no ser necesario la intervención psiquiátrica.

Reclutamiento de Participantes

Para el reclutamiento de los participantes, primero se enviará una petición vía email a la decana del colegio de psicología. En la petición se pedirá a la decana que los pacientes que vayan a la clínica de psicología por motivo de consulta ideación o conducta suicida sean referidos con la investigadora para el estudio. En el email se explicará el motivo del estudio con todas las medidas que serían tratadas para proteger a los participantes y también si se puede hacer uso de un consultorio clínico reservado para la investigación con un horario específico que no perjudique a los estudiantes de quinto año de psicología clínica. De igual manera, se enviará un adjunto con el consentimiento informado para la decana. Si es necesario se enviará un email a todos los profesores del área de psicología clínica encargados en las clases de terapia para que expliquen a los estudiantes.

En segundo lugar, al no encontrarse el suicidio como un trastorno independiente en el DSM V, se basará en el motivo de consulta, cuando sea aprobada la petición con las autoridades

pertinentes se referirá los pacientes con la investigadora. Por otro lado, al tratarse de un tema tabú en nuestro país muchos de los pacientes no explicaran el motivo de consulta por suicidio, pero si en las primeras sesiones los estudiantes de quinto año de psicología clínica encuentran conductas suicidas en sus pacientes podrán referirlos con la investigadora.

Tanto los estudiantes como los pacientes firmarán un consentimiento informado para el cambio de terapeuta si ellos están de acuerdo y así se procederá con la investigación.

Diseño de Investigación

El diseño de investigación que se utilizará será de tipo cuasiexperimental, ya que el experimentador no asignará los participantes al azar, por ser sujetos preestablecidos. La razón del porqué los participantes no son seleccionados al azar, es por ser una población difícil de medir aleatoriamente, al encontrarse en riesgo disminuye notablemente las oportunidades de la muestra y esto a su vez relacionado con el tema tabú que tenemos en nuestra sociedad sobre el suicidio. Shadish, Campbell y Cook (2002), explican que en la mayoría de situaciones, en un contexto real es sumamente difícil obtener una muestra totalmente aleatoria y representativa, ya que puede existir resistencia en algunas áreas, por lo que la alternativa de un diseño cuasiexperimental puede ser una buena opción para algunos estudios.

Una de las posibles limitantes en este diseño cuasiexperimental sin un grupo control es que puede haber mayor riesgo de significancia o hasta falsificación de los datos, por lo que al interpretar los datos por observación puede convertirse en un sesgo, siendo el efecto del observador una área de mayor preocupación para los investigadores (Shadish, Campbell, & Cook, 2002). Por esta razón para disminuir el efecto del observador, se tomará datos de forma cuantitativa que van a dar mayor objetividad al experimento. Se utilizará una batería de pruebas que los participantes realizarán en un pre y post test de muestras relacionadas, ya que se hará la intervención en un solo grupo pero en diferentes tiempo, este análisis nos permitirá medir la funcionalidad de la intervención con la técnica del Focusing.

Existen elementos positivos de utilizar un diseño cuasiexperimental, como Grant y Wall (2008), lo mencionan, es buena opción utilizar este diseño cuando no es posible obtener una muestra aleatoria y las manipulaciones controladas no son posibles, por otro lado se puede construir una mejor teoría y una continuidad de tipo temporal, muchas veces este diseño ayuda a minimizar los dilemas éticos, facilita la colaboración con los participantes y se usa un contexto para explicar los conflictos encontrados.

La batería de pruebas constará de la Escala de Depresión de Hamilton de 21 ítems (HDRS), por su validez en la valoración de los síntomas depresivos en pacientes según la gravedad del mismo y también mide su respuesta al tratamiento en un post test de la prueba (Ballesteros, y otros, 2003). La Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), ya que también tiene validez en la discriminación de grados de gravedad del trastorno, tiene una validez significativa transversal y de igual manera un cambio significativo en el post test (Lobo, y otros, 2002). Y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS), por su confiabilidad y validez, esta escala va a medir el grado de desesperanza o pesimismo que la persona tenga (Aliaga, Enríquez, Frisancho, Ponce, & Rodríguez de los Ríos, 2006), se utilizará una escala de desesperanza a diferencia de una sobre conducta suicida porque se teme que al responder los participantes omitan ciertos detalles y manipulen la prueba. Por esta razón un Cuestionario de Desesperanza es más sutil administrar y tiene mayor relación con los otros síntomas descritos.

Cada sesión se focusing constará de 45 min, una sesión semanal por 12 a 14 semanas y cada intervención la intervención se realizará dependiendo de las quejas de los 3 síntomas mencionados que el participante tenga, por lo que será un trabajo de focusing con un elemento principal la imaginería.

Análisis de Datos

Para el análisis de datos, primero se tendrá una sesión introductoria con cada participante en donde se aplicará la batería de pruebas compuesta por las escalas (HDRS), (HARS) y (BHS). Luego se desarrollarán entre 12 a 14 sesiones en donde se manipulará la variable independiente, en este caso la técnica del Focusing, y en la última sesión se volverá a tomar la batería de pruebas. Al tener los datos del pre y post test de muestras relacionadas, se calificará cada batería de pruebas y se obtendrá los puntajes en cada inventario y cuestionario. Se utilizará una computadora marca MacBook Air en la cual se descargará el programa Minitab para el análisis de los datos. Se va a utilizar el paquete Minitab Express versión 1.4.0 porque es bastante usado en investigaciones, en especial por estudiantes ya que es un programa sencillo de utilizar y los datos son fáciles de interpretar (Evans & Rosenthal, 2005).

Ética

Todas las medidas éticas que se abordaran en la investigación son guiadas por por el Código de Ética de Asociación Psicológica de América (Fisher, 2013). De este modo, primero se cumplirá con el código 2 Competencia y los límites de Competencia: cómo el investigador va a utilizar una intervención con los participantes, debe estar capacitado para realizar las técnicas de manera correcta. Ya que lo más importante es la protección de los participantes y en especial si es una población en riesgo. En segundo lugar, se encuentra el código 3 Estándares en las Relaciones Humanas: el investigador primordialmente respetará la dignidad de cada participante, se hará lo posible para evitar daño innecesario, los participantes tienen el total derecho de abandonar el experimento cuando ellos lo deseen y tendrán la opción de continuar con terapia psicológica si está bien para ellos, sin ningún costo por parte de los estudiantes de quinto de psicología clínica, ya que el experimentador pagará todas las sesiones necesarias. Toda la información recolectada será guardada de manera confidencial de forma física por lo menos 7 años, los nombres de los participantes serán anónimos y se utilizará nombres genéricos

que no tengan relación con ellos. Si los participantes desean ver los resultados obtenidos se les dará un documento general con lenguaje sencillo que ellos puedan leer pero si desean todo el estudio son bienvenidos de recibir la información.

En tercer lugar, se encuentra el código 4 Estándares de privacidad y Confidencialidad, relacionado con la investigación todos los nombres será anónimos, los consentimientos informados también serán codificados y cada uno tendrá una copia. Al tratarse de una población en riesgo en la primera sesión se hablará de los límites de confidencialidad, si en el proceso de intervención se ve que el participante puede estar atentando contra su propia vida o con la de otra persona se romperá la confidencialidad, para esto se firmará igualmente un contrato de seguridad en donde el participante se compromete a cuidar su integridad física hasta terminar la investigación, se pedirá que firme un contacto de seguridad y también el investigador le dará sus datos si en algún momento lo necesita. Si el participante rompe con el contrato de seguridad, se llamará su contacto de seguridad siendo él testigo, se terminará la examinación y si desea puede recibir terapia por parte de los estudiantes de quinto año o por parte de otro psicólogo especializado.

RESULTADOS ANTICIPADOS

Se anticipa que los resultados por medio del T test de variables relacionadas indiquen una correlación entre la técnica del Focusing y los síntomas de ansiedad, depresión y pesadillas de la ideación y conducta suicida. Ya que al evaluar los resultados obtenidos en el el post test muestran una disminución en la batería de pruebas. Los resultados obtenidos en la Escala de Depresión de Hamilton muestran en el pre test una $M= 28, 375$; mientras que el post test muestra una $M= 19, 875$. Los resultados obtenidos por la Escala de Ansiedad de Hamilton muestran en el pre test $M=29,875$ y en el post test se muestra una $M= 19,625$. Y por último en la Escala de Desesperanza de Beck en el pre test se muestra una $M= 16,375$ y en el post test se observa una $M= 10, 750$.

Al sumar los resultados obtenidos en cada escala se puede observar que en HDRS pre test el valor total de los puntajes dan como resultado 227, mientras que en el post test dan un resultado de 159, disminuyendo así 68 puntos. Una sumatoria total del puntaje de la escala HARS en el pre test tiene un puntaje de 239, mientras que en el post test tiene un valor de 157 puntos, con una diferencia de 82. Y por último en BHS se tiene un resultado total de 131 puntos en el pre test , mientras que el post test se tiene un resultado de 86 puntos, con una diferencia de 45 puntos. Los datos muestran un valor P en una correlación entre BHS y HDRS con un valor de 0,0008, siendo <0.05 . Seguido de un valor P en una correlación HARS y HDRS con un valor de 0,0424.

Por último solo una participante recibió intervención terapéutica al inicio de las sesiones por ser necesario, pero en las 3 últimas sesiones continuó solo con con la técnica del focusing.

DISCUSIÓN

Al observar los datos obtenidos, realmente hubo un cambio en los participantes al realizar la batería de pruebas antes y después de la intervención. La participación de la técnica del Focusing en ideación y conducta suicida no ha sido suficientemente investigada, por esta razón el propósito de este estudio fue analizar ¿Cómo y hasta qué punto la técnica del focusing podría aliviar los síntomas de depresión, ansiedad y pesadillas de la conducta e ideación suicida?, siendo esta la pregunta de investigación, al analizar los resultados, la investigación apoya la hipótesis del investigador, porque realmente se pudo ver un cambio en los síntomas de depresión, ansiedad y las pesadillas.

Como la literatura mostró la conducta suicida tiene correlación con otros trastornos psicológicos, en este caso la ansiedad, depresión y pesadillas por una constante preocupación, que llega a desencadenarse en una mal adaptación a nivel individual social y laboral, por tener pasamientos intrusivos sobre la muerte (APA, 2013). Por otro lado el objetivo del focusing es poder ser capaces de escuchar nuestro propio cuerpo (Gendlin, 1981). Se puede deducir que hubo un cambio en los participantes al poder escuchar su cuerpo, al principio pudo ser algo difícil de lograr por no estar acostumbrados a sentir las emociones de esta manera, pero es algo básico que está en todos nosotros. Como Gendlin (1981) explica, nuestro cuerpo es sabio, el mejor que nadie sabe que es lo mejor para nosotros, por esta razón todo cambio que se da desde nuestro propio cuerpo va a ser beneficioso, porque esta transformación se da a todo nivel interno permitiendo que la persona se sienta mejor, ya que es un cambio que el mismo lo está haciendo con herramientas que son propias solo necesitaba ser consciente que las tenía.

Por otra parte, el dar otro significado al suicidio pudo hacer un cambio en los participantes, ya que no se los etiquetó por ser potencialmente riesgosos, empezando por el

investigador y los participantes pudieron entender que existe esta voz negativa que interfiere con los procesos normales. Firestone (1997), lo explica en su libro, esta voz siempre va a estar presente en cada individuo solo debemos darle su espacio, pero cuando existe un desequilibrio, es necesario que se dé un diálogo entre estas dos voces. Para Ann Weiser (1996), esta voz que ella lo llama la voz crítica, necesita ser escuchada, ya que al ser una parte de nosotros en su sentido más puro es sabia y quiere darnos un mensaje, ya que al final es algo que a ella también la va a beneficiar. Muchas veces esta voz puede contaminarse por estímulos externos y es cuando llega al desequilibrio que Firestone habla.

En las sesiones los participantes tomaron conciencia de lo fuerte que son, ya que a pesar de tener estos pensamientos o conductas siguen luchando, porque aun hay esperanza en cada uno de ellos y esto es algo que se desea lograr con la técnica del Focusing, claro que es importante la retroalimentación externa pero cuando esta retroalimentación viene de uno mismo, se convierte en un mensaje más profundo y aquí los participantes encontraron que este mensaje les da su propio cuerpo, porque al final aun tienen el honor de escucharlo porque siguen vivos.

Por esta razón la técnica del focusing en la ideación suicida puede tener una contribución a la psicología y una oportunidad para personas que estén teniendo estragos con el suicidio. Como Middelkoop (1989) nos muestra, cuando somos capaces de entender el gran poder que está en nosotros, somos capaces de pelear contra brujas, magos y todo tipo de monstruos que se encuentran a nuestro alrededor. Sólo es importante buscar esta fuerza y empezar el viaje cómo el héroe que cada uno es.

LIMITACIONES

Existen varias limitaciones en el estudio, empezando por el tamaño de la muestra, al no ser representativa de toda una población no se puede generalizar los datos con todo un universo. Al ser una población alta en riesgo y ser un tema tabú, no es fácil reclutar una muestra mayor. En el estudio también una limitante es el grado de riesgo que cada participante tenga, ya que uno de los participantes al principio no quiso firmar el contrato de seguridad lo que pudo haber disminuido más la muestra, aunque al final si firmó el contrato de seguridad. Otra limitante, fue la intervención terapéutica junto con la técnica del focusing, pero como se explicó en la parte de ética, el bienestar del participante es lo primordial, de esta manera pudo existir sesgo en los resultados.

Para ser replicado el estudio es necesario que el investigador tenga conocimiento de la técnica del focusing o sea un profesional el que realice la intervención, porque si no se hace correctamente puede haber un riesgo con los participantes o no pueden vivir la experiencia plenamente y es algo que en los resultados se va a ser reflejado. Y la última limitante que se encontró con ayuda de los participantes, es el tiempo que toma la intervención , ya que a diferencia de otra técnica como el *Mindfulness* que toma un menor periodo de tiempo, la intervención realizada tomó unas 12 a 14 sesiones.

FUTURAS INVESTIGACIONES

Para futuras investigaciones lo que debería tomarse en cuenta, es principalmente la cantidad de la muestra, sería muy beneficioso si se podría contar por lo menos con una muestra mayor de diferentes universidades. Esto aportaría grandemente a la investigación ya que se tendría datos que podrían generalizarse para una población. Sería interesante ver los resultados con otro tipo de población, por ejemplo de un rango de edad diferente para observar si existen diferencias.

Un gran aporte para futuras investigaciones sería probar la técnica del focusing con una población que presente síntomas severos de depresión, ansiedad y pesadillas y por otro lado, poder aplicarlo en centros hospitalarios con internos por intención suicida. Porque el fin de la investigación es poder ayudar a aliviar síntomas de la conducta suicida, así los futuros estudios podrían tener resultados constructivos.

Una última recomendación sería el poder aplicar la técnica a participantes de diferente cultura, creencia religiosa, etnia y clase social; ya que podría asumirse que también tendría un efecto positivo porque la literatura usada en esta investigación también es una recopilación de investigaciones de diferentes países lo que nos da un cuadro más amplio y entender que muchos síntomas o factores protectivos son similares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abu Talid, M. &. (2015). Spirituality moderates hopelessness, depression and suicidal behavior among Malaysian adolescents. *Journal of Religion and Health*, pp 1-12. doi: 10.1007/s10943-015-0133-3.
- Aliaga, J., Enríquez, J., Frisancho, A., Ponce, C., & Rodríguez de los Ríos, L. (2006). Escala de Desesperanza de Beck (BHS): adaptación y características psicométricas. *IIPSI*, 9(1), 69-79. Obtenido el 9 de diciembre de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v09_n1/pdf/a05v9n1.pdf.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Ang, R., & Huan, V. (2006). Relationship between academic stress and suicidal ideation: testing for depression as a mediator using multiple regression. *Child Psychiatry and Human Development*, 37:133–143. Doi 10.1007/s10578-006-0023-8.
- Angus, T., Dewa, C., & Phare, S. (2012). The suicidal process: age of onset and severity of suicidal behaviour. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47:1263–1269. Doi 10.1007/s00127-011-0434-0.
- Ballesteros, J., Bobes, J., Bulbena, A., Dal-Ré, R., Ibarra, N., & Luque, A. y. (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la Depresión. (Elsevier, Ed.) *Medicina Clínica*, 120(18. 17), 493-499. Obtenido el 08 de diciembre 2015 de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-evaluacion-psicometrica-comparativa-las-versiones-13047695>.
- Chaturaka, R., Srina, W., Jayantha, G., Thilina, W., Gamini, J., & Senaka, R. (2010). Symptoms of anxiety and depression in adolescent students; a perspective from Sri Lanka. *Child and Adolescent psychiatry and mental health*, 4:10. Doi 10.1186/1753-2000-4-10.
- Durkheim, E. (2012). *El suicidio*. Madrid: Akal, S. A.
- Evans, M. J., & Rosenthal, J. S. (2005). Cálculos con ordenador. En M. J. Evans, & J. S. Rosenthal, *Probabilidad y estadística* (págs. 721- 724). Barcelona: Reverte.
- Firestone, R. (1997). *Suicide and the inner voice- risk assessment, treatment, and case management*. London : SAGE.
- Fisher, C. B. (2013). *Decoding the ethics code: A Practical guide for psychologists* (Vol. Third Edition). SAGE Publications.
- Fursczyk, K., Buttner, A., Michel, T., Schutová, B., & Thome, J. (2013). The neurobiology of suicide - A Review of post-mortem studies. *Journal of Molecular Psychiatry*, 1:2. Doi 10.1186/2049-9256-1-2.
- Gallagher, M., Prinstein, M., & Simon, V. &. (2014). Social anxiety symptoms and suicidal ideation in a clinical sample of early adolescents: examining loneliness and social support as longitudinal mediators. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42:871–883. doi: 10.1007/s10802-013-9844-7.
- Gendlin, E. (1981). *Focusing*. New York: Bantam Books.
- Gendlin, E. (1996). *Focusing - Oriented sychotherapy. A manual of the experiential method*. New York: Guilford.
- Grant, A., & Wall, T. (2008). The neglected science and art of quasi-experimentation

- why-to, when-to, and how-to advice for organizational researchers. *Organizational Research Methods*, 12(4), 653-686. Doi 10.1177/1094428108320737.
- Greene, F., Chorpita, B., & Austin, A. (2009). Examining youth anxiety symptoms and suicidal ideations in the context of the tripartite model of emotion. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31: 405 – 411. doi 10.1007/s10862-009-9129-1.
- Kabat-Zinn, J. (1995). *Mindfulness meditation: movement meditation guide*. Nightingale-Conant Corporation.
- Kawashima, Y., Ito, T., Narishige, R., Saito, T., & Okubo, Y. (2012). The characteristics of serious suicide attempters in Japanese adolescents- comparison study between adolescents and adults. *BMC psychiatry*, 12:191. Doi 10.1186/1471-244X-12-191.
- Korean Statistical Information Service [KOSIS]. (2014). *Ministry of Health and Welfare*. Recuperado el 29 de Octubre de 2015, de: <http://www.kosis.kr/>.
- Lobo, A., Badia, X., Baró, E., Chamorro, L., R, D.-R., & Luque, A. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina Clínica*, 118(13), 493-499. Obtenido el 9 de diciembre de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-las-versiones-espanol-montgomery-asberg-13029223>.
- Middelkoop, P. (1989). *The wise old man: Healing through inner images*. Boston: Shambhala Publications.
- Miranda, R., Gallagher, M., Rajappa, K., & Tsypes, A. (2013). Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cognitive therapy and Reseach*, 37:786–795. Doi 10.1007/s10608-013-9524-5.
- Morfín, T., & Ibarra, A. (2015). *Fenómeno suicida: Un acercamiento transdisciplinar*. México, D.F: Manual Moderno.
- Moron, P. (1992). *El Suicidio - ¿Qué Sé?* México, D.F: Publicaciones Cruz.
- Nathan, T. (2012). *La nueva interpretación de los sueños*. Buenos Aires: Capital Intelectual.
- Norra, C., Juckel, G., & Richter, N. (2011). Sleep disturbances and suicidality: a common association to look for in clinical practise and preventive care. *EMPA Journal*, 2:295–307. Doi 10.1007/s13167-011-0101-2.
- Organizacion Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Centro de Prensa: Suicidio*. Obtenido el 12 de noviembre de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- Pace, U., & Zappula, C. (2010). Relations between suicidal ideation, depression, and emotional autonomy from parents in adolescence. *Journal of Child and Family Studies*, 19:747–756. Doi 10.1007/s10826-010-9364-9.
- Park, J.-Y. C.-C. (2014). Adolescent suicide triggered by problems at school in Korea: Analyses focusing on depression, suicidal ideation, plan, and attempts as four dimensions of suicide. *Child Indicators Research*, 7:75–88. Doi 10.1007/s12187-013-9197-3.
- Pitarch, A., Gil, C., & Nombela, C. (2010). La proteómica, un nuevo reto para la microbiología clínica. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 28(8), 489–491. Doi 10.1016/j.eimc.2010.08.001.
- Quintanar, F. (2007). Comportamiento suicida - Perfil psicológico y posibilidades de tratamiento. En F. Quintanar, *Suicidio: definición, componentes y tipología* (págs. 1-6). México D. F: Pax México.

- Roudinesco, E. (2015). *Sigmund Freud: En su tiempo y en el nuestro*. Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial.
- Shadish, W. R., Campbell, D. T., & Cook, T. D. (2002). Experiments and generalized inference. En *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference* (Vol. 2, págs. 13-17). Boston: Houghton Mifflin Company.
- Silverthorn, D. (2008). Reflejos Autónomos . En D. Silverthorn, *Fisiología Humana. Un enfoque integrado 4a edición* (págs. 437-438). Buenos Aires: Ed. Médica panamericana.
- Tuisku, V. H. (2005). Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15:199-206. doi: 10.1007/s00787-005-0522-3.
- Vaughn McCall, W., & Black, C. (2013). The link between suicide and insomnia: theoretical mechanisms. *Current Psychiatry Reports*, 15:389. Doi 10.1007/s11920-013-0389-9.
- Weiser, A. (1996). *The power of focusing. A practical guide to emotional self- healing*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Winsler, A., Abramczyk, P., Deutsch, A., Szklo-Coxe, M., & Vorona, R. (2014). Sleepless in fairfax: The difference one more hour of sleep can make for teen hopelessness, suicidal ideation, and substance use. *Journal of Youth and Adolescence*, 44:362–378. Doi 10.1007/s10964-014-0170-3.
- World Health Organization [WHO]. (2015). *Global Health Observatory (GHO) data*. Obtenido el 12 de noviembre de: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/
- Young, R., & Lee, H. &. (2011). Suicidal ideation and associated factors by sex in Korean adults: a population-based cross-sectional survey. *International Journal of Public Health* , 56:429–439. doi: 10.1007/s00038-011-0245-9.

ANEXO A: ANUNCIO

Email petición a decana

Subject Line: request for Trabajo de Titulación

Good Morning Mrs. Sonja

My name is María José Cazco and I'm e-mailing you regarding a study I'm conducting for my undergraduate honours thesis. My Trabajo de Titulación is entitled " Focusing Technique and suicidal ideation" for which I'm presently looking for study participants from the Clínica de Psicología.

The study results have the potential to promote positive results in the participants and as well the academic community of Universidad San Francisco de Quito.

I would like to know if you let me recruit participants with suicidal ideation and behavior from the clinic. I'm aware of the risk for this kind of population, but i will base the research in the ethics code. The participants can quit whenever they want the experiment and will receive psychological counselling if they want to.

If is necessary, I would send the mail to the professors in charge of the fifth year.

Further, I would like to request you an office so I be able to protect the identity of each participant.

Thank you for your attention, I appreciate your time.

María José Cazco

Fifht Year, Undergraduate Psychology Student
San Francisco de Quito

Póster publicitario

**SÓLO UN HOMBRE QUE HA SENTIDO LA
MÁXIMA DESESPERACIÓN
ES CAPAZ DE SENTIR
LA MÁXIMA FELICIDAD.
ES NECESARIO HABER
DESEADO MORIR
PARA SABER LO BUENO**

Que es vivir

María José Cazco

Cel: 0994*****

email:

***@estud.usfq.edu
.ec

Supervisor

****@usfw.edu.ec
consultas

****@usfq.edu.ec

2015

**Técnica de Focusing
en Ideación / Conducta
Suicida**

Diseño Experimental

María José Cazco

HAY UNA VOZ QUE NO USA PALABRAS.
ESCÚCHALA

Anexo B: ÉTICA

Solicitud Para Aprobación De Un Estudio De Investigación



Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito
El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

SOLICITUD PARA APROBACION DE UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

INSTRUCCIONES:

1. Antes de remitir este formulario al CBE, se debe solicitar vía electrónica un código para incluirlo, a comitebioetica@usfq.edu.ec
2. Enviar solo archivos digitales. Esta solicitud será firmada en su versión final, sea de manera presencial o enviando un documento escaneado.
3. Este documento debe completarse con la información del protocolo del estudio que debe servir al investigador como respaldo.
4. Favor leer cada uno de los parámetros verificando que se ha completado toda la información que se solicita antes de enviarla.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Título de la Investigación	Técnica del Focusing en síntomas de depresión, ansiedad y pesadillas de la Conducta Suicida: Ideación y Conducta Suicida en Adolescentes
Investigador Principal <i>Nombre completo, afiliación institucional y dirección electrónica</i>	María José Cazco Hidalgo
Co-investigadores <i>Nombres completos, afiliación institucional y dirección electrónica. Especificar si no lo hubiera</i>	
Persona de contacto <i>Nombre y datos de contacto incluyendo teléfonos fijo, celular y dirección electrónica</i>	María José Cazco, Telf:2 490 497, Cel: 099 426 2652, maria.cazco@estud.usfq.edu.ec
Nombre de director de tesis y correo electrónico <i>Solo si es que aplica</i>	Sonja Embree. sembree@usfq.edu.ec
Fecha de inicio de la investigación	28 agosto de 2015
Fecha de término de la investigación	15 de diciembre de 2015
Financiamiento	personal

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	
Objetivo General <i>Se debe responder tres preguntas: qué? cómo? y para qué?</i>	Investigar los posibles beneficios de aplicar la Técnica de Focusing en personas con ideación y conducta suicida que presente especialmente síntomas de ansiedad, depresión y pesadillas.
Objetivos Específicos	

Utilizar la Técnica de Focusing para disminuir los síntomas de ansiedad, depresión y pesadillas que presente una población con sintomatología suicida. De esta manera se da un cambio interno en la persona que luego puede aplicarlo a diferentes esferas de su vida y así disminuir el riesgo.

Diseño y Metodología del estudio *Explicar el tipo de estudio (por ejemplo cualitativo, cuantitativo, con enfoque experimental, cuasi-experimental, pre-experimental; estudio descriptivo, transversal, de caso, in-vitro...) Explicar además el universo, la muestra, cómo se la calculó y un breve resumen de cómo se realizará el análisis de los datos, incluyendo las variables primarias y secundarias..*

El diseño del estudio es cuantitativo con un enfoque cuasi-experimental. Se utilizará una muestra de 8 participantes, 5 mujeres y 3 hombres. Estos serán reclutados de la clínica psicológica de la Universidad San Francisco de Quito, por presentar en motivo de consulta suicidio o en las terapias individuales los estudiantes de quinto año de psicología clínica identifiquen sintomatología suicida. Se tomará una batería de pruebas: 3 escalas que van a medir ansiedad, depresión y desesperanza; los resultados se tomarán por medio de un pre y post test. Siendo la la técnica de Focusing la variable independiente y sintomatología suicida dependiente.

Procedimientos *Los pasos a seguir desde el primer contacto con los sujetos participantes, su reclutamiento o contacto con la muestra/datos.*

Primero se enviará un e mail a la decana del colegio de psicología, en donde se solicitará el permiso para realizar la investigación por medio del reclutamiento de participantes de la clínica psicológica. En el mail se explicará las medidas que se tomarán con los participantes si es necesario, al ser una población en riesgo se debe tomar medidas de contención pero rompimiento de confidencialidad si es necesario. Esta información será dado a los estudiantes para que puedan referir a los pacientes y en cada consultorio habrá pequeños flyers sobre la información de la investigación.

Recolección y almacenamiento de los datos *Para garantizar la confidencialidad y privacidad, de quién y donde se recolectarán datos; almacenamiento de datos—donde y por cuánto tiempo; quienes tendrán acceso a los datos, qué se hará con los datos cuando termine la investigación*

Los datos serán guardados en la computadora de la investigadora, solo ella tiene una clave para el acceso de los datos y también otra clave para la computadora, se guardará el anonimato de los participantes. Los resultados serán guardados por 7 años mínimo tanto digital como físicamente. Luego de cumplir los 7 años los documentos serán quemados y eliminados totalmente y cada participante si desea recibirá los resultados de la investigación para retroalimentación.

Herramientas y equipos *Incluyendo cuestionarios y bases de datos, descripción de equipos*

Computadora MacBook Air, programa Minitab express en donde se realizará el t test de muestras relacionadas, una batería de pruebas que incluye la Escala de Depresión de Hamilton (HDRS), la Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y la Escala de Desesperanza de Beck (BHS) y la Técnica de Focusing basada en el libro de Gendlin Focusing - Oriented Psychotherapy. A manual of the Experiential Method y en el libro de Weiser The Power of Focusing. A practical guide to emotional self-healing.

JUSTIFICACIÓN CIENTÍFICA DEL ESTUDIO

Se debe demostrar con suficiente evidencia por qué es importante este estudio y qué tipo de aporte ofrecerá a la comunidad científica.

La Organización Mundial de la salud en el 2015 reportó que el suicidio es la segunda causa de muerte en adolescentes de 15 a 29 años, En el 2012 en una muestra de 1000 000, 804 000 personas habían muerto por suicidio, de estos mismos resultados 15% fueron hombres y 8% mujeres (WHO, 2015).

Podemos entender que el suicidio es un problema a nivel mundial y es importante buscar nuevas alternativas que permitan una mejor calidad de vida a las personas.

El suicidio no se encuentra como un trastorno mental independiente en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales [DSM], más bien se encuentra correlacionado con la mayoría de los trastornos presentados en el DSM V (American Psychiatric Association, 2013), en el estudio se va a enfocar en los trastornos de ansiedad, depresión y pesadillas que de igual manera son altos en adolescentes.

Por esta razón se justifica que el estudio puede ofrecer un gran aporte a la comunidad científica, ya que lo que todos buscamos es ayudar al mundo con un grano de arena, y esta técnica podría tener efectos positivos en los pacientes, ya que el Focusing es ponernos en contacto con aquella voz interna y sabia que es nuestro cuerpo, es volver a aquella conexión básica y buscar un cambio permanente en la psiquis de la persona usando herramientas que son propias de cada uno (Gendlin, 1981)

Referencias bibliográficas completas en formato APA

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Gendlin, E. (1996). *Focusing - Oriented sychotherapy. A manual of the experiential method*. New York: Guilford.

World Health Organization [WHO]. (2015). *Global Health Observatory (GHO) data*. Obtenido el 12 de noviembre de: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates/en/

DESCRIPCIÓN DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DEL ESTUDIO

Criterios para la selección de los participantes *Tomando en cuenta los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto*

Los pacientes serán mayores de edad, presentarán máximo síntomas moderados que no sea necesario la intervención psicofarmacológica y tampoco hospitalaria. Si el investigador y participante ve necesario un apoyo de terapia psicológica lo recibirá completamente gratis. Los participantes podrán renunciar a la investigación cuando ellos lo necesiten. Se firmará un contrato de seguridad por si es necesario romper confidencialidad al ser una población en riesgo. Se mantendrá la integridad tanto física o mental de cada participante y se evitará cualquier daño innecesario.

Riesgos *Describir los riesgos para los participantes en el estudio, incluyendo riesgos físico, emocionales y psicológicos aunque sean mínimos y cómo se los minimizará*

Al ser una población vulnerable, va a existir mucho trabajo de tipo emocional, tal vez en alguna sesión se toque un tema difícil para la persona. Al principio de las sesiones puede existir ansiedad al probar una técnica nueva, pueda que algún participante aumente la sintomatología y sea necesario una intervención psicológica, psicofarmacológica u hospitalaria. El investigador para disminuir los riesgos solamente trabajará con el material que el participante lo permita, sin forzar en ningún momento, cómo la integridad de cada uno es lo esencial, si es necesario se solicitará apoyo psicológico junto con la técnica empleada y podrá dejar la investigación cuando lo necesite, sabiendo que si necesita asistencia profesional podrá pedirla en cualquier momento.

Beneficios para los participantes *Incluyendo resultados de exámenes y otros; solo de este estudio y cómo los recibirán*

Los participantes aprenderán a escuchar a su cuerpo, podrán manejar los pensamientos negativos intrusivos que muchas veces con los que no les permite continuar, aprenderán a detectar pensamientos negativos y como modificarlos. Pero sobretodo aprenderán sobre ellos, aprenderán a sentir todo tipo de emoción desde un plano más interno que al final de la investigación ellos podrán emplearlo en ellos mismos y se convertirán en sus propios terapeutas.

Ventajas potenciales a la sociedad *Incluir solo ventajas que puedan medirse o a lo que se pueda tener acceso*

La técnica podría replicarse posteriormente en hospitales, en un ambiente controlado y midiendo con batería de pruebas. En consulta sería una nueva técnica que podrían emplear profesionales para abordar no solo suicidio, también en otro tipo de trastornos independientes.

Derechos y opciones de los participantes del estudio *Incluyendo la opción de no participar o retirarse del estudio a pesar de haber aceptado participar en un inicio.*

Los pacientes son completamente libres de abandonar el estudio en cualquier momento que ellos lo deseen. Si es necesario se apoyará la Técnica del Focusing con psicoterapia sin ningún costo adicional.

Seguridad y Confidencialidad de los datos *Describir de manera detallada y explícita como va a proteger los derechos de participantes*

Al tomar la muestra de datos se mantendrá en anonimato de cada participante, se identificará a cada participante con un nombre genérico que no tenga ninguna relación con el verdadero nombre. Todos los datos serán guardados en una computadora con clave. Cuando se publiquen los resultados los participantes son bienvenidos de recibir la publicación con los resultados obtenidos pero también a cada uno se le dará un informe más claro, con un lenguaje simple que puedan entender.

Nadie tendrá acceso a la información solo el investigador.

Consentimiento informado *Quién, cómo y dónde se explicará el formulario/estudio. Ajustar el formulario o en su defecto el formulario de no aplicación o modificación del formulario*

Primero se constará de un consentimiento informado entre el estudiante de quinto año y el paciente para un cambio de terapeuta, aquí el estudiante explicará al potencial participante si desea participar en la investigación. Segundo, el investigador explicará brevemente al participante de lo que consta la investigación y se firmará un consentimiento informado si está dispuesto a participar en el estudio. Tercero, se tendrá que firmar un contrato de seguridad en donde el participante se compromete a cuidar de su integridad hasta que se termine la investigación o se romperá información y se expondrá el caso a una persona de contacto del participante. Y por último se firmará un consentimiento informado para la administración de la batería de pruebas.

Responsabilidades del investigador y co-investigadores dentro de este estudio.

El investigador estará consciente de sus límites de competencia y buscará en todo tiempo la integridad y estabilidad emocional de cada participante.
No forzará en ningún momento a los participantes y se estará pendiente de la evolución o estancamiento de c para tomar medidas que sean necesarias en todo el proceso.

Documentos que se adjuntan a esta solicitud (ponga una X junto a los documentos que se adjuntan)

Nombre del documento	Adjunto	Idioma	
		Inglés	Español
PARA TODO ESTUDIO			
1. Formulario de Consentimiento Informado (FCI) y/o Solicitud de no aplicación o modificación del FCI *	X		X
2. Formulario de Asentimiento (FAI) (si aplica y se va a incluir menores de 17 años)			
3. Herramientas a utilizar (Título de: entrevistas, cuestionarios, guías de preg., hojas de recolección de datos, etc)	X		X
4. Hoja de vida (CV) del investigador principal (IP)			
SOLO PARA ESTUDIOS DE ENSAYO CLÍNICO			
5. Manual del investigador			
6. Brochures	X	x	X
7. Seguros			
8. Información sobre el patrocinador	X		X
9. Acuerdos de confidencialidad	X		X
10. Otra información relevante al estudio (especificar)			

(*) La solicitud de no aplicación o modificación del FCI por escrito debe estar bien justificada.

PROVISIONES ESPECIALES

Esta sección debe llenar solo si aplica. En ella se incluyen manejo de población vulnerable y muestras biológicas, manejo de eventos adversos, seguros de incapacidad o muerte, entre otros.

Se va a manejar una población vulnerable y en riesgo al presentar sintomatología suicida.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

AÑO
2015

Descripción de la Actividad (pasos a seguir dentro del proceso de investigación, comenzando por el contacto inicial, reclutamiento de participantes, intervención y/o recolección de datos, análisis, publicación...)	Fechas	27 ago. 2015	28 ago. 2015	3 sept. 2015	5 sept. 2015	8 sept- 1 dic. 2015	8 dic. 2015	10 dic 2015	15 dic 2015
		1	2	3	4	5	6	7	8
Envío e mail a decana del colegio de Psicología		x							
Contacto con cada estudiante de quinto año que reciba pacientes			x						
Consentimiento informado para cambio de paciente				x					
Introducción a la investigación a cada participante					x				
Firma de consentimientos informados y contrato de seguridad					x				
Administración de batería de pruebas (Pre test)					x				
Inicio de primera sesión de Focusing + Introducción					X				
Intervención técnica de Focusing (13 sesiones)						x			
Administración de batería de pruebas (Post test)							x		
Análisis de datos							X		
Defensa de tesis								x	
Publicación									x

CERTIFICACIÓN:

1. Certifico no haber recolectado ningún dato ni haber realizado ninguna intervención con sujetos humanos, muestras o datos. Sí () No ()
2. Certifico que los documentos adjuntos a esta solicitud han sido revisados y aprobados por mi director de tesis. Sí () No ()
No Aplica ()

Firma del investigador: _____ (con tinta azul)

Fecha de envío al Comité de Bioética de la USFQ: 15 de diciembre de 2015

Formulario Consentimiento Informado



Comité de Bioética, Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Técnica del Focusing en síntomas de depresión, ansiedad y pesadillas de la Conducta Suicida: Ideación y Conducta Suicida en Adolescentes

Organización del investigador Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal *María José Cazco Hidalgo*

Datos de localización del investigador principal tlf: 2490 24*, cel: 099426265* y maria.*@estud.usfq.edu.ec.

Co-investigadores

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

El propósito del estudio es ver que tan efectiva puede ser la técnica del Focusing, capacidad de escuchar nuestro nuestro, en la intervención de la conducta suicida. En la investigación se utilizará esta técnica por 12-14 sesiones y se verá si los síntomas de ansiedad, depresión y pesadillas disminuyen con la técnica. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre una técnica psicológica llamada focusing, en la conducta suicida porque se ha visto que es una herramienta que puede aliviar los síntomas de la conducta suicida

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

El estudio constará de la participación de 8 personas, en donde las personas recibirán en sesiones individuales esta técnica. Esta técnica permitirá a las personas a que escuchen una voz sabia que está en su cuerpo, también podrá cambiar algunos pensamientos que no le permitan estar tranquilo. Al finalizar la intervención cada participante podrá poner en práctica lo aprendido en el estudio.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Cada participante recibirán 12-14 sesiones individuales explorando la técnica llamada Focusing para ver cómo responden a esta técnica. Antes de empezar con las sesiones se tomará 3 cuestionarios para saber de manera general como se encuentra cada participante y al finalizar las sesiones de volverá a tomar estos 3 cuestionarios para saber si hubo un cambio.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

Al tratarse de una intervención terapéutica, es muy posible que exista un gasto emocional por parte del participante, puede haber un desequilibrio emocional o al principio estrés por experimentar esta nueva técnica. Sin embargo, la investigadora solo tratará las áreas que los participantes lo permitan. Si ellos desean pueden tener junto a la intervención, terapia psicológica sin ningún costo.

Los beneficios para los participantes será aprender a auto regular las emociones, sentirlas de una manera interna y poner en práctica lo aprendido. En cada sesión los participantes experimentarán el cambio que se va dando desde ellos mismos, van a ser asistidos en cualquier pregunta que tengan y al final podrán convertirse en su propio terapeuta.

Confidencialidad de los datos (se incluyen algunos ejemplos de texto)

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y la directora de tesis tendrán acceso.

- 2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio
- 2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante (se incluye un ejemplo de texto)

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Y si es necesario podrá recibir terapia psicológica por parte de los estudiantes de quinto año de psicología clínica sin ningún costo

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono __09*** ** __ que pertenece a _María José Cazco__, o envíe un correo electrónico a _m***.**@stud.usfq.edu.ec_____

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado (Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo (si aplica)	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado María José Cazco	
Firma del investigador	Fecha

Anexo B: Herramientas

Escala de Ansiedad de Hamilton

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso.	0	1	2	3	4
Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión.	0	1	2	3	4
Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores.	0	1	2	3	4
A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio.	0	1	2	3	4
Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					
5. Intelectual (cognitivo)	0	1	2	3	4
Dificultad para concentrarse, mala memoria					
6. Estado de ánimo deprimido.	0	1	2	3	4
Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					

Escala de Depresión de Hamilton

<p>Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)</p> <p>-Ausente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente - Estas sensaciones las relata espontáneamente - Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto) - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea 	0 1 2 3 4
--	-----------------------

Sentimientos de culpa	0 1 2 3 4
- Ausente - Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	
Suicidio	0 1 2 3
- Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	
Insomnio precoz	0 1 2
- No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche	
Insomnio intermedio	0 1 2
- No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	

Escala de Desesperanza de Beck

Escala de Desesperanza de Beck	VERDADERO	FALSO
1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo	V	F
2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo	V	F
3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así	V	F
4. No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años	V	F
5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer	V	F
6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar	V	F
7. Mi futuro me parece oscuro	V	F