



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

El Clima Social Familiar y la Depresión en Adolescentes de una Unidad Educativa de la Ciudad de Loja, Periodo 2022.

Trabajo de Integración
Curricular previo la
obtención del título de
Licenciado en Psicología
Clínica.

AUTOR:

Jimmy Paul Yanza Criollo

DIRECTORA

Psc. Clin. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz. MgSc.

LOJA-ECUADOR

2022

Certificación

FECHA: Loja 9 de septiembre de 2022

DE: Gabriela Rojas Muñoz, Mg. Sc. DIRECTOR/A DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

PARA: Dra. Ana Puertas Catalina Asanza. DIRECTOR/A DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA

CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICO:

Que una vez asesorada, monitoreada con pertinencia y rigurosidad científica la ejecución del trabajo de integración curricular del tema: **El Clima Social Familiar y la Depresión en Adolescentes de una Unidad Educativa de la Ciudad de Loja**, periodo 2022 de la autoría de **Jimmy Paul Yanza Criollo**, el mismo cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho trabajo de integración curricular se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo continuar con el proceso de titulación.

 Firmado electrónicamente por:
**GABRIELA
FERNANDA ROJAS
MUNOZ**

.....
Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas. Mg.Sc.

Autoría

Yo, Jimmy Paul Yanza Criollo, declaro ser el autor del presente trabajo de integración curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de integración curricular en el Repositorio Digital Institucional – BIBLIOTECA VIRTUAL.

Cedula de Identidad: 1105439325

Fecha: 14 de septiembre del 2022

Correo electrónico: jimmy.yanza@unl.edu.ec.

Teléfono o celular: 0994880441

Firma:



Carta de Autorización

Yo, Jimmy Paul Yanza Criollo, declaro ser el autor del trabajo de integración curricular titulado: EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2022. Como requisito para optar el título de Licenciado en Psicología Clínica, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

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

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia del trabajo de integración curricular que realice un tercero. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los 14 días del mes de septiembre del dos mil veinte y dos.

Firma:



Autor: Jimmy Paul Yanza Criollo

Cédula: 1105439325

Dirección: Loja-Loja (calles: eugenio espejo y colorados)

Correo Electrónico: jimmy.yanza@unl.edu.ec

Celular: 0994880441

Datos Complementarios:

Directora del trabajo de integración curricular: Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz, Mg. Sc

Tribunal:

Presidenta: Dra. Ana Puertas Asanza Mg.Sc.

Vocal 1: Psi. Cl. Cindy Cuenca Mg. Sc.

Vocal 2: Psi. Cl. Marco Sánchez Mg. Sc.

Dedicatoria

Esta investigación va dedicada a la persona más importante de mi vida que es mi madre, por que, gracias a ella y a todo su esfuerzo, su dedicación he podido salir adelante a pesar de todas las adversidades, también se lo dedico a mis hermanos quienes forman parte de mi vida y de una u otra forma han sabido guiarme con tus conejos y sus experiencias para que yo siga adelante.

De la misma forma se lo dedico a la Universidad Nacional de Loja, en especial a la Carrera de Psicología Clínica ya que gracias a los conocimientos que me impartieron durante todo el proceso de aprendizaje han formado la persona que soy hoy en día y que seré en un futuro próximo en mi área laboral.

Y finalmente y no menos importantes también se lo dedico a todos mis amigos que de una u otra forma formaron parte de todo este proceso y que estoy seguro que con sus oraciones me tenían siempre presente e hicieron que lograra todo esto.

Agradecimiento

Primeramente, quiero darle las gracias a Dios ya que, con su guía, sus bendiciones, darme la salud a diario para poder llegar hasta donde estoy ahora, enseñarme el camino correcto y sobre todo en momentos malos dándome las fuerzas necesarias para no flaquear y seguir mi camino.

Gracias infinitas a la mujer, que me dio la vida, aquella que más que mi madre es mi mejor amiga, me enseñó a ser una persona de bien, aceptar las cosas tal y como son, el esfuerzo de ella día a día, para que yo cumpliera todos mis sueños hace que ahora sea una mejor persona. Sus consejos nunca fueron en vano, sus enojos siempre tuvieron razón, cada palabra suya hacía mí, hizo crecer más mi pensar y sobre todo entender que ella sería la única persona que a pesar de todo lo que hemos pasado juntos siempre iba a estar conmigo guiándome hacia el camino correcto, dándome sus fuerzas cuando yo ya no las tenía, cuidando mis miedos cuando yo no era valiente, velando mis noches incluso sin ella dormir, y dándome los alimentos, en ocasiones sin ella comer, el gracias no es suficiente y esto solo es un detalle que hoy se lo quiero entregar para tan gran bondad que ella tiene. Estamos nuevamente juntos disfrutando de un logro más que también es parte tuyo.

También le doy gracias a mi padre quien me dio la vida y sé que igualmente está contento por todos mis logros.

Doy gracias aquellas personas que hacen que una familia se vea unida y sobre todo fuerte, a mis hermanos Angelica, Patricio, Mayra, Alex, quienes me enseñaron muchas cosas, sobre todo, fueron las segundas personas que ayudaron a mi formación tanto profesional como personal, ellos con sus consejos, sus críticas, sus cariños, sus enojos, hicieron que el camino sea menos doloroso y sobre todo me permitieran enseñarme muchas cosas para poder madurar como persona. Sintieron el dolor que yo sentía en mis momentos difíciles, me apoyaron aun cuando ellos estaban indefensos, sintieron mi desgracia como suya, pero nunca cayeron si no me levantaron.

Doy sinceros agradecimientos también a quienes forman parte de la familia, mis cuñados/as, mis sobrinos, mis tíos porque de alguna u otra forma ellos son partícipes a que yo sea un profesional hoy en día.

Doy gracias a la persona que hasta el día de hoy está conmigo, me inspiro a seguir cuando quería caer, me levanto, me ayudo, y que a pesar de todo siente un gran cariño por mí, no le importo nada ni nadie, solo el sentimiento que ella sentía por mí, Andrea mi compañera, mi complemento mi guía y mi destino.

Un agradecimiento muy especial a mi directora de trabajo de integración curricular Psi. Cl. Gabriela Rojas, por cada detalle y momento, por haberme orientado, por su guía y ayuda durante esta investigación, por su invaluable colaboración, agradecerle por haberme enseñado tan bien y haberme permitido el desarrollo de esta investigación, por su paciencia y su profesionalismo, su humildad y su cariño para enseñar, un sincero agradecimiento.

También quiero agradecer a todos mis Docentes, mis mentores, quienes con su lucha y su dedicación diaria desde el día uno, hasta el final implantaron muchos conocimientos en mi formación académica y me enseñaron muchas cosas que me servirán en mi vida profesional.

Agradezco también a la Unidad Educativa Adolfo Valarezo y su autoridad Máxima (Rector), como también a los adolescentes que me abrieron las puertas y me brindaron su tiempo para realizar esta investigación.

También quiero enviar un saludo y agradecimiento fraterno aquellas personas que ya no están conmigo, pero sé que desde el lugar en el que se encuentran me están cuidando y sobre todo mandándome sus bendiciones para que yo cumpliera muchos sueños más.

Y finalmente agradecer a todos aquellos quienes creyeron en este proyecto, mis amigos, aquellos de mi infancia y por su puesto a los que iba conociendo en el camino universitario.

Índice

| | |
|---|------|
| Certificación..... | ii |
| Autoría..... | iii |
| Carta de Autorización..... | iv |
| Dedicatoria..... | v |
| Agradecimiento | vi |
| Índice | viii |
| 1. Título | 12 |
| 2. Resumen..... | 13 |
| 2.1. Abstract..... | 14 |
| 3. Introducción | 15 |
| 4. Marco Teórico | 17 |
| 4.1. Capítulo 1 Clima social Familiar | 17 |
| 4.1.1. Antecedentes | 17 |
| 4.1.2. Definición | 17 |
| 4.1.3. Modelos | 17 |
| 4.1.3.1. Modelos teóricos..... | 17 |
| 4.1.4. Dimensiones | 18 |
| 4.1.5. Evaluación | 19 |
| 4.1.5.1. Escala de Clima Familiar de Moos | 19 |
| 4.1.6. Intervención o Tratamiento Psicológico | 20 |
| 4.1.6.1. Psicoeducación | 21 |
| 4.1.6.2. Terapia Familiar Sistémica | 22 |
| 4.1.6.3. Técnica Cognitivo Conductual | 23 |
| 4.1.6.3.1. Técnica del Role Playing:..... | 24 |
| 4.2. Capítulo II Depresión..... | 25 |
| 4.2.1. Antecedentes | 25 |
| 4.2.2. Definición | 25 |
| 4.2.3. Depresión en Adolescentes | 26 |
| 4.2.4. Tipos de Depresión..... | 26 |
| 4.2.5. Modelos de la Depresión | 28 |
| 4.2.5.1. Modelo Cognitivo Conductual..... | 28 |
| 4.2.5.2. Modelo Interpersonal | 28 |
| 4.2.5.3. Modelo de Orientación Psicoanalítica | 29 |
| 4.2.6. Manifestaciones o Cuadros Clínicos | 29 |
| 4.2.7. Evaluación Y diagnóstico..... | 35 |
| 4.2.7.1. Inventario de Depresión de Beck..... | 35 |
| 4.2.8. Intervención o Tratamiento Psicológico | 36 |

| | |
|---|----|
| 5. Metodología | 39 |
| 5.1. Diseño y tipo de Investigación..... | 39 |
| 5.2. Área de Estudio | 39 |
| 5.3. Población y Muestra..... | 39 |
| 5.4. Criterios de Inclusión y de Exclusión | 40 |
| 5.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos | 40 |
| 5.5.1. Escala de Clima Familiar de Moos..... | 40 |
| 5.5.2. Inventario de Depresión de Beck (BYI-2) | 42 |
| 5.6. Consideraciones Éticas..... | 42 |
| 6. Resultados | 44 |
| 6.1. En respuesta al cumplimiento del primer objetivo específico: | 44 |
| 6.2. En respuesta al cumplimiento del segundo objetivo específico | 46 |
| 6.3. En respuesta al cumplimiento del objetivo general..... | 47 |
| 6.4. En respuesta al cumplimiento del tercer objetivo específico | 49 |
| 6.4.1. <i>Título</i> | 49 |
| 6.4.2. <i>Presentación</i> | 49 |
| 6.4.3. <i>Justificación</i> | 49 |
| 6.4.4. <i>Objetivos Terapéuticos</i> | 49 |
| 6.4.5. <i>Diagnóstico</i> | 50 |
| 6.4.6. <i>Metodología</i> | 50 |
| 7. Discusión..... | 65 |
| 8. Conclusiones | 67 |
| 9. Recomendaciones..... | 69 |
| 10. Bibliografía..... | 70 |
| 11. Anexos..... | 75 |

Tablas

| | |
|--|----|
| Tabla N° 1. Dimensión de Relación..... | 44 |
| Tabla N° 2. Dimensión de Crecimiento Personal..... | 44 |
| Tabla N° 3 Dimensión de Mantenimiento del Sistema..... | 45 |
| Tabla N° 4 Niveles de Depresión..... | 46 |
| Tabla N° 5 Relación entre el clima social familiar y la depresión en los adolescentes..... | 47 |

Anexos

| | |
|--|----|
| Anexo 1. Aprobación del Proyecto: Informe de Estructura Coherencia y Pertinencia..... | 75 |
| Anexo 2. Solicitud de Asignación del Tutor..... | 76 |
| Anexo 3. Oficio de Pertinencia del lugar para realizar la Investigación del trabajo de Integración Curricular..... | 77 |
| Anexo 4 Certificación del Abstrac..... | 78 |
| Anexo 5 Consentimiento Informado..... | 79 |
| Anexo 6. Asentimiento Informado..... | 80 |
| Anexo 7. Instrumentos de Evaluación Escala de Clima Familiar de Moos | 81 |
| Anexo 8 Inventario de Depresión de Beck..... | 83 |
| Anexo 9 Tablas..... | 85 |
| Anexo 10 tabla Estadística: Rho de Spearman..... | 89 |
| Anexo 11 Trípticos..... | 90 |

1. Título

El Clima Social Familiar y la Depresión en Adolescentes de una Unidad Educativa de la Ciudad de Loja, periodo 2022

2. Resumen

La familia es considerada un pilar fundamental para un buen desarrollo emocional y social de los hijos, mantener un buen ambiente generará en ellos, seguridad y sobre todo permitirá adquirir habilidades necesarias para un mejor afrontamiento en la vida adulta de los adolescentes, más aún para aquellos que se consideren más vulnerables, considerando que necesitan ser direccionados de la manera más sana, de lo contrario todo esto puede generar algún tipo de estancamiento o problemas de salud mental como la depresión. Con este antecedente, la presente investigación dio respuesta a la siguiente interrogante: ¿cómo se relacionan las dimensiones del Clima Social Familiar con la presencia de la depresión en adolescentes?; la metodología que se utilizó fue a través de un diseño no experimental, transversal, de enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo correlacional; con una muestra de 78 adolescentes escolarizados de 14 a 18 años. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Clima Familiar de Moss, y el Inventario de Depresión de Beck. Los resultados mostraron en el clima social familiar: que la dimensión de relación y dimensión de crecimiento prevaleció nivel medio, mientras que en la dimensión de mantenimiento del sistema tuvo mayor prevalencia nivel alto. En los niveles de depresión, el más prevalente fue el nivel mínimo. Para la relación de las dos variables se aplicó la tabla cruzada y el coeficiente de correlación de Rho Spearman, se analizó que no existe correlación estadísticamente significativa. Posteriormente se diseñó una propuesta de intervención en salud mental direccionada a adolescentes y familias, con el propósito de prevenir o disminuir sintomatología depresiva considerando como principal factor protector e influyente la interrelación familiar, constituida por tres fases: nivel individual, nivel familiar y a nivel colectivo, dando un total de 9 sesiones en total.

Palabras Clave: Relaciones familiares; adolescente; depresión; habilidades; interacción familiar.

2.1.ABSTRACT

The family is considered a fundamental pillar for a good emotional and social development of children, maintaining a good environment will generate in them, security and the most important will allow them to acquire necessary skills for a better coping in the adult life of adolescents, even more for those who are considered more vulnerable, considering that they need to be directed in the healthiest way, otherwise all this can generate some kind of stagnation or mental health problems such as depression. With this background, the present investigation answered the following question: How are the dimensions of the Social Family environment related to the presence of depression in adolescents; the methodology used was through a non-experimental, cross-sectional, quantitative approach and descriptive correlational design; with a sample of 78 adolescents between 14 and 18 years of age. The instruments used were the Moss Family environment Scale and the Beck Depression Inventory. The results showed that in the family social environment: the relationship dimension and the growth dimension prevailed at a medium level, while the system maintenance dimension had a higher prevalence at a high level. In the levels of depression, the most prevalent was the minimum level. For the relationship between the two variables, the cross table and the Rho Spearman correlation coefficient were applied, and it was analyzed that there was no statistically significant correlation. Subsequently, a mental health intervention proposal was designed for adolescents and families, with the purpose of preventing or reducing depressive symptomatology considering family interrelationships as the main protective and influential factor, consisting of three phases: individual level, family level and collective level, giving a total of 9 sessions in total.

Key words: Family relationships; adolescent; depression; skills; family interaction.

3. Introducción

De Acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (como se citó en Olivares, 2020) menciona que el clima familiar cálido es un factor importante para la sociedad, debido a que la familia es una institución donde se fortalecen las relaciones, desarrollo y cohesión de cada uno de los miembros, de tal manera que un buen clima familiar que brindan las familias en sus hogares dará una buena educación a sus integrantes (pp. 14).

Por otro lado, la depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la define como: un trastorno mental afectivo común y tratable, frecuente en el mundo y caracterizado por cambios en el estado de ánimo con síntomas cognitivos y físicos, y estos pueden ser de etiología primaria o secundaria al encontrarse enfermedades de base.

A nivel mundial afecta a más de 300 millones de personas y es considerada como la segunda causa de muerte, y como la primera causa de morbilidad en los adolescentes, caracterizada por la presencia de cambios tanto físicos, cognitivos y sociales, y que con el tiempo estos pueden llegar a convertirse en agentes estresores.

A nivel mundial, los estudios realizados en la depresión en los adolescentes, nos revelan que cuentan con la tasa más alta en casos de suicidios por depresión en adolescentes, el más reciente informe del año 2016 y 2017, mostraron que 268 adolescentes acabaron con sus vidas por una cantidad variada de razones o causantes que incluyeron problemas familiares y estrés mencionado por el Ministerio de Educación de Tokio.

En Latinoamérica un estudio realizado muestra que el 61,5% de adolescentes entre los 16 años presentan síndromes depresivos y otros trastornos psiquiátricos ya que derivan de familias uniparentales es decir que solo tienen la crianza de un solo padre por la causante de separación de ambos cónyuges. (Goicochea y Florián, 2021, pp 17).

Por su parte a nivel local Aguilar, S. (2021) realizó una investigación con la finalidad de identificar la relación del clima social familiar con la depresión en adolescentes de 15 a 17 años de la ciudad de Loja, con una muestra de 200 participantes. El diseño de investigación es de tipo transversal, exploratorio, descriptivo con alcance correlacional y enfoque cuantitativo. A partir de los resultados se evidenció que el 46% de los participantes manifestó al menos algún síntoma de depresión, con respecto a la variable de Clima Social Familiar los evaluados presentaron un nivel Medio (66,5%). Finalmente, se observó una relación estadísticamente significativa entre la variable independiente Clima Social Familiar y la variable dependiente Depresión($r=-,358^{**}$), por

lo tanto, a medida que se elevan los niveles de Clima Social Familiar meno es la presencia de sintomatología depresiva y viceversa. (pp. 1).

Al ser un tema que casi no cuenta con estudios en la localidad y a nivel nacional, al connotar los altos índices de depresión en la adolescencia y la influencia que tiene la sociedad, especialmente la familia, con factores protectores o de riesgo, surge el interés de desarrollar la presente investigación, planteándose como objetivo general: de determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en los adolescentes y como objetivos específicos: identificar las dimensiones del clima social familiar en los adolescentes, mediante la escala de clima familiar de Moos; evaluar los niveles de depresión en los adolescentes mediante el inventario de depresión de Beck (BYI-2); y por último elaborar una Propuesta de Intervención en Salud Mental en los adolescentes y su familia, para prevenir o disminuir sintomatología depresiva, considerando como principal factor protector e influyente la interrelación familiar.

La presente investigación está estructurada referente al marco teórico el cual está constituido por dos 2 capítulos, los mismos que están divididos de la siguiente forma: Capítulo 1 clima social familiar, compuesto por antecedentes, definiciones, modelos dimensiones, evaluación, intervención o tratamiento Psicológico. Capítulo 2 depresión que aborda la siguiente información: compuesto por antecedentes, definiciones, depresión en adolescente, tipos de depresión, modelos de la depresión, manifestaciones o cuadros clínicos, evaluación y diagnóstico, intervención o tratamiento psicológico.

Con una muestra de 138 estudiantes de 14 a 18 años de una Unidad Educativa de la Ciudad de Loja que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidos. Seguido de todo esto se presentan los resultados obtenidos sobre esta investigación, discusión, conclusiones, recomendaciones y finalmente las referencias bibliográficas y anexos.

4. Marco Teórico

4.1. Capítulo 1 Clima social Familiar

4.1.1. Antecedentes

Pezúa (citado por Espinoza y Vera, 2017) menciona que, Desde tiempos memorables, la familia constituye la formación esencial de la sociedad. Se considera un elemento cultural de suma importancia en la vida del ser humano, desde el punto de vista de su ser social y su personalidad, sobre la cual opera una gran influencia; siendo de origen biológico como algunas de sus funciones principales. (pp. 21-22)

4.1.2. Definición

Zavala (2001, citado por Ramos y Corrales, 2019) define el clima familiar como el estado de bienestar resultante de las relaciones que se dan entre los miembros de la misma, es decir dicho estado refleja el grado de comunicación, cohesión e interacción, siendo esta conflictiva o no, así como el nivel de organización con que cuenta la familia y el control que ejercen unos sobre otros (pp. 10).

4.1.3. Modelos

4.1.3.1. Modelos teóricos

Según Warton (2019) explica que Debido a que la formación del ser humano está influenciada por diversos factores, presenta algunas teorías relacionadas con el clima social familiar:

Modelo Sistémico: Este modelo contempla a la familia como un sistema abierto, donde cada miembro asumiría la postura de subsistema, los cuales serían relacionados por vínculos sanguíneos o emocionales. Así mismo, este modelo propone tres formas de relaciones familiares, tomando en cuenta la estructura y el estilo familiar. **Familia sana**, se caracteriza por ser un grupo comunicativo donde hay confianza, flexibilidad y todos los miembros de la familia se respetan. Familia de rango medio, se caracteriza por tener control directo en cada uno de sus miembros, existe un clima de hostilidad y las normas de convivencia son muy rígidas. Familia disfuncional, muestra a cada uno de sus miembros con interés y formas de relacionarse de manera individual, no hay comunicación e intereses comunes. **Modelo Ambiental:** Esta teoría relaciona la influencia del ambiente sobre cada individuo dentro de la familia, el cual les permite tomar conductas y pensamientos de acuerdo al entorno social donde se desarrolla. (pp. 19-20).

4.1.4. Dimensiones

Según Catunta y Centón, (2018) menciona las siguientes dimensiones del Clima Social Familiar:

Dimensión de Relaciones Familiares: Esta dimensión evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

Cohesión. Es la escala con la cual vamos a medir el vínculo emocional que los miembros de la familia tienen entre sí, también evalúa el grado en que los miembros de la familia están separados o conectados entre ellos.

Expresividad. En la escala de expresividad se va a medir el grado en el que se permite y anima a los miembros de la familia a actuar libremente y expresar abiertamente sus emociones.

Conflictos. En la escala de conflictos se va a medir el grado en el que se expresa libremente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.

Dimensión de Desarrollo Familiar: Esta dimensión evalúa la importancia que tienen dentro de la familia, ciertos procesos de desarrollo personal que pueden ser fomentados o no por la vida en común.

Autonomía. En la escala de autonomía se va a medir el grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos y toman sus propias decisiones.

Actuación. En la escala de Actuación se va a medir el grado en que las actividades se enmarcan en una estructura competitiva.

Intelectual – Cultural. En la escala intelectual – cultural se va a medir el grado de interés en las actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales.

Social Recreativa. En la escala social recreativa se va a medir el grado de participación en este tipo de actividades.

Moralidad – Religiosidad. En la escala de moralidad – religiosidad se va a medir el grado de importancia que se da en el ámbito familiar a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

Dimensión de estabilidad familiar: Esta dimensión evalúa la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que unos miembros de la familia ejercen sobre otros.

Organización. En la escala de organización se medirá el grado de importancia que se da a la organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.

Control. En la escala de control se medirá el grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos. (pp. 23)

4.1.5. Evaluación

Existen diferentes instrumentos para hacer una evaluación sobre del Clima Social Familiar: Cuestionario demográfico, aquí se pretende recoger información sobre sexo, edad, religión, escolaridad y convivencia actual con los padres. Así mismo el cuestionario de Actitudes Ante situaciones de Agravio (CASA) de Moreno y Pereira (2000). Escala de Autopercepción del estado de salud familiar inicial, validada por expertos. Encontramos también el Ecomapa, Apgar Familiar, Familiograma, FF-SIL, y finalmente encontramos la Escala de Clima Social de Moos que existen evidencian en cuanto a estudios realizados que es el más utilizado.

4.1.5.1. Escala de Clima Familiar de Moos

Soto et al (2016) menciona el siguiente instrumento para evaluar el Clima Social Familiar

Nombre: Escala de Clima Familiar de Moos.

Autor: R.H. Moos. y E.J. Trickett.

Procedencia: Sede Esmeralda Iquique.

Tipo de instrumento: Cuestionario.

Numero de Ítems: 90, 9 por cada una de las 10 escalas.

Aplicación: Individual-Colectiva.

Ámbito de Aplicación: Adolescentes.

Duración: En promedio 20 minutos.

Finalidad: La percepción del clima familiar es un referente esencial a la hora de determinar el ajuste psicosocial de los adolescentes al contexto escolar, ya que esta percepción influye directamente en el desarrollo de otras características individuales, por ejemplo, en habilidades sociales como la empatía, la actitud del sujeto ante las figuras de autoridad y el desarrollo de conductas violentas en el aula, que contribuyen a configurar la relación con sus compañeros, sus profesores y la escuela, y como consecuencia la percepción del clima social del aula que tiene el adolescente.

Consigna de Aplicación. Esta escala contiene afirmaciones acerca de la vida de su familia. Usted tiene que señalar cuáles de ellas son verdaderas o falsas para su situación en particular. Si usted cree que una afirmación es VERDADERA, o en su mayor parte VERDADERA para su familia, marque con una X en el espacio correspondiente a la letra V (VERDADERO). Si usted cree que la afirmación es FALSA, o en su mayor parte

FALSA para su familia, marque con una X en el espacio correspondiente a la letra F (**FALSO**). Es posible que algunas afirmaciones sean verdaderas para algunos miembros de la familia y falsas para otros. En estos casos, marque con una X el espacio correspondiente a V si la afirmación es VERDADERA para la mayor parte de los miembros de su familia y F si la afirmación es FALSA para la mayor parte de dichos miembros. Si los miembros de su familia están divididos en igual número a favor y en contra, decida y responda de acuerdo a la impresión más fuerte que usted tenga. Recuerde, nos gustaría saber cómo ve USTED a su familia. No trate de imaginar como los otros miembros de su familia la ven, sino trate USTED de darnos una impresión general de su familia a través de cada una de las afirmaciones.

Propiedades Psicométricas. La confiabilidad es la precisión de la medida. Usualmente, se mide con el coeficiente Alpha de Cronbach, que informa el grado en que hay consistencia entre los ítems. La confiabilidad se mueve entre 0 y 1, siendo mejor mientras más cercana a 1. Confiabilidades sobre 0.7 son adecuadas, entre 0.5 y 0.7 son bajas y tienen un margen considerable de error. Bajo .5 la precisión es muy vaga.

La validez es una forma de apreciar la utilidad de la medida. Una medida válida es aquella que mide lo que dice medir, lo que se muestra en diferentes formas. En este caso, la validez se evaluó con dos procedimientos, análisis de conglomerados jerárquicos y análisis discriminante. El primero permite agrupar casos similares; el segundo permite evaluar si la asignación a los grupos a partir de los resultados puede ser realizada con precisión. Para estos análisis, se utilizó una medida compuesta por las dos puntuaciones familiares, es decir, la del estudiante y la de su apoderado, incluyendo una variable no medida directamente en el instrumento original, que es la discrepancia entre el estudiante y su apoderado. Incluyendo esa variable, se pudo establecer grupos de familias de características diferentes y asignar los casos a estos grupos con bastante precisión, lo que es una buena señal de validez en esta muestra (pp. 4).

4.1.6. *Intervención o Tratamiento Psicológico*

En la intervención psicológica en el ámbito familiar existe una amplitud en modelos y técnicas muy efectivas para tratar las diversas problemáticas, desde las más sencillas hasta aquellas que requieran una intervención más exhaustiva. Es por eso que a continuación se ha considerado y se describen las más relevantes para el plan de intervención en el presente proyecto de investigación, considerando la población en estudio que es familia y adolescente.

4.1.6.1. Psicoeducación

La definición más general de psicoeducación es describirla como una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona al paciente y sus familiares información específica acerca de su enfermedad, tratamiento y pronóstico, basados en evidencia científica actual y relevante para el abordaje de conflictos en el ámbito familiar, también busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone esta crisis no normativa. Modelo como una herramienta de cambio, porque involucra los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida (Godoy, et al; 2020). Esta técnica es desarrollada dentro del plan con la finalidad de Impartir temáticas con respecto a:

¿Cómo pueden ayudar los padres? En opinión de González Serrano, deben explicitar que están preocupados y dispuestos a escuchar lo que tenga que decir su hijo: “Igual no lo puedo resolver, pero sí puedo escucharte”. Otro consejo es encontrar espacios y momentos de contacto con él, apoyándose en las normas de la vida familiar o en las aficiones del joven: “Hay que estar con él, comer y cenar juntos, que sienta la presencia, aunque sea en la distancia porque también hay que respetar sus momentos de soledad e intimidad”. (Lagoa, 2021)

¿Qué debo hacer si creo que mi hijo está deprimido? Hable con su hijo sobre sus sentimientos y sobre las cosas que suceden en el hogar y en la institución que le puede estar molestando. Comuníquese al médico de su hijo. Algunos problemas médicos pueden causar la depresión.

Su doctor puede recomendar psicoterapia (asesoramiento para ayudar a la personas con sus emociones y comportamiento) o medicamento para la depresión. El médico de su hijo puede hacerle ahora una evaluación para detectar depresión todos los años desde los 11 a los 21 años debido a que el suicidio es la causa principal de muerte en los adolescentes. Cualquier pensamiento suicida debe tratarse como una emergencia.

Promueva la buena salud. Los conceptos básicos para una buena salud mental incluyen una dieta saludable, dormir lo suficiente, ejercicio y relaciones positivas con otras personas en el hogar y en la escuela. Limite el tiempo que pasan frente una pantalla (televisor, computador) y fomente la actividad física para ayudar a que establezca relaciones positivas con los demás. Pasar tiempo a solas con cada uno de los padres, ser elogiado por su buen comportamiento y que le estresen sus puntos fuertes ayuda a estrechar el lazo entre los padres y los hijos.

Brinde seguridad y protección. Hable con su hijo sobre el tema del hostigamiento o abuso escolar. Ser la víctima de intimidación u hostigamiento es una de las causas de los problemas de salud mental en los niños. Esté atento a los asuntos relacionados con la aflicción, el duelo o la pérdida. Busque ayuda si se trata de problemas de duelo que no se mejoran. Si usted como padre de familia está sufriendo una pérdida, pida ayuda y busque apoyo adicional para su hijo. Reduzca el estrés. Puede ser necesario hacer cambios a corto plazo en la cantidad de tareas escolares, labores o actividades. Ponga bajo llave las armas de fuego, cuchillos, lazos, cables, medicamentos (incluyendo las que compra sin receta médica) y bebidas alcohólicas.

Ayude a que su adolescente fomente técnica de entendimiento y adaptación. Ayude a que su hijo se relaje con actividades físicas y creativas, enfóquese en las cosas positivas del niño. Hable y escuche al niño con amor y comprensión, a que su hijo aprenda a describir sus sentimientos, a examinar los problemas de una manera diferente y más positiva. Solucione los problemas o tareas en pequeños pasos para que su hijo puede tener éxito (American Academic of Pedriatricks).

4.1.6.2.Terapia Familiar Sistémica

La terapia familiar es un tipo de terapia psicológica, en concreto de la familia de la terapia sistémica, es una forma de psicoterapia que no está orientada directamente a las necesidades individuales, sino que trata las relaciones dentro del grupo para acceder a los trastornos individuales. El punto de partida de las terapias sistémicas en general y de la terapia familiar en particular es que los trastornos de una persona están relacionados de alguna manera con la forma en la que los miembros de la familia interactúan entre ellos. El objetivo de la terapia familiar en todos los casos es restablecer el equilibrio dentro de las relaciones familiares, la consecuencia debe ser que las quejas psicológicas del individuo desaparezcan. (Franco, 2020). A continuación, se presenta algunas técnicas de este modelo:

Técnica de Las 5 Cualidades: Utilizamos esta tarea cuando el padre o la madre de un niño o adolescente sólo ve en él limitaciones y defectos, a veces incluso llegando al desapego y al rechazo. Este sesgo cognitivo negativo dificulta mucho que los padres introduzcan cambios en la forma de tratar al hijo, e incluso que puedan percibir los cambios positivos que éste pueda lograr (Beyeback, et al, 2016, pp 109-110)

Técnica de La Tarea de los POST-IT: Esta tarea sirve para promover la consideración positiva en la familia. Quien recibe los post-it se siente reconocido y

reforzado; quien los escribe presta más atención a los aspectos positivos del destinatario y aprende a valorarlos más (Beyebach, et al, 2016, pp 96-97).

Técnica de Mano de hierro con guante de seda: Ésta es la estrategia más general para el manejo de conductas problemáticas de los hijos y está indicada siempre que la forma habitual de los padres de responder a los problemas de su hijo sea reñir, sermonear o amenazar... sin llegar a tomar medidas eficaces. Con padres que abusan de los castigos puede ser útil quedarse sólo con la parte del «guante de seda. En este caso, hará falta mucho apoyo del terapeuta y el recordatorio de que los padres están simplemente tratando de educar bien a sus hijos. En otros casos, será necesario reajustar las consecuencias negativas, si son excesivamente severas o se prolongan en demasía, o dedicar un tiempo a encontrar posibles medidas que tomar (Beyebach, et al, 2016, pp 121-122).

Técnica de preguntas de Afrontamiento: Es considerada una técnica dentro del campo de Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones, la misma que nos permitirá reducir el estrés que es derivada de una situación vista como difícil de afrontar, también permite gestionar las emociones delante de la situación problema modificando las propias estrategias y así afrontar con eficacia los eventos estresantes (Beyebach y Herrero de Vega 2010).

Técnica de El Bastón de Hablar: Este ejercicio está indicado para familias con hijos adolescentes que experimentan dificultades para hablar de ciertos temas, ya que tienden a subir el tono de la discusión e interrumpirse unos a otros. Planteamos esta tarea como una manera de cambiar su forma habitual de comunicación, asegurando que todo el mundo escuche al que esté en el uso de la palabra. Añadimos la indicación de que quienes no tengan el bastón no deben sabotear al que habla (Beyebach, et al, 2016, pp 142)

Técnica de El Mural Familiar: El mural familiar está diseñado para promover un «sentido de propósito conjunto» en la familia (Heatherington, Escudero y Friedlander, 2006), es decir, un consenso respecto a qué es lo que la familia desea conseguir/cambiar, Esta tarea requiere de un gran grado de cooperación en la familia, así como de la capacidad de aparcar momentáneamente las diferencias entre sus miembros para trabajar en un proyecto común (Beyebach, et al, 2016, pp 104-105).

4.1.6.3. Técnica Cognitivo Conductual

La Terapia Cognitiva- Conductual es un modelo de tratamiento de diversos trastornos ya sea que se den a nivel individual, familiar o colectivo, y que trabaja ayudando a la persona y a su familia a modificar sus pensamientos, emociones, conductas

y respuestas fisiológicas disfuncionales por otras más adaptativas, para combatir sus problemas o en este caso la depresión (Vanessa, et al, 2011). A continuación, se va a considerar la siguiente técnica cognitivo conductual:

4.1.6.3.1. Técnica del Role Playing:

Permitir que el entorno familiar hable de todo aquello que les cause malestar y que cada uno de los miembros se ponga en el lugar del otro, intercambiando roles y así conocer diferentes perspectivas de su problema donde puedan reflexionar y comprender sus emociones desarrollando aptitudes como la empatía, resolución de problemas y la capacidad de adaptación. Esta técnica se la utilizó en el Plan de Intervención con la finalidad de que los miembros de la familia desarrollen la empatía y la comprensión aprendiendo a reconocer sus emociones y sentimientos comprendiéndose a cada uno de ellos.

4.2. Capítulo II Depresión

4.2.1. Antecedentes

Zoch, 2002. (como lo cito Zurita y Lizet 2017) menciona que en los tiempos Prehistóricos las causas de los trastornos mentales estaban influidos por la creencia universal en fenómenos sobrenaturales, específicamente en la influencia de los espíritus. El sistema mágico religioso que influye en los métodos curativos primitivos, puede considerarse como un intento de introducir racionalidad y de satisfacer necesidades socialmente esperadas de las experiencias psicológicas del hombre primitivo. La depresión es casi la única alteración mental descrita en la literatura médica y poética desde la antigüedad hasta nuestros días, Homero, Plutarco Hipócrates y Areteo la describieron tan claramente como cualquier observador moderno y no solo la describieron, si no que la distinguieron de otras alteraciones mentales. Por su parte Hipócrates en el año 450 A de Cristo acuñó el termino melancolía (bilis negra) para denotar la depresión, siendo esta la primera alusión científica y realizando las primeras referencias conceptuales y clínicas de esa enfermedad. Y finalmente a finales del siglo XIX Kraeplin agrupa todos los síndromes depresivos y considero que tanto la depresión como la manía forman parte de una misma patología (pp. 19).

4.2.2. Definición

La depresión es un trastorno emocional que causa un sentimiento de tristeza constante y una pérdida de interés en realizar diferentes actividades. También denominada «trastorno depresivo mayor» o «depresión clínica», afecta los sentimientos, los pensamientos y el comportamiento de una persona, y puede causar una variedad de problemas físicos y emocionales. Es posible que tengas dificultades para realizar las actividades cotidianas y que, a veces, sientas que no vale la pena vivir. Más que solo una tristeza pasajera, la depresión no es una debilidad y uno no puede recuperarse de la noche a la mañana de manera sencilla. La depresión puede requerir tratamiento a largo plazo (clinic, 2021).

La depresión puede ser definida como uno de los tipos de alteraciones del ánimo, consiste en su disminución, con un grado variable de pérdida del interés o dificultad para experimentar placer en las actividades habituales y acompañado de diversos síntomas psíquicos, (tristezas, alteraciones de la concentración, memoria, etc.), y físicos (disminución de la libido, anorexia-hiperfagia, etc.) (Retamal Pedro, C., 1999).

4.2.3. Depresión en Adolescentes

Hubert 2012 (como se citó en Navarro et. al. (2017) menciona que: tomando en consideración la etapa evolutiva de las personas, se ha identificado que es mayormente en el transcurso de la adolescencia cuando se inicia el desarrollo de la sintomatología depresiva, ya que las personas que se encuentran en este periodo se convierten en uno de los sectores poblacionales con mayor propensión y vulnerabilidad a experimentar esta enfermedad mental. Las posibles causas de la prevalencia en esta población joven están vinculadas a condiciones de riesgo genético, factores psicosociales interacción genético-ambiental y condiciones biológicas (pp.58).

Así, también se considera que la depresión en la adolescencia es predictora de problemas sociales (Zisook et al., 2007), de escolaridad, de rendimiento académico (Weisz, McCarty, & Valeri, 2006), de suicidio (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006; Devenish, Berk, & Lewis, 2016; Marshal et al., 2011) y, desde una perspectiva clínica, existen evidencias que indican que la depresión en la adolescencia comparte un elevado nivel de comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos. (pp-58)

4.2.4. Tipos de Depresión

Según Child Min Institute, 2022 existen los siguientes tipos de Depresión:

Depresión Mayor. Sucede cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria por semanas, o períodos más largos de tiempo.

Trastorno Depresivo Persistente. Se trata de un estado de ánimo depresivo que dura 2 años. A lo largo de ese período de tiempo, puede tener momentos de depresión mayor junto con épocas en las que los síntomas son menos graves.

Trastorno Afectivo Estacional. (TAE). Ocurre con mayor frecuencia durante las estaciones de otoño e invierno, y desaparece durante la primavera y el verano, muy probablemente debido a la falta de luz solar.

Depresión Mayor con Características Psicóticas. Sucede cuando una persona padece de depresión con una falta de contacto con la realidad (psicosis).

El Trastorno Bipolar. Sucede cuando la depresión se alterna con manía (conocido previamente como maniaco depresión). La depresión es uno de los síntomas del trastorno bipolar, pero este es un tipo de enfermedad mental distinto.

De acuerdo a este autor Retamal Pedro, C (1999) menciona que: existen otros tipos de Depresión;

Monopolar y Bipolar. La denominación polaridad alude a la presencia del polo de tristeza patológica y de euforia patológica. Cuando la persona en el curso de su vida ha padecido ambas fases, la depresiva y la maniaca, la enfermedad se denomina bipolar; en cambio cuando solo existe el polo o fase depresiva se designa como depresión monopolar, que es la depresión común o habitual.

Primaria y Secundaria. La depresión de tipo Primario sería aquella que no tiene como posible factor causal ninguna enfermedad somática o psiquiátrica, ósea su origen es primariamente una alteración del estado de ánimo, es decir, la depresión habitual o común. Y los posibles factores causales para una depresión secundaria son las enfermedades orgánicas como hipotiroidismo, cáncer, infecciones y también efectos farmacológicos de tranquilizantes, hipotensores, propanolol, anticonceptivos orales, etc.

Endógeno y Reactivo. La depresión endógena si bien tendría pocos desencadenantes psicológicos externos, cuestión que con frecuencia no ocurren en la realidad, se distingue por un conjunto de características sintomáticas: insomnio del despertar en las mañanas, lenificación psicomotora, tristeza intensa, pérdida de peso e imposibilidad de reaccionar a los acontecimientos agradables. Las depresiones Reactivas están fuertemente ligadas a situaciones desencadenantes externas, sin embargo, es conocida que las depresiones endógenas también pueden iniciarse en coincidencia con conflictos ambientales, (duelo, separación, pérdida, fracaso, sobrecarga laboral, etc.). lo que importa de este concepto es que las depresiones no son solo biológicas o genéticas, si no también psicogénicas y requieren de un adecuado manejo psicoterapéutico.

Depresión Mayor y Distimia. Anteriormente el trastorno distímico en gran medida era conceptualizado como un tipo de depresión suave, menor, psicogénica, neurótica o reactiva, aludiendo a que los síntomas eran leves y muy relacionados a con el carácter o biografía y muy sensibles a la influencia ambiental. Lo sufren personas relativamente jóvenes con baja autoestima, irritables, tristes, con síntomas somáticos suaves, que se ven complicados con dificultades sociales e interpersonales y asociados a otros cuadros psiquiátricos (depresión mayor, trastorno de pánico, alcoholismo y otras adicciones.). también los padres con los enfermos de distimia tienen prevalencia de alcoholismo elevado y los pacientes mismo con frecuencia también tienen trastornos de la personalidad, histriónico, limítrofe, narcisístico, dependiente y por evitación. El episodio de

depresión mayor es de diagnóstico más fácil porque se diferencia del estilo caracterológico y es un cuadro con un comienzo claro que interfiere en medida variable con las actividades que el sujeto desarrolla en su vida cotidiana. Sin embargo, esta depresión típica no debe hacernos olvidar aquella más solapada e insidiosa que pone a prueba las habilidades en el diagnóstico (pp. 19-22).

4.2.5. Modelos de la Depresión

4.2.5.1. Modelo Cognitivo Conductual

Brewin, 1996 (como lo cito Carrasco, 2017) menciona que la depresión es atribuida a grupos complejos de pensamientos negativos acerca del sí mismo o el mundo externo que son activados en una variedad de situaciones. En el caso de las depresiones, se plantea que estas representaciones consisten en la suma de numerosas experiencias aversivas, producidas por computaciones inconscientes complejas diseñadas para abstraer significados comunes de experiencias. En la corriente cognitivo-conductual, la comprensión e interpretación de eventos, depende de nuestros esquemas, los cuales constituyen los elementos básicos de la personalidad (pp. 3).

De acuerdo con Young (1990, citado en Brewin, 1996), el nivel más profundo de cognición involucra "esquemas tempranos mal adaptativos", que son estables y duraderos. Estos son creencias incondicionales, implícitas acerca de uno mismo en relación con el ambiente. Ellos se desarrollan en la base de la interacción entre el temperamento del niño y experiencias disfuncionales con los padres, hermanos y pares en los primeros años de la vida. Los esquemas tempranos mal adaptativos son activados en ambientes específicos y pueden llevar a distorsiones cognitivas, reacciones emocionales intensas, y comportamiento problemático y depresión (pp. 4).

4.2.5.2. Modelo Interpersonal

Hollon, Thase, & Markowitz, (2002, citado por Carrasco, 2017) menciona que la teoría interpersonal de la depresión está basada en ideas emanadas de la escuela de psiquiatría interpersonal, de la teoría del apego y de los roles sociales (Davidson, Rieckmann, & Lespérance, 2004). El modelo interpersonal (MIP) tiene como principio fundamental que eventos en la infancia temprana influyen en la subsecuente psicopatología. El modelo se diferencia de planteamientos psicoanalíticos clásicos que enfatizaban la primacía de las vivencias tempranas llegando a la exclusión de la historia de vida posterior. El MIP presume que la etiología de la enfermedad mental es compleja; usa la conexión entre los actuales eventos de la vida y la aparición de los síntomas

depresivos como un marco que permite ayudar a los pacientes a superar su malestar. Eventos perturbadores pueden precipitar el trastorno en individuos vulnerables y, a su vez, el ánimo depresivo lleva a retraimiento social, fatiga, pobre concentración y en consecuencia a otros eventos negativos. (pp. 5-6)

4.2.5.3. Modelo de Orientación Psicoanalítica

Freud planteó que la depresión es una reacción a una pérdida sobre la base de una elección narcisista del objeto (Freud, 1917). Desde esta fórmula inicial, el psicoanálisis ha propuesto hipótesis en las que experiencias traumáticas del infante, de carencias tempranas e interferencias en la relación de apego pueden constituirse en un factor asociado con ciertos tipos de depresión. Las experiencias adversas generan déficits psíquicos que predisponen negativamente a las personas para enfrentar una nueva situación de pérdida o estrés (Carrasco, 2017, pág. 6-7).

4.2.6. Manifestaciones o Cuadros Clínicos

De acuerdo con el DSM-V (citado por Sánchez, 2020) menciona los siguientes criterios diagnósticos para evaluar los siguientes trastornos depresivos.

Trastorno de Desregulación Destructiva del Estado de Ánimo 296.99 (F34.8)

- A.** Accesos de colera graves y recurrentes que se manifiestan verbalmente (p.ej., rabietas verbales) y/o con el comportamiento (p. ej., agresión física a personas o propiedades) cuya intensidad o duración son desproporcionadas a la situación o provocación.
- B.** Los accesos de colera no concuerdan con el grado de desarrollo.
- C.** Los accesos de colera se producen, en término medio, tres o más veces por semana.
- D.** El estado de ánimo entre los accesos de colera es persistentemente irritable o irascible la mayor parte del día, casi todos los días, y es observable por parte de otras personas (p.ej., padres, maestros, compañeros).
- E.** Los criterios A-D han estado presentes durante 12 o más veces. En todo este tiempo, el individuo no ha tenido un periodo que dura tres o más meses consecutivos son todos los síntomas de los criterios A-D.
- F.** Los criterios A D están presentes al menos de dos o tres contextos (es decir, en casa, en la escuela, con los compañeros) y son graves al menos en uno de ellos.
- G.** El primer diagnóstico no se debe hacer antes de los 6 años o después de los 18 años.

H. Por la historia o la observación, los Criterios A-E comienzan antes de los 10 años.

I. Nunca habido un periodo bien definido de más de un día durante el cual se hayan cumplido todos los criterios sintomáticos excepto la duración, para un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: La elevación del estado de ánimo apropiada al desarrollo, como sucede en el contexto de un acontecimiento muy positivo o a la espera del mismo, no se ha de considerar un síntoma de manía o hipomanía.

J. Los comportamientos no se producen exclusivamente durante un episodio de trastorno de depresión mayor y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del espectro del autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad de separación, trastorno depresivo persistente, [distimia]).

Nota. Este diagnóstico no puede coexistir con el trastorno negativista desafiante, el trastorno explosivo intermitente o el trastorno bipolar, aunque puede existir con otros, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, el trastorno de conducta y los trastornos por consumo de sustancias. En individuos cuyos síntomas cumplen los criterios para el trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Si un individuo no ha tenido nunca un episodio maniaco o hipomaniaco, no se deben hacer el diagnóstico de trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo.

K. los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica o neurológica.

Trastorno de Depresión Mayor

A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos de uno de los síntomas es (1) estado de ánimos deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota. No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío sin esperanzas) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso).

(Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)

2. Disminución importante del interés o el placer por todos o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se aprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación del más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (**Nota:** En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado).
 4. Insomnio o Hipersomnias casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B.** Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C.** El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p.ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio perdido del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida. También se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere

inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaníaco

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.

Trastorno Depresivo Persistente (distimia) 300.4 (F34.1)

En este trastorno se agrupan el trastorno de depresión mayor crónico y el trastorno distímico del DSM-IV.

A. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que lo que está ausente, según se desprende la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

B. Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. Poco apetito o sobrealimentación.
2. Insomnio o hipersomnias.
3. Poca energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimientos de desesperanza.

C. Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B más de dos meses seguidos.

D. Los criterios para un trastorno de depresión mayor pueden estar continuamente presentes durante dos años.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o un episodio hipomaníaco, y nunca se han cumplido los criterios para un trastorno ciclotímico.

F. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los afectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga un medicamento) o a otra afección médica (p.ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Nota: como los criterios para un episodio de depresión mayor incluyen cuatro síntomas que no están en la lista de síntomas del trastorno depresivo persistente (distimia), un número muy limitado de individuos tendrán síntomas depresivos que han persistido durante más de dos años, pero no cumplirán los criterios para el trastorno depresivo persistente. Si en algún momento durante el episodio actual de la enfermedad se han cumplido todos los criterios para un episodio de depresión mayor, se hará un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. De no ser así, está justificando un diagnóstico de otro trastorno depresivo especificado o de un trastorno depresivo no especificado.

Otro trastorno depresivo especificado 311 (F32.8)

Esta categoría se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de un trastorno depresivo que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento pero que no cumplen todos los criterios de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos depresivos. La categoría de otro trastorno depresivo es especificada se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por comunicar el motivo específico por el que la presentación no cumple los criterios de un trastorno depresivo específico. Esto se hace registrando “otro trastorno depresivo especificado” y a continuación el motivo específico (p.ej., episodio depresivo de corta duración). Algunos ejemplos de presentaciones que se puede especificar utilizando la designación “otro especificado” son los siguientes:

1. Depresión breve recurrente: Presencia recurrente de estado de ánimo deprimido y al menos otros cuatro síntomas de depresión durante 2-13 días por lo menos una vez al mes (no asociados al ciclo menstrual) durante un mínimo de doce meses consecutivos en un individuo cuya presentación no ha cumplido

nunca los criterios para ningún otro trastorno depresivo o bipolar y que actualmente no cumple los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico.

2. Episodio depresivo de corta duración (4-13 días): Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociados a malestar clínicamente significativo o deterioro que persisten durante más de cuatro días, pero menos de catorce días, en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para una depresión breve recurrente.

3. Episodio depresivo con síntomas insuficientes: Afecto deprimido y al menos cuatro de los otros ocho síntomas de un episodio de depresión mayor asociado a malestar clínicamente significativo o deterioro que persiste durante un mínimo de dos semanas en un individuo cuya presentación nunca ha cumplido los criterios para otro trastorno depresivo o bipolar, no cumple actualmente los criterios activos o residuales para un trastorno psicótico y no cumple los criterios para depresión breve recurrente

Especificar si:

En remisión parcial. Los síntomas del episodio de depresión mayor inmediatamente anterior están presentes, pero no se cumplen todos los criterios o, cuando acaba un episodio de este tipo, existe un periodo que dura menos de dos meses sin ningún síntoma significativo de un episodio de depresión mayor.

En remisión Total. Durante los últimos dos meses no ha habido signos o síntomas significativos del trastorno.

Especificar la gravedad actual:

La gravedad se basa en el número de síntomas del criterio, la gravedad de estos síntomas y el grado de discapacidad funcional.

Leve. Pocos o ningún síntoma más que los necesarios para cumplir los criterios diagnósticos, la intensidad de los síntomas causa malestar, pero es manejable y los síntomas producen poco deterioro en el funcionamiento social o laboral.

Moderado. El número de síntomas, la intensidad de los síntomas y/o el deterioro funcional están entre los especificadores para “leve” y “grave”.

Grave. El número de síntomas supera notablemente a los necesarios para hacer el diagnóstico, la intensidad de los síntomas causa gran malestar y no es manejable,

y los síntomas interfieren notablemente en el funcionamiento social y laboral (pp. 103-127).

4.2.7. Evaluación Y diagnóstico

Existen diferentes instrumentos en cuanto a la evaluación de la depresión de niños y adolescentes, como, por ejemplo: Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD), la Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS), el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ-9), y el que comúnmente se lo utiliza en diversas investigaciones es el Inventario de Depresión de Beck –II (BDI-II). Es importante mencionar también que existe uno adecuado en cuanto a la evaluación de depresión en adultos mayores denominado Yesavage Reducido, y la Escala de Cornell para la depresión en Demencia.

Conde (2011) menciona el siguiente instrumento para evaluar la depresión en adolescentes:

4.2.7.1. Inventario de Depresión de Beck

Nombre: Inventario de depresión de Beck –II (BDI-II)

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

Fecha de Publicación: 1996-2011

Adaptación: Pearson Educación, S.A.

Tipo de instrumento: Cuestionario.

Numero de Ítems: 21

Aplicación: Individual

Ámbito de Aplicación: Adolescentes.

Duración: En promedio 15 minutos.

Finalidad: El inventario de Beck es un instrumento utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Consigna de Aplicación: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

Propiedades Psicométricas. Se ha utilizado una metodología adecuada para traducir y adaptar los ítems a la población española. El contenido de la prueba incluye todos los criterios propuestos por DSM-IV y CIE10 para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos (todos los del DSM-IV y el 75% de los del CIE-10) para el diagnóstico de distimia. No se aportan resultados de consultas a expertos. Los estudios empíricos de validación de las puntuaciones aportan evidencias procedentes del análisis de la estructura interna del instrumento, de su utilidad diagnóstica y de correlaciones con marcadores relevantes de los constructos de depresión y ansiedad (MCMII-II, LED, STAI y BAI).

Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

4.2.8. Intervención o Tratamiento Psicológico

En la intervención psicológica en el ámbito familiar existe una amplitud en modelos y técnicas muy efectivas para tratar las diversas problemáticas, desde las más sencillas hasta aquellas que requieran una intervención más exhaustiva. Es por eso que a continuación se ha considerado y se describen las más relevantes para el plan de intervención en el presente proyecto de investigación, considerando la población en estudio que es familia y adolescente.

Psicoterapia. Según la *European Association for Psychotherapy* (EAP), la psicoterapia podría definirse como un tratamiento o intervención terapéutica integral, deliberada y planificada, basada en una formación amplia y específica en alteraciones del comportamiento, enfermedades o necesidades más amplias de desarrollo personal, relacionadas con causas y factores psicosociales y psicosomáticos. Para ello utiliza métodos psicoterapéuticos científicos, en una interacción de uno o varios individuos con uno o varios psicoterapeutas, con el objetivo de mitigar o eliminar los síntomas, cambiar actitudes y patrones de comportamiento alterados, y favorecer un proceso de madurez, desarrollo, salud mental y bienestar.

Retroalimentación: De acuerdo con Hattie y Timperley (2007) la retroalimentación busca que las personas se den cuenta de la discrepancia que hay entre lo que comprendió y lo que debió haber comprendido, o cómo se ha desempeñado para cumplir con el objetivo de aprendizaje de cada actividad. Dicho de otra manera, que vea la diferencia entre la actividad que entregó y la que debió haber sido entregada, o rectificar

el proceso que llevó a cabo con el que debió haber realizado para cumplir con el objetivo de aprendizaje (Martínez, et al, 2014).

Para que la retroalimentación sea efectiva, Shute (2008, citado por Jonsson, 2012) menciona que la información preferentemente debería estar enfocada a la tarea elaborada por los colaboradores y no relacionada con características personales. Jonsson comenta que si los colaboradores no utilizan la retroalimentación que reciben de sus guías es porque en ocasiones la encuentran poco útil, los colaboradores no están conformes con la retroalimentación que reciben: Sadler (1989, citado por Jonsson, 2012) encuentra tres premisas que los colaboradores necesitan tener en las retroalimentaciones: (1) Deben saber el objetivo de la actividad, (2) recibir retroalimentación con referencia a algún estándar, (3) conocer algunas estrategias para modificar la actividad de manera que se cumpla con las expectativas (pp, 201).

Terapia Cognitivo Conductual. Alcántara (2017) menciona que los creadores de este modelo de intervención son Aaron Beck y Albert Ellis. Este modelo se basa en la posibilidad de cambiar los pensamientos negativos y las creencias asociadas a ellos (pp.11). Esta terapia está enfocada en que la depresión es una consecuencia de la combinación de déficit en habilidades de afrontamiento, problemas con la regulación emocional y una perspectiva del mundo negativa. Ya que es el resultado de una alteración del procesamiento de información como consecuencia de creencias o emociones negativas. Es por eso que de este modelo se utilizarán las siguientes técnicas:

Técnica de Retribución. Esta técnica permite liberar al paciente de toda responsabilidad, y que defina múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, el paciente no sólo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura (Beck, et al; 2010, pp 151-152).

Técnica de Búsqueda de Soluciones Alternativas. Este nos permite proporcionar otro enfoque ante los “problemas irresolubles” ya que el paciente depresivo presenta un sesgo cognitivo negativo a la hora de interpretar los acontecimientos, y al hacerlo pensar en interpretaciones alternativas permite contrarrestar sus sesgos y sustituir las conclusiones anteriores por otras más objetivas (Beck, et al; 2010, pp 153-156).

Técnica de Dominio y Agrado. La programación de actividades y la evaluación de cada una de ellas en las dimensiones de dominio y agrado proporciona datos para identificar y corregir las distorsiones cognitivas. Además, las actividades que ya no sean

agradables pueden aislarse y tras experimentaciones adicionales, ser sustituidas por otras (Beck, et al; 2010, pp 125-128).

Psicoterapia Positiva. Vera 2006 (como lo citó Alcántara, 2016) menciona que: La terapia enfocada en la psicología positiva para pacientes con depresión deriva de la felicidad y el optimismo, obliga a las personas a pensar en forma positiva y a no centrarse en los problemas (Myers, 2000). Propone un cambio de visión frente a las enfermedades, buscando la felicidad e incrementando las emociones positivas, busca educar al paciente con el objetivo de hacer este cambio permanente, transformando el estilo cognitivo de las personas y disminuyendo las probabilidades de recaídas, que son muy frecuentes en el trastorno depresivo.

Esta terapia proviene de la psicología positiva desarrollada por Seligman a partir de 1998 hasta la actualidad, radica en la búsqueda de la verdadera felicidad a la que Seligman (2003) define como “la identificación y el cultivo de las fortalezas más importantes de la persona y de su uso cotidiano en el trabajo, el amor, el ocio y la educación de los hijos”. Así, al aplicar las fortalezas personales en la vida de los pacientes, ayudamos a luchar contra la depresión y las emociones negativas. Por lo tanto, se enfoca más hacia ámbitos positivos, potenciando la creatividad, la tolerancia, la apertura a nuevas ideas y experiencias (pp. 19).

5. Metodología

5.1. Diseño y tipo de Investigación

La investigación tubo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, ya que por medio de este proceso no se manipuló ninguna de las variables, con el fin de observar las mismas dentro de su contexto natural para finalmente analizarlas. Fue de corte transversal llevándose a cabo dentro de un tiempo determinado. Fue un estudio de campo, debido a que por medio de este nos permitió obtener datos en cuanto a la realidad del problema, teniendo en cuenta el lugar de origen en el que se dio el fenómeno de estudio.

El estudio fue de tipo Descriptivo ya que esta nos permitió analizar las características o fenómenos de la población en un contexto determinado. Así mismo fue correlacional ya que el propósito era conocer el grado de asociación que puede existir entre las dos variables de estudio.

5.2. Área de Estudio

El Área de estudio fue la Unidad Educativa Adolfo Valarezo, se encuentra ubicada entre las calles Carlos Román Hinostroza Adolfo Valarezo y Manuel Carrión Pinzano, con una planta docente de 78 personas, planta administrativa de 6 y un número total de estudiantes de 1772, ofrece un nivel educativo desde inicial, básico y bachillerato, con una jornada matutina y vespertina de manera presencial. Además, tiene la visión de proyectar a formar personas autónomas, competentes e integras con procesos de investigación y con una motivación permanente en un contexto de inclusión educativa, enmarcada en la calidad hacia la excelencia y fundamentada en el Proyecto Educativo Institucional con visión nacional e internacional. Por otra parte, tiene como misión la de liderar el quehacer Educativo y propiciar una formación integral en los estudiantes desde el Nivel Inicial hasta Bachillerato General Unificado en Ciencias, inspirados en principios y valores universales, orientados por docentes comprometidos con el cambio Institucional a través de procesos educativos innovadores para enfrentar y resolver retos del mundo globalizado con oportunidades de 42 insertarse en el campo laboral o continuar sus estudios superiores a nivel local, nacional e internacional.

5.3. Población y Muestra

La población estuvo conformada por 138 estudiantes entre 14 a 18 años de edad correspondientes a la sección vespertina de una unidad educativa de la ciudad de Loja. La selección de la muestra se la llevó a cabo por medio de un muestreo no probabilístico

intencional, aplicando los criterios de inclusión y exclusión, quedando un total de 78, para posterior identificar si existe o no relación entre las dos variables de estudio.

5.4. Criterios de Inclusión y de Exclusión

Criterios de Inclusión

A. Estudiantes adolescentes que tuvieron un rango de edad de 14 a 18 años y se encontraron matriculados en la Unidad Educativa “Adolfo Valarezo”

B. Autorización que fue firmada por los padres o representantes legales a través del consentimiento informado.

C. Estudiantes que firmaron el Asentimiento Informado donde acepten ser partícipes de esta investigación

D. Los estudiantes que respondieron correctamente los test

Criterios de Exclusión

A. Estudiantes que no asistieron a clases el día de la Aplicación del test.

B. No se incluyeron los estudiantes de Segundo y Tercero de bachillerato.

C. Estudiantes que no contestaron en su totalidad el test.

D. Estudiantes que presentaron algún tipo de Discapacidad Intelectual

5.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

5.5.1. Escala de Clima Familiar de Moos

El clima familiar ha sido definido como el conjunto de características que revisten al proceso interactivo familiar, donde cada miembro contribuye a la presencia de dichas características y a la vez las percibe y valora de acuerdo a sus objetivos, necesidades, satisfacciones y creencias personales, en un punto temporal de su vida. Se lo ha descrito conformado por tres dimensiones:

La Dimensión de Relación. Mide el grado de compromiso, ayuda y apoyo que los miembros de la familia se brindan entre sí; asimismo, el grado en que se estimulan para actuar abiertamente y expresar sus sentimientos en forma directa. Está conformada por los siguientes subdimensiones:

Cohesión (Coh). El grado de compromiso, ayuda o apoyo familiar que se brindan los miembros de la familia entre sí.

Expresividad (Exp). El grado en que se estimula a los miembros de la familia para que actúen abiertamente y expresen en forma directa sus opiniones y sentimientos.

Conflicto (Conf). El grado de expresiones de ira y agresión que los miembros de la familia se manifiestan entre sí.

La Dimensión de Crecimiento Personal. Mide el grado de asertividad y autosuficiencia, la capacidad de los miembros para tomar decisiones y el grado en que ellos participan en actividades de interés político, social, intelectual, cultural, religioso y recreativo que favorezcan la competencia personal. Está conformada por los siguientes subdimensiones:

Independencia (Ind). La medida en que los miembros de la familia son asertivos, autosuficientes y autónomos para tomar sus propias decisiones y actuar libremente.

Orientación Hacia el Logro (Log). La extensión en que las actividades, tanto de la escuela como del trabajo, se realizan con un enfoque dirigido hacia la obtención del éxito, dentro de un marco de competencia.

Orientación Hacia las Actividades Culturales e Intelectuales (Cult). El grado de interés y participación de los miembros de la familia en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales, y el renovado deseo por actualizarse y aprender cosas nuevas.

Orientación Hacia las Actividades Recreativas (Rec): el grado de participación en actividades sociales y de recreación.

Énfasis en los Aspectos Morales y Religiosos (Mor). El grado en que se enfatizan en la familia los aspectos éticos, morales y religiosos.

La Dimensión de Mantenimiento del Sistema. Mide el grado de importancia que se le concede a la responsabilidad, a la organización y a la estructura, para planificar las diversas actividades que ocurren en la vida familiar, así como el grado en que se establecen las normas y los procedimientos para su funcionamiento. Está conformada por los siguientes subdimensiones:

Organización (Org). El grado de importancia que se le atribuye a la organización y a la estructura cuando se planifican las actividades y se asignan responsabilidades.

Control (Cont). La medida en que las normas y los procedimientos establecidos en el hogar se aplican para el funcionamiento de la vida familiar.

El instrumento original consta de 90 ítems, 9 por cada una de las 10 escalas. No obstante, en la adaptación que se ha tomado como base para este manual, correspondiente a estudiantes secundarios y apoderados de Iquique, se conservaron 52 ítems en la forma de estudiantes. Es de autoaplicación, con formato de respuesta dicotómica (Verdadero/Falso). Frente a cada ítem (afirmación), se debe decidir si la afirmación se aplica (es verdadera) o no se aplica (es falsa) respecto de lo que ocurre en su familia. No tiene tiempo límite, pero un lector promedio debería demorar no más de 30 minutos.

5.5.2. Inventario de Depresión de Beck (BYI-2)

El inventario de Beck es un instrumento utilizado para detectar y evaluar la gravedad de la depresión, describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión. La prueba ha de ser destinada preferentemente para un uso clínico, como un medio para evaluar la gravedad de la depresión en pacientes adultos y adolescentes con un diagnóstico psiquiátrico y con 13 años o más de edad.

Breve descripción de la variable que pretende medir el test: El BDI-II es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. (Conde, 2011. Pág. 4).

5.6. Consideraciones Éticas

El consentimiento informado permitió comunicar a los representantes sobre lo que se realizó durante la investigación, con el fin de que ellos mediante su autorización firmarán el documento dándonos su aprobación para que sus hijos formen parte del mismo. Por otro lado, el asentimiento informado permitió la aceptación voluntaria de los adolescentes a formar parte de este proyecto de investigación.

Se dio a conocer a los participantes que durante la aplicación de los reactivos psicológicos que se utilizaron en esta investigación, eran totalmente confidenciales y que no fue compartida con terceros, sin embargo, se consideró aspectos donde ya existió un problema en aquellos adolescentes con ideación suicida, ahí se tomó medidas de notificación inmediata al Departamento de Consejería Estudiantil (DECE)

5.7. Procedimiento por Objetivos

Para la realización de esta investigación se coordinó con la Institución Educativa, donde se planteó horarios y fechas para la aplicación de los reactivos Psicológicos, una vez obtenidas las firmas de los consentimientos informados por parte de sus representantes.

Ya con la autorización aceptada por ambas partes, se procedió a la aplicación de ambos instrumentos para evaluar las variables de estudio de la presente investigación.

Etapa 1: Para dar cumplimiento con el primer objetivo que fue: Identificar las dimensiones del clima social familiar en los adolescentes, mediante la escala de clima familiar de Moos, (anexo 6) se aplicó de manera colectiva con una duración aproximada de 20 minutos, de forma presencial a los adolescentes, teniendo la contestación de cada uno, para posteriormente realizar el análisis de los resultados obtenidos, mediante el programa denominando, Excel y el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS, que se lo define como una aplicación de análisis estadísticos de datos.

Etapa 2: Para dar cumplimiento al segundo objetivo que fue: Evaluar los niveles de depresión en los adolescentes, se aplicó el Inventario de Depresión de Beck BDI-II (anexo 7), de forma colectiva, así mismo de manera presencial con una duración aproximada de 20 minutos, para examinar resultados obtenidos, a través del programa denominado Excel y el Paquete Estadístico Para las Ciencias Sociales SPSS, con el fin de realizar un análisis e interpretación de las variables de estudio.

Etapa 3: Para cumplir con el objetivo General denominado: Determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en los adolescentes de una Unidad Educativa de la ciudad de Loja, periodo 2022 se utilizó la tabla cruzada de correlación en donde se identificó que no hay correlación entre sus variables, esto se constató con la prueba estadística Rho de Spearman (Anexo 9), la cual reflejo la falta de correlación significativa ($p > .995$).

Etapa 4: Y finalmente para cumplir con el objetivo específico número tres, se Elaboró una Propuesta de Intervención en Salud Mental en los adolescentes y su familia, para prevenir o disminuir sintomatología depresiva, considerando como principal factor protector e influyente la interrelación familiar. Esta propuesta de intervención se elaboró mediante tres fases:

- La fase uno consta de 4 sesiones y será aplicada de forma Individual.
- La fase dos que consta de 3 sesiones y será aplicada a nivel Familiar.
- Y finalmente la fase tres que consta de 2 sesiones aplicadas a nivel colectivo, es decir, involucra adolescentes y familiar, se incluye aquí el cierre del proceso psicoterapéutico.

6. Resultados

6.1. En respuesta al cumplimiento del primer objetivo específico:

Identificar las dimensiones del clima social familiar en los adolescentes, mediante la escala de clima familiar de Moos.

Las Dimensiones del Clima Social Familiar son 3: dimensión de relación, dimensión de crecimiento personal y dimensión del mantenimiento del sistema, cuyos resultados se los representa de la siguiente manera:

Tabla 1

Dimensión de Relación

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Nivel bajo | 10 | 12,8 |
| Nivel medio | 64 | 82,1 |
| Nivel alto | 4 | 5,1 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo

En la tabla 1, referente a la dimensión de relación, que mide el grado de compromiso, ayuda y apoyo que los miembros de la familia se brindan entre sí; así mismo, el grado en que se estimulan para actuar abiertamente y expresar sus sentimientos en forma directa, se identificó que en el nivel bajo hay el 12.8%, en el nivel medio 82.1% y en el nivel alto el 5.1%, identificando que el nivel medio en la dimensión de relación es el que tiene mayor prevalencia.

Tabla 2

Dimensión de Crecimiento Personal

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------|------------|------------|
| Nivel Bajo | 24 | 30,8 |
| Nivel Medio | 54 | 69,2 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la tabla 2, referente a la dimensión de crecimiento personal, que mide el grado de asertividad y autosuficiencia, la capacidad de los miembros para tomar decisiones y el grado en que ellos participan en actividades de interés político, social, intelectual, cultural, religioso y recreativo que favorezcan la competencia personal, se identificó que

en el nivel bajo hay 30,8 %, en el nivel medio el 69,2%, identificando que el nivel medio en la dimensión de crecimiento personal es el que tiene mayor prevalencia.

Tabla 3

La Dimensión de Mantenimiento del Sistema

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Bajo | 5 | 6,4 |
| Medio | 22 | 28,2 |
| Alto | 51 | 65,4 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la tabla 3, referente a la dimensión del mantenimiento del sistema, que mide el grado de importancia que se le concede a la responsabilidad, a la organización y a la estructura, para planificar las diversas actividades que ocurren en la vida familiar, así como el grado en que se establecen las normas y los procedimientos para su funcionamiento, se identificó que en el nivel bajo hay 6,4%, en el nivel medio el 28,2%, y finalmente en el nivel alto hay el 65,4%, identificando que el nivel alto en la dimensión de mantenimiento del sistema es el que tiene mayor prevalencia.

6.2. En respuesta al cumplimiento del segundo objetivo específico

Evaluar los niveles de depresión en los adolescentes mediante el inventario de depresión de Beck (BYI-2)

Tabla 4

Niveles de Depresión

| | Frecuencia | Porcentaje |
|----------|-------------------|-------------------|
| Mínimo | 38 | 48,7 |
| Leve | 12 | 15,4 |
| Moderado | 8 | 10,3 |
| Grave | 20 | 25,6 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Inventario de Depresión de Beck-BYII, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la tabla 4: referente a los niveles de depresión en los adolescentes, se identificó que existe el 48,7% que puntúan un nivel de depresión Mínimo, el 15,4 % por otro lado si puntúan con un nivel de depresión leve, el 10,3% puntúan un nivel de depresión moderado, y finalmente el 25,6% que puntúan un nivel de depresión grave, identificando que el nivel mínimo de depresión es el que tiene mayor prevalencia.

6.3. En respuesta al cumplimiento del objetivo general

Determinar la relación entre el clima social familiar y la depresión en los adolescentes de una Unidad Educativa de la ciudad de Loja, periodo 2022.

Tabla 5

Tabla Cruzada Clima Social Familia Niveles de Depresión*

| | | Niveles Depresión | | | | Total | |
|-----------------------|-------------|-------------------|-------|----------|-------|--------|-------|
| | | Mínimo | Leve | Moderado | Grave | | |
| Clima Social Familiar | Bajo | Recuento | 1 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| | | % del total | 1,3% | 0,0% | 0,0% | 1,3% | 2,6% |
| | Medio | Recuento | 34 | 10 | 8 | 17 | 69 |
| | | % del total | 43,6% | 12,8% | 10,3% | 21,8% | 88,5% |
| | Alto | Recuento | 3 | 2 | 0 | 2 | 7 |
| | | % del total | 3,8% | 2,6% | 0,0% | 2,6% | 9,0% |
| Total | Recuento | 38 | 12 | 8 | 20 | 78 | |
| | % del total | 48,7% | 15,4% | 10,3% | 25,6% | 100,0% | |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, E Inventario de Depresión de Beck-BYII aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la tabla 5 se muestra la relación entre el Clima Social Familiar y la Depresión en los adolescentes evaluados, donde se puede evidenciar los siguientes resultados del 2,6% de adolescentes que presentan un nivel de clima social familiar bajo, el 1,3%, puntúan un nivel de depresión mínimo y grave, seguido del 88,5% de adolescentes que presentan un nivel de clima social familiar medio, el 43,6% puntúan un nivel de depresión mínimo, seguido del 21,8% que puntúan un nivel de depresión grave, posteriormente el 12,8% que puntúa un nivel de depresión leve y finalmente el 10,3% que puntúa un nivel de depresión moderado. Del mismo modo del 9,0% de adolescentes que presentan un nivel de clima social familiar alto, 2,6% puntúan un nivel de depresión leve y grave, seguido del 3,8% que puntúa un nivel de depresión mínimo.

De esta manera se puede analizar que, el clima social familiar bajo no es influyente en la depresión en los adolescentes, del clima social medio tampoco se ve una influencia en la depresión ya que prevalecieron niveles de depresión mínima, así mismo en clima social familiar alto ya que prevalecieron niveles de depresión mínima, lo que explica la falta de relación entre estas dos variables. Este análisis se puede corroborar al aplicar la prueba estadística de Rho Spearman que es de ,995 (anexo 9) donde sus valores de

significación son mayores a 0,05 evidenciando que no hay una correlación estadísticamente significativa entre sus variables

6.4. En respuesta al cumplimiento del tercer objetivo específico

Elaborar una Propuesta de Intervención en Salud Mental en los adolescentes y su familia, para prevenir o disminuir sintomatología depresiva, considerando como principal factor protector e influyente la interrelación familiar.

6.4.1. Título

Propuesta de Intervención en Salud Mental en los adolescentes y su familia, para prevenir o disminuir sintomatología depresiva, considerando como principal factor protector e influyente la interrelación familiar.

6.4.2. Presentación

Esta propuesta de intervención en Salud Mental va a tener un enfoque Sistémico Breve, el cual nos permitirá a que los involucrados, adolescentes y su familia, puedan movilizar sus propios recursos para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible. Así también tendrá un enfoque Cognitivo Conductual, esta nos permitirá reducir o a tomar conciencia de pensamientos imprecisos o negativos, y así puedan visualizar situaciones exigentes con mayor claridad y responder a ellas de forma más efectividad.

6.4.3. Justificación

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta Investigación se ha elaborado esta. Propuesta de Intervención, en estos se obtuvo que con mayor porcentaje prevalece el nivel mínimo de depresión, seguido del nivel grave, y en menor medida el nivel leve y moderado de depresión.

Se pretende prevenir o reducir esta sintomatología que pueden estar presentes, por varios factores en el adolescente, y además considerar a la familia como principal recurso en el bienestar en el adolescente.

Y tomando en consideración lo mencionado anteriormente esta propuesta tiene como finalidad, en otorgar al equipo de la Salud Mental herramientas que sean útiles, y así se pueda intervenir en esta población, con el fin de que reciban el tratamiento oportuno y adecuado, y así ayude a aliviar sus malestares.

6.4.4. Objetivos Terapéuticos

Intervenir a nivel individual con estrategias de encuadre, rapport y empatía para un desarrollo eficaz en la relación terapeuta-paciente, así como aplicación de técnicas para identificar pensamientos negativos que se asocian a síntomas depresivos mediante una técnica cognitiva y fomentar habilidades de toma de decisiones e incentivar la motivación en el adolescente.

Intervenir a nivel familiar con técnicas que permitan estimular y fortalecer la confianza en el adolescente, adquirir hábitos positivos ante las conductas negativas de los hijos, así como incrementar habilidades de afrontamiento y así promover una mayor competencia al mejor manejo de situaciones estresantes.

Intervenir a nivel colectivo con técnicas que permitan identificar aspectos positivos y recursos dentro del entorno familiar, y consolidar los logros obtenidos en la misma

6.4.5. Diagnóstico

Es importante mencionar que este Plan de Intervención va dirigido Adolescentes con Sintomatología Depresiva considerando de acuerdo a los resultados obtenidos que ya se tiene un Diagnóstico preestablecido sobre esta problemática.

A más de eso se debe considerar como primer punto realizar un abordaje multidisciplinario, comenzando con una Historia Clínica Psicológica, con la aplicación de nuevos reactivos psicológicos, y así identificar o evaluar sintomatologías recientes, detallando situaciones familiares, personales que han presentado un problema a lo largo de la vida del adolescente. Como segundo punto realizar la intervención correspondiente a disminuir sintomatologías que causen malestares clínicamente significativos en dichos individuos y finalmente realizar un seguimiento de ser necesario y evitar posibles recaídas.

6.4.6. Metodología

Partiendo como punto de referencia y algo muy importante de mencionar es que antes de la aplicación del Plan de Intervención en Salud Mental, elaborado para familias y adolescentes, se debe de considerar que: los participantes en este caso, adolescente por ser menores de edad deben tener la autorización correspondiente por parte de sus padres, es por eso que se hará llegar un consentimiento informado donde ellos, den la autorización correspondiente para la ejecución del mismo.

Los enfoques que se utilizaron para el desarrollo de esta propuesta de Intervención en Salud Mental serán dos: Terapia Breve Centrada en Soluciones, está nos permitirá enfocarnos más en las soluciones en vez de los problemas y Terapia Cognitiva Conductual, mediante esta se pretende modificar pensamientos, sentimientos comportamiento negativos.

Este plan de Intervención se va a llevar a cabo mediante tres fases: individual, familiar y grupal, la primera fase consta de cuatro sesiones y está dirigido a los adolescentes, seguido de la segunda fase que consta de tres sesiones, está dirigido a la

familia, y finalmente la tercera fase que consta de dos sesiones, la cual se trabajará tanto con adolescentes como familia, para finalmente proceder al cierre terapéutico.

A continuación, se presenta el esquema y posterior el desarrollo de las mismas.

Fase a nivel individual

Sesión 1: Establecer el encuadre, rapport y empatía para un desarrollo eficaz en la relación terapeuta-paciente, donde se cumplan los principios éticos del ejercicio del psicólogo.

Sesión 2: Identificar pensamientos negativos que se asocian a síntomas depresivos mediante una técnica cognitiva.

Sesión 3: Fomentar habilidades de toma de decisiones en el individuo a la hora de identificar y resolver problemas, ofreciendo opciones y estrategias de afrontamiento más eficientes.

Sesión 4: Incentivar la motivación en el adolescente en la realización de sus actividades, y disminuir la presencia de ideas depresivas.

Fase a nivel familiar

Sesión 1: Motivar a la familia en estimular y fortalecer la confianza en el adolescente.

Sesión 2: Adquirir hábitos positivos ante las conductas negativas de los hijos, reajustándolas y dedicando tiempo a nuevas posibles.

Sesión 3: Incrementar habilidades de afrontamiento a los padres/representantes ante las experiencias estresantes en la vida cotidiana, promoviendo una mayor competencia en el manejo de futuras situaciones ante sus hijos.

Fase a nivel colectivo (adolescente y familia)

Sesión 1: Identificar aspectos positivos y recursos dentro del entorno familiar que les permitan fortalecer los lazos afectivos familiares.

Sesión 2. Consolidar los logros obtenidos en el proceso de intervención a nivel individual (adolescentes) y familiar con la participación activa de los mismos.

Fase a Nivel Individual (adolescentes)

Sesión 1

Objetivo:

Establecer el encuadre, rapport y empatía para un desarrollo eficaz en la relación terapeuta-paciente, donde se cumplan los principios éticos del ejercicio del psicólogo.

Técnicas-Actividades:

Encuadre: Aporta la estructura o el marco de referencia que necesita la relación para que el paciente sane lo que necesite. Cuando en el transcurso de la terapia surjan dificultades, el encuadre nos va a permitir mantenernos orientados. (Chias, 2019).

Rapport: El término rapport hace referencia a la buena conexión que de forma natural se genera entre dos personas a la hora de comunicarse. A veces puede propiciarse de manera intencionada para conseguir que sea lo más fluida posible aprovechando todos los beneficios que puede generar, y esta nos sirve para crear una conexión de empatía con otra persona, y así pueda comunicarse con menor resistencia (Archilla, 2019).

Empatía: La Empatía es la percepción que tenemos sobre una persona con relación a lo que piensa, siente o hace considerando las emociones, necesidades y problemas para poder entender que es lo que sucede que origina sus reacciones, lo que piensa y lo que siente. La empatía ayuda a fortalecer vínculos con la familia primordialmente, los amigos y la sociedad en su conjunto, y esta nos permite lograr comprender la perspectiva de otras personas llegando a conocer, como piensa o como se sienten los demás (Rivero, 2019).

Procedimiento:

- Saludo de bienvenida.
- Fortalecer la relación psicoterapéutica mediante el primer contacto, creando un vínculo seguro y estableciendo un clima de seguridad y así el paciente exprese con desahogo sus emociones y vivencias.
- Encuadre: Se dialoga y se establece los objetivos de la intervención, indicar de cuantas fases trata el proceso psicoterapéutico, se establece el tiempo de duración de cada sesión, se recaba información, llegar acuerdos y compromisos.
- Realización de la Historia Clínica. Esta nos permitirá recabar la información pertinente, antecedentes, también nos ayudará a identificar si existe otra sintomatología.
- Aplicar otros Reactivos Psicológicos de ser necesario. En el caso de que exista una sintomatología que requiera una reevaluación.

Tiempo Aproximado/duración:

60 minutos.

Materiales:

- Reactivos Psicológicos (en el caso de ser necesarios)
- Esferos
- Hojas de papel.
- Trípticos (anexo 11)
- Computadora

Responsable/s.

Equipo de Salud Mental

Sesión 2**Objetivo:**

Identificar pensamientos negativos que se asocian a síntomas depresivos mediante una técnica cognitiva.

Técnicas-Actividades:

Psicoeducación: Involucra como proceso de cambio los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida. (Godoy, et, al: 2020). Esta técnica permitirá proporcionar información al adolescente a cerca de la importancia de identificar pensamientos negativos.

Técnica de Retribución: Se emplea cuando el paciente atribuye, de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o de esfuerzo. El terapeuta y el paciente revisarán los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente le corresponda. (Beck, et al; 2010, pp 151-152).

Procedimiento:

- Saludo de bienvenida.
- Explicación sobre lo que se va a trabajar durante esa sesión
- Aplicación de la Psicoeducación abordando los temas relacionados a esta sesión.
- Desarrollo de la técnica de Retribución: Esta técnica permite liberar al paciente de toda responsabilidad, y que defina múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, el paciente no sólo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura.

- Tarea para casa: Tener un cuaderno de registros donde el paciente cada que este en situaciones de estrés, escriba como se siente, y como trata de reducir esa sintomatología.

Tiempo Aproximado/duración:

60 minutos.

Materiales:

- Esferos
- Hojas de papel.
- Trípticos (anexo 11)

Responsable/s.

Equipo de Salud Mental.

Sesión 3

Objetivo:

Fomentar habilidades de toma de decisiones en el individuo a la hora de identificar y resolver problemas, ofreciendo opciones y estrategias de afrontamiento más eficientes.

Técnicas-Actividades:

Retroalimentación: De acuerdo con Hattie y Timperley (2007) la retroalimentación busca que las personas se den cuenta de la discrepancia que hay entre lo que comprendió y lo que debió haber comprendido, o cómo se ha desempeñado para cumplir con el objetivo de aprendizaje de cada actividad. Dicho de otra manera, que vean la diferencia entre la actividad que entregó y la que debió haber sido entregada, o rectificar el proceso que llevó a cabo con el que debió haber realizado para cumplir con el objetivo de aprendizaje (Martínez, et al, 2014).

Psicoeducación: Involucra como proceso de cambio los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida (Godoy, et, al: 2020). Esta técnica permitirá proporcionar información al adolescente a cerca de la importancia de fomentar habilidades y así mejorar las estrategias de afrontamiento.

Técnica de Búsqueda de Soluciones Alternativas: Esta técnica se refiere a la exploración activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente. Este procedimiento constituye la piedra angular de la resolución adecuada de los problemas. El terapeuta no debe fiarse solamente de las afirmaciones del paciente de que lo ha “intentado todo”. Dado que los pacientes depresivos creen sinceramente que han explorado todas las opciones posibles, es probable que rechacen automáticamente algunas

de las alternativas y abandonen la búsqueda de otras nuevas, debido a que previamente habían llegado a la conclusión de que el problema era irresoluble. Como hemos indicado anteriormente, la base de la desesperanza del paciente depresivo proviene de su selección, sistemáticamente sesgada, de datos negativos. (Beck, et al; 2010, pp 153-156).

Procedimiento:

- Saludo de bienvenida.
- Retroalimentación de la sesión anterior (es decir, indicarle al paciente que nos mencione como se encuentra una vez ya aplicado la primera técnica, y analizar los logros alcanzados con referencia a la tarea que se envió a casa).
- El terapeuta debe recibir los hechos relatados por parte del paciente y así discutir sobre aspectos que pueden estar conllevando a que él se sienta de esa forma.
- Aplicación de la Psicoeducación abordando los temas relacionados a esta sesión.
- Fortalecer herramientas y habilidades que pueda estar adquiriendo el paciente.
- Desarrollo de la Técnica de Búsqueda de Soluciones Alternativas: Este nos permite proporcionar otro enfoque ante los “problemas irresolubles” ya que el paciente depresivo presenta un sesgo cognitivo negativo a la hora de interpretar los acontecimientos, y al hacerlo pensar en interpretaciones alternativas permite contrarrestar sus sesgos y sustituir las conclusiones anteriores por otras más objetivas.

Tiempo Aproximado/duración:

60 minutos.

Materiales:

- Esferos
- Hojas de papel.
- Trípticos (anexo 11)

Responsable/s.

Equipo de Salud Mental

Sesión 4

Objetivo:

Incentivar la motivación que tiene el adolescente al realizar actividades, y disminuir la presencia de ideas depresivas.

Técnicas-Actividades:

Psicoeducación: Involucra como proceso de cambio los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y

mejorar la calidad de vida (Godoy, et, al: 2020). Esta técnica permitirá proporcionar información a la familia acerca de la importancia de incentivar al adolescente a realizar otras actividades que pueden llegar a ser de su agrado.

Técnica de Dominio y Agrado: Algunos pacientes depresivos realizan ciertas actividades, pero obtienen un escaso nivel de satisfacción o agrado. Para contrarrestar los pensamientos de este tipo, el terapeuta puede hacer hincapié en la realización de actividades agradables, es decir, en la mejoría del estado de ánimo del paciente, aunque sea una mejoría temporal. Se puede confeccionar una lista de actividades potencialmente agradables. El terapeuta puede asignar la tarea de llevar a cabo todos los días una determinada actividad agradable durante un período de tiempo controlado y pedirle al paciente que anote todos los cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociada con la actividad en cuestión. Cuando el paciente realiza varias actividades es conveniente que anote el grado de Dominio y de Agrado. Dominio se refiere al sentido de logro obtenido al realizar una tarea determinada y el Agrado se refiere a los sentimientos de placer, diversión o alegría derivados de una actividad. En ocasiones, incluso la más mínima satisfacción que el paciente atribuya a sus acciones puede ayudar a restablecer su optimismo (Beck, et al; 2010, pp 125-128).

Procedimiento:

- Saludo de bienvenida.
- Espacio de diálogo por parte del paciente.
- Explicación de dudas que se presenten.
- Aplicación de la Psicoeducación abordando los temas relacionados a esta sesión.
- Desarrollo de la técnica de Dominio y Agrado: La programación de actividades y la evaluación de cada una de ellas en las dimensiones de dominio y agrado proporciona datos para identificar y corregir las distorsiones cognitivas. Además, las actividades que ya no sean agradables pueden aislarse y tras experimentaciones adicionales, ser sustituidas por otras.
- Para la realización de esta técnica que será para casa, deberá anotar cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociada con la actividad en cuestión, y lo hará en el cuaderno de registros que se le pidió durante la segunda sesión.

Tiempo Aproximado/duración:

60 minutos.

Materiales:

- Esferos
- Hojas de papel.
- Trípticos (anexo 11)

Responsable/s.

Equipo de Salud Mental

Fase a Nivel Familiar

Sesión 5

Objetivo:

Motivar a la familia en estimular y fortalecer la confianza en el adolescente.

Técnicas o Actividades:

Psicoeducación: Involucra como proceso de cambio los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida (Godoy, et, al: 2020). Esta técnica permitirá proporcionar información a la familia a cerca de la importancia de fomentar y estimular la confianza en los adolescentes.

Las 5 Cualidades: Se pide a la madre, al padre o a ambos que hagan una lista de al menos cinco cualidades de su/s hijo/s, de aspectos que valoran en ellos, de lo que les gusta de ellos como personas. (Beyeback, et al, 2016, pp 109-110)

La Tarea de los POST-IT: Se pide a unos miembros de la familia (por lo general, a los padres) que dejen post-it (notas a colores) a otros (habitualmente, a los hijos) con breves mensajes positivos. Los post-it se esconderán en sitios poco comunes, pero donde el destinatario tenga muchas probabilidades de encontrarlos, por ejemplo, bajo la almohada, sobre la cartera, en el espejo del cuarto, del baño, etc. (Beyeback, et al, 2016, pp 96-97)

Procedimiento:

- Saludo de bienvenida.
- Recabar la información acerca de la familia
- Contestar a preguntas y dudas sobre el proceso psicoterapéutico.
- Fortalecer herramientas y habilidades que puedan tener como familia
- Psicoeducación a cerca de temas que pueden ser relevantes para los familiares en situaciones de estrés de sus hijos, tales como: Brinde seguridad y protección y Ayuda a que su adolescente fomente técnica de entendimiento y adaptación.
- Desarrollo de la Técnica de las 5 cualidades: Utilizamos esta tarea cuando el padre o la madre de un niño o adolescente sólo ve en él limitaciones y defectos, a veces

incluso llegando al desapego y al rechazo. Este sesgo cognitivo negativo dificulta mucho que los padres introduzcan cambios en la forma de tratar al hijo, e incluso que puedan percibir los cambios positivos que éste pueda lograr

- Se envía una tarea a casa La Tarea de los POST-IT: Esta tarea sirve para promover la consideración positiva en la familia. Quien recibe los post-it se siente reconocido y reforzado; quien los escribe presta más atención a los aspectos positivos del destinatario y aprende a valorarlos más.
- Esta tarea es más eficaz si es secreta y el o los destinatarios no saben nada. De esta forma, se añade el elemento sorpresa.

Tiempo Aproximado/duración:

60 minutos.

Materiales:

- Esferos
- Hojas de papel.
- Trípticos (anexo 11)

Responsable/s.

Equipo de Salud Mental

Sesión 6

Objetivo:

Adquirir hábitos positivos ante las conductas negativas de los hijos, reajustándolas y dedicando tiempo a nuevas posibles.

Técnicas-Actividades:

Psicoeducación: Involucra como proceso de cambio los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida (Godoy, et, al: 2020). Esta técnica permitirá proporcionar información a la familia acerca de la importancia de adquirir buenos hábitos ante las conductas negativas de sus hijos

Mano de hierro con guante de seda: Se pide a los padres que tengan «manos de hierro con guantes de seda». La «mano de hierro» consiste en que, en vez de solamente hablar ante las conductas negativas de sus hijos (sermoneando, riñendo, amenazando o intentando chantajear), pasen a la acción y tomen medidas, es decir, que actúen de modo que los despropósitos de su hijo/a tengan consecuencias. Ponerse «guantes de seda» consiste en que estas consecuencias se adopten de forma tranquila, pausada e incluso amable, de modo que se presenten como un resultado desafortunado al que obliga la

conducta del hijo, y no como una represalia o una venganza. De este modo, se disminuye el potencial riesgo de entrar en escalada de enfrentamientos, y se modela además una forma no violenta de comunicación. (Beyeback, et al, 2016, pp 121-122).

Procedimiento:

- Saludo de bienvenida.
- Retroalimentación de la sesión anterior y como están trabajando si tienen dificultades, dudas, preguntas.
- El terapeuta debe recibir los hechos relatados por parte de la familia.
- Aplicación de la Psicoeducación abordando los temas relacionados a esta sesión.
- Desarrollo de la Técnica Mano de hierro con Guante de Seda: Ésta es la estrategia más general para el manejo de conductas problemáticas de los hijos y está indicada siempre que la forma habitual de los padres de responder a los problemas de su hijo sea reñir, sermonear o amenazar... sin llegar a tomar medidas eficaces. Con padres que abusan de los castigos puede ser útil quedarse sólo con la parte del «guante de seda. En este caso, hará falta mucho apoyo del terapeuta y el recordatorio de que los padres están simplemente tratando de educar bien a sus hijos. En otros casos, será necesario reajustar las consecuencias negativas, si son excesivamente severas o se prolongan en demasía, o dedicar un tiempo a encontrar posibles medidas que tomar.
- Tarea para casa: Practicar el control de emociones antes situaciones conflictivas, mediante aprender a escuchar y ser flexible, ya que la educación emocional empieza en casa y es una herramienta básica para afrontar con tranquilidad una discusión familiar.

Tiempo Aproximado/duración:

60 minutos.

Materiales:

- Esferos
- Hojas de papel.
- Trípticos (anexo 11)

Responsable/s.

Equipo de Salud Mental

Sesión 7

Objetivo:

Incrementar habilidades de afrontamiento a los padres/representantes ante las experiencias estresantes en la vida cotidiana, promoviendo una mayor competencia en el manejo de futuras situaciones ante sus hijos.

Técnicas-Actividades:

Psicoeducación: Involucra como proceso de cambio los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida (Godoy, et, al: 2020). Esta técnica permitirá proporcionar información a la familia acerca de la importancia de incrementar habilidades de afrontamiento ante experiencias estresantes.

Técnica de preguntas de Afrontamiento: Sirven para conversar sobre los recursos de la familia en situaciones negativas, incluso de extrema adversidad. Cuando no es posible identificar excepciones o mejorías, es preferible no empeñarse en encontrar excepciones a toda costa, y en lugar de ello adaptarse a la postura negativa de los consultantes “¿Qué estás haciendo para sobrellevar todos estos problemas?” “¿Cómo consigues seguir levantándote por las mañanas y atender a tus hijos, pese a todo?” (Beyebach y Herrero de Vega 2010).

Procedimiento:

- Saludo de bienvenida.
- Aclaración de dudas, inquietudes, sobre las sesiones anteriores.
- Retroalimentación de cómo les está ayudando el proceso psicoterapéutico en el ámbito familiar.
- Aplicación de la Psicoeducación abordando los temas relacionados a esta sesión.
- Desarrollo de la Técnica Preguntas de Afrontamiento: Es considera una técnica dentro del campo de Terapia Familiar Breve Centrada en Soluciones, la misma que nos permitirá reducir el estrés que es derivada de una situación vista como difícil de afrontar, también permite gestionar las emociones delante de la situación problema modificando las propias estrategias y así afrontar con eficacia los eventos estresantes.

Tiempo Aproximado/duración:

60 minutos.

Materiales:

- Esferos
- Hojas de papel.
- Trípticos (anexo 11)

Responsable/s.

Equipo de Salud Mental

Fase a Nivel Colectivo (adolescentes y su familia)

Sesión 8

Objetivo:

Identificar aspectos positivos y recursos dentro del entorno familiar que les permitan fortalecer los lazos afectivos familiares.

Técnicas-Actividades:

Psicoeducación: Involucra como proceso de cambio los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida. (Godoy, et, al: 2020). Esta técnica permitirá proporcionar información a la familia acerca de la importancia de identificar aspectos positivos que les permita fortalecer los lazos afectivos familiares

El Bastón de Hablar: Ofrecemos a la familia una forma distinta de hablar de temas conflictivos: reunirlos en un lugar tranquilo, sentados en el suelo y utilizando el «bastón de hablar». Quien posee el bastón tiene la palabra, los demás sólo pueden escuchar. Una vez ha hablado, deja el bastón en el suelo para que otra persona pueda cogerlo. (Beyeback, et al, 2016, pp 142)

El Mural Familiar: Vamos a proponeros que de aquí a la próxima sesión elaboren un mural bien grande, que represente lo que quieren para todos como familia, que recoja todos sus sueños y aspiraciones. En ese mural pueden dibujar, pintar, pegar fotos o recortes, pero es importante que represente las cosas que deseen en conjunto, como familia, no sólo cada uno de sus aspiraciones personales. Nos gustaría mucho que pudieran traer el mural el próximo día para que podamos verlo y comentarlo aquí. (Beyeback, et al, 2016, pp 104-105)

Procedimiento:

- Saludo de bienvenida.
- Aclaración de dudas, inquietudes de esa sesión
- Aplicación de la Psicoeducación abordando los temas relacionados a esta sesión.
- Desarrollo de la Técnica el bastón de Hablar: Este ejercicio está indicado para familias con hijos adolescentes que experimentan dificultades para hablar de ciertos temas, ya que tienden a subir el tono de la discusión e interrumpirse unos a otros. Planteamos esta tarea como una manera de cambiar su forma habitual de comunicación, asegurando que todo el mundo escuche al que esté en el uso de la

palabra. Añadimos la indicación de que quienes no tengan el bastón no deben sabotear al que habla.

- Tarea adicional para casa, la Técnica El Mural Familiar: El mural familiar está diseñado para promover un «sentido de propósito conjunto» en la familia (Heatherington, Escudero y Friedlander, 2006), es decir, un consenso respecto a qué es lo que la familia desea conseguir/cambiar, Esta tarea requiere de un gran grado de cooperación en la familia, así como de la capacidad de aparcar momentáneamente las diferencias entre sus miembros para trabajar en un proyecto común.
- Esta tarea se presta a realizarse como un experimento en sesión, en función de las inclinaciones artísticas de la familia, como utilizar plastilina o barro en vez de pinturas, componer una canción o incluso rodar una película. Puede sugerirse una tarea doble: que primero los miembros de la familia representen cómo se ven en esos momentos, dominados por el problema que le trae a consulta, y que luego elaboren el mural sobre cómo les gustaría que fueran las cosas entre ellos.

Tiempo Aproximado/duración:

60 minutos.

Materiales:

- Esferos
- Hojas de papel.
- Trípticos (anexo 11)

Responsable/s.

Equipo de Salud Mental

Sesión 9

Objetivo:

Consolidar los logros obtenidos en el proceso de intervención a nivel individual (adolescentes) y familiar con la participación activa de los mismos.

Técnicas-Actividades:

Psicoeducación: Se proporciona a la familia información específica acerca de la enfermedad, tratamiento y pronóstico, también busca abordar situaciones cotidianas en la vida de las personas, que se vuelven complejas por el desconocimiento que supone esta crisis no normativa. Involucra como proceso de cambio los procesos cognitivos, biológicos y sociales particulares de cada individuo para garantizar la autonomía y mejorar la calidad de vida (Godoy, et al, 2020). Esta última sesión nos permitirá enfatizar

puntos claves en los que los involucrados hayan evolucionado favorablemente durante todo el proceso.

Retroalimentación: De acuerdo con Hattie y Timperley (2007) la retroalimentación busca que las personas se den cuenta de la discrepancia que hay entre lo que comprendió y lo que debió haber comprendido, o cómo se ha desempeñado para cumplir con el objetivo de aprendizaje de cada actividad. Dicho de otra manera, que vean la diferencia entre la actividad que entregó y la que debió haber sido entregada, o rectificar el proceso que llevó a cabo con el que debió haber realizado para cumplir con el objetivo de aprendizaje (Martínez, et al, 2014).

Role Playing: Permitir que el entorno familiar hable de todo aquello que les cause malestar y que cada uno de los miembros se ponga en el lugar del otro, intercambiando roles y así conocer diferentes perspectivas de su problema donde puedan reflexionar y comprender sus emociones desarrollando aptitudes como la empatía, resolución de problemas y la capacidad de adaptación.

Cierre: Es la finalización del proceso psicoterapéutico, puntuando aspectos importantes y considerables.

Procedimiento:

- Saludo de bienvenida
- Espacio de preguntas, para esclarecer dudas, inquietudes por parte de los participantes.
- Retroalimentación y socialización de la tarea enviada en la sesión anterior: El paciente mencionará como se sintió al realizar la tarea para casa, si tubo dudas, complicaciones, y que nos dé un puntaje sobre el grado de dificultad que tuvo la tarea o si por el contrario fue sencilla, y como le ayudo con la realización de la misma.
- Psicoeducación: Incentivar a la familia actuar de manera rápida en situaciones de crisis de sus hijos a través de información precisa y eficaz para momentos de tensión tales como: ¿Cómo pueden ayudar los padres? ¿Qué debo hacer si creo que mi hijo está deprimido? Promueva la buena salud
- Cierre del proceso psicoterapéutico: Es importante destacar los logros alcanzados durante este proceso, por parte de los adolescentes como de su familia. Elaborar preguntas relacionadas con la satisfacción del desarrollo del Plan de Intervención.
- Agradecimiento: A todos los involucrados por la participación activa durante todo el proceso psicoterapéutico.

Tiempo Aproximado/duración:

60 minutos.

Materiales:

- Esferos
- Hojas de papel.

Responsable/s.

Equipo de Salud Mental

7. Discusión

En base a la Investigación realizada y con el fin de dar respuesta a la pregunta establecida ¿Cómo se relacionan las dimensiones del Clima Social Familiar con la presencia de la depresión en adolescentes? Y una vez realizado el análisis de los resultados en una Unidad Educativa de la Ciudad de Loja se puede comparar los resultados con otras investigaciones.

Un estudio realizado por Aguilar en el (2021) donde su objetivo fue identificar la relación que existe entre el clima social familiar y depresión en adolescentes de la ciudad de Loja, con una muestra conformada por 200 estudiantes, mostró que se existe una relación estadísticamente significativa inversa entre las dos variables, es decir mientras mejora el clima social familiar los niveles de depresión disminuyen (pp, 1), datos que difieren con la presente investigación, la cual se evidenció que no existe una relación significativa.

Frente a esto en el marco de la teoría de clima social familiar de Moos (1981), como lo cito Guevara, et al, (2019): afirma que si las dimensiones del clima familiar son favorables en un grupo familiar, las habilidades comunicativas serán de manera libre y abierta, tanto sentimientos, emociones negativas y positivas, existirá la comprensión y apoyo adecuado por parte de todos los miembros, además de motivarse el uno al otro direccionando a los miembros a la autorrealización, por otra parte en la dimensión de desarrollo es donde se muestra lo importante que son diversos aprendizajes de desarrollo personal que podrían ser permitidos o no dentro de lo común de la familia, así mismo, en la dimensión de estabilidad la organización y planificación al momento de la programación de actividades serán adecuadas, por tanto, se dará valor a las reglas y responsabilidades asignadas dentro de casa (pp, 68).

Por otro lado, otro estudio realizado por Florián y Goicochea, (2021). Donde la finalidad era identificar si existe o no relación entre el clima social familiar y la depresión en adolescentes, con una muestra de 135 participantes, concluyendo mediante la prueba estadística Rho de Spearman que no existe una relación significativa, datos semejantes a los encontrados en esta investigación. Los resultados de cada una de las variables también se contrastan de manera semejante, ya que estos autores reflejan resultados más prevalentes en el clima social familiar medio con un 53,30% con un nivel de depresión leve, de la misma manera este estudio manifiesta un nivel medio de clima social familiar con un 43,6% con un nivel de depresión mínimo.

Es así que la depresión en los adolescentes no siempre se debería a componentes familiares sino a otras causantes como se menciona en otra investigación según Hernández e Iparraguirre (2020) donde se afirma que en su estudio de funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes de una Institución Educativa de Baños del Inca de la ciudad de Cajamarca , no se encontró una alta significancia, es decir que hubo resultados bajos de relación de funcionalidad familiar y la depresión en los adolescentes ya que los causantes se debieron a baja autoestima, problemas personales y académicos (pp, 109).

Es por eso entonces que si puede haber otro tipo de factores que generen la depresión como se menciona en la teoría de Preston (2004) quien asevera que la depresión se da por factores genéticos que pueden ser heredados por gemelos o por la madre. Así mismo también citamos a Jervis, (2005) quien menciona que la depresión en los hijos puede ser por factores psicológicos, ya que las emociones presentan un papel fundamental en el progreso de la personalidad y si son bien educados durante los primeros años de vida se podrán mostrar de la mejor manera en una etapa adulta.

Entonces dentro del marco de la teoría de Bandura y Ribes (1975) afirman que la influencia familiar de los padres modela la conducta de sus hijos desde muy temprana edad, pudiendo incluso impulsar a comportamientos agresivos y de odio hacia los demás las cuales se verían influenciadas por conductas de tristeza aprendida.

Y finalmente en un estudio encontrado en la ciudad de Loja por Gomes et al., (2019) realizó una investigación con la finalidad de identificar la relación del Clima Social Familiar y Depresión en Adolescentes de la ciudad de Loja, con una muestra de 100 estudiantes, y en relación a su resultado, tampoco encontró relación significativa entre sus variables, de la cual se obtuvo que el 56% de los adolescentes mostraron un clima social familiar en un nivel medio y en lo que respecta a la depresión el 47% presentan mínima depresión, el 24% depresión moderada, el 22% depresión grave y el 7% restante depresión leve. (pp. 1). Datos que al ser contrastados con la literatura y los resultados de la presente investigación donde se muestra que en los adolescentes referente al clima social familiar el porcentaje que más predomina es el 43,6 % ubicado en el nivel medio, y de la misma forma presentando una sintomatología depresiva mínima de 48,7%, identificando de igual manera la falta relación estadísticamente significativa.

8. Conclusiones

A través de la aplicación de la Escala del Clima Familiar de Moos, la misma que consta de tres dimensiones, se ha evidenciado que en la dimensión de relación tuvo mayor prevalencia el nivel medio, en la dimensión de crecimiento también el nivel medio prevaleció y finalmente en la dimensión de mantenimiento del sistema tuvo mayor prevalencia el nivel alto en los adolescentes.

Con la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, se evidenció que, el nivel de depresión más frecuente es el mínimo, seguido del grave, leve y finalmente el moderado en la población de estudio.

En este trabajo de integración curricular se determinó que, el clima social familiar bajo no es influyente en la depresión en los adolescentes, ya que prevalecieron los niveles más bajos en depresión mínima y grave en comparación al resto de porcentajes, en el clima social medio tampoco se ve una influencia en la depresión ya que prevalecieron niveles de depresión mínima, así mismo en clima social familiar alto prevalecieron niveles de depresión mínima, lo que explica la falta de relación entre estas dos variables. Este análisis se pudo corroborar al aplicar la prueba estadística de Rho Spearman que es de ,995 (anexo 9) donde sus valores de significación son mayores a 0,05 evidenciando que no hay una correlación estadísticamente significativa entre sus variables.

Finalmente se elaboró una propuesta de intervención en Salud Mental en los adolescentes y su familia, para prevenir o disminuir sintomatología depresiva, considerando como principal factor protector e influyente la interrelación familiar, constituida por tres fases: nivel individual, a nivel familiar y a nivel colectivo.

Intervención Individual: dirigido al adolescente, constó de 4 sesiones, el cual cumple con el objetivo de: intervenir a nivel individual con estrategias de encuadre, rapport y empatía para un desarrollo eficaz en la relación terapeuta-paciente, así como aplicación de técnicas para identificar pensamientos negativos que se asocian a síntomas depresivos mediante una técnica cognitiva y fomentar habilidades de toma de decisiones e incentivar la motivación en el adolescente.

Intervención Familiar: dirigido a la familia, constó de 3 sesiones, con objetivo de: Intervenir a nivel familiar con técnicas que permitan estimular y fortalecer la confianza en el adolescente, adquirir hábitos positivos ante las conductas negativas de los hijos, así como incrementar habilidades de afrontamiento y así promover una mayor competencia al mejor manejo de situaciones estresantes.

Intervención Colectiva: dirigido a adolescentes y su familia, el mismo que constará de 2 sesiones incluido el cierre, el cual tuvo como finalidad: intervenir a nivel colectivo con técnicas que permitan identificar aspectos positivos y recursos dentro del entorno familiar, y consolidar los logros obtenidos en la misma

9. Recomendaciones

Para finalizar la presente investigación se recomienda tomar en cuenta lo siguiente en base a los resultados y las conclusiones:

- Tomando en consideración que no existen muchos estudios sobre este tema, realizar más investigaciones acerca de esta problemática: clima social familiar y Depresión, ya que a nivel local y a nivel nacional no existieron muchos aportes para la recolección de información.
- Es de conocimiento público que, durante la adolescencia, considerada como una etapa muy vulnerable en los individuos se manifieste sintomatología depresiva, causada por cualquier situación o por varios factores estresores, por lo tanto, se recomienda organizar una intervención en primera línea por parte de profesionales conocedores del campo de la psicología con el objetivo de ayudar promocionar o prevenir problemas en salud mental.
- Debido que no se encontró una correlación estadísticamente significativa entre estas dos variables, se recomienda realizar futuras investigaciones con otras variables que puedan estar relacionadas con la presencia de los niveles de depresión.
- Y finalmente sería importante la aplicación y ejecución de esta propuesta de Intervención en Salud Mental, en los adolescentes y su familia, por parte de profesionales o aquellos estudiantes de Psicología Clínica, en esta población estudiada ya que cuya intervención en los niveles mencionados anteriormente pueden contribuir a una mejor calidad de vida.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, S. (2021). Clima social familiar y su relación con la depresión en adolescentes de 15 a 17 años de edad de la ciudad de Loja.
<https://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/28914>
2. Aliaga, A. (2014). Factores sociodemográficos culturales y psicológicos 4. relacionados con el intento de suicidio en pacientes atendidos en el Hospital de Apoyo Celendín de Cajamarca. [tesis de licenciatura, Universidad Nacional de Cajamarca]. Repositorio Institucional.
<http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/50/T%20362.28%20A398%202014.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. American Academic of Pediatrics (S.N.) 26 de febrero del 2018. La depresión en la Adolescencia: ¿Qué pueden hacer los padres para ayudar? <https://normas-apa.org/referencias/citar-pagina-web/#:~:text=citar%20un%20peri%C3%B3dico.-,Citar%20una%20p%C3%A1gina%20web%20entera,incluya%20la%20URL%20entre%20par%C3%A9ntesis.>
4. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)
5. Archilla, H (2019). Desarrollo del Raport a través de proyectos de centros para posibilitar conexiones entre asignaturas, docentes, y el entorno: la radio escolar.
<file:///C:/Users/HP/Downloads/CaptuloHctor.pdf>
6. Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K., & Vázquez, C. *BDI-II: Inventario de depresión de Beck-II*.
7. Beck, A. y Shaw, B. (2010). Terapia Cognitiva de la depresión. DESCLÉE DE BROWER, S.A., 26 Terapia Cognitiva Depression.pdf
8. Beyebach, M. y Herrero de Vega, M. (2010). 200 tareas en terapia breve individual, familiar y de pareja. Barcelona: Herder.
9. Beyebach, M. y Herrero, M. (2016). 200 tareas en terapia breve individual, familiar y pareja. S.L. Barcelona. 200 tareas Terapia Cognitiva Conductual.pdf
10. Carrasco, A. (2017). Modelos Psicoterapéuticos para la depresión: hacia un enfoque integrado. Revista Interamericana de Psicología, 51 (2). 3-7.
<https://www.redalyc.org/pdf/284/28454546004.pdf>.
11. Castillo Gómez, Carla Cristina. Mansanillas Rojas, Tatiana Cecibel. (2021). Clima social familiar y su relación con la depresión en adolescentes de 12 a 14

- años de edad de la Ciudad de Loja. [Licenciado en Psicología, Universidad Técnica Particular de Loja]. Repositorio Institucional.
<http://dspace.utpl.edu.ec/handle/20.500.11962/28948>
- 12.** César Sandino, R. Roció Risco, C. (2019). CLIMA SOCIAL FAMILIAR. [Para optar el grado de bachiller en Psicología, UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO GUILLERMO URRELO]. Repositorio Institucional.
<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/916/MONOGRAFIA%20-%20CLIMA%20SOCIAL%20FAMILIAR.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 - 13.** Chías, M. (14 de enero del 2019). Como hacer un encuadre terapéutico. Instituto Galene. <https://galene.es/supervision-de-casos/como-hacer-un-encuadre-terapeutico/#:~:text=Qu%C3%A9%20es%20el%20encuadre%20de%20la%20terapia&text=Como%20decimos%2C%20el%20encuadre%20aporta,va%20a%20permitir%20mantenernos%20orientados>.
 - 14.** Espinoza Heredia Ana, R y Vera Calderón Loida, N (2016). Clima social familiar y rendimiento académico en los estudiantes de la Escuela Profesional de Economía de la Universidad Nacional de San Martín Tarapoto, 2016. [Tesis inédita de licenciatura, Universidad Peruana Unión, Tarapoto]. Repositorio Institucional.
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/734/Ana_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 - 15.** Francisco, S. Nelly, A. Luis, G. (2016). Escala del Clima Familiar de Moos, Universidad de Tarapacá Iquique.
 - 16.** Franco, J. (8 de julio del 2020). Terapia familiar para vencer la depresión. Psicólogo-Online.Info. <http://www.psicologo-online.info/2020/07/terapia-familiar-para-vencer-la.html>.
 - 17.** Gleny, W. (2019). Clima Social Familiar y Conductas Antisociales en Adolescentes de una Institución Educativa. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional.
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3667/UNFV_GUTIERREZ_WARTON_GLENI_MARILI_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 - 18.** Godoy, D. Eberhard, A. Abarca, F. Acuña, B. Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares.

MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES. 31(2), 1-5.

file:///C:/Users/HP/Downloads/Psicoeducacion_en_salud_mental_una_herramienta_par%20(1).pdf

19. Hernández, U. y Iparraguirre, F. (2020). Funcionalidad familiar y depresión en un grupo de adolescentes de una institución educativa del distrito de baños del inca de Cajamarca – Perú. [tesis de licenciatura, universidad privada Antonio Guillermo Urrelo]. Repositorio Institucional UN.
<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1262/TESIS%20-%20Funcionalidad%20Familiar%20y%20Depresi%C3%B3n....pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Jervis, G. (2005). La depresión: dos enfoques complementarios. Madrid. Editorial: Fundamentos. Recuperado de:
http://books.google.com.pe/books?id=DGDnf2SQIdAC&pg=PA44&dq=FACTORES+DE+LA+DEPRESION&hl=es&sa=X&ei=z_RGVOfqHoPGgwTQoHQB_g&ved=0CCUQ6AEwAg#v=onepage&q=FACTORES%20DE%20LA%20DEPRESION&f=false.
21. Lagoa, M. (7 de junio del 2021). Depresión en adolescentes: signos de alerta y como ayudarlos.
<https://cuidateplus.marca.com/familia/adolescencia/2020/10/05/como-ayudar-adolescente-depresion-175097.html>.
22. Madelyn, Z. (2017). RELACIONES INTRAFAMILIARES Y SU INCIDENCIA EN LA DEPRESIÓN EN ASPIRANTES A POLICÍAS. [Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Institucional.
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/25549/2/Proyecto%20de%20Investigacion%20Madelyn%20Cando.pdf>
23. Maquera, O. (2020). Clima Social Familiar Y Rendimiento Académico en estudiantes del IV ciclo del nivel primaria de una Institución Educativa Privada de Mujeres del Cusco, con participación de padres de familia en el contexto de emergencia sanitaria. [Investigación Desarrollada para optar el TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio Institucional de la Universidad Autónoma de Ica.
<http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/655/1/MAQU>

- ERA%20OLIVARES%20KARINA-
MAQUERA%20OLIVARES%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf
24. Martínez, L. Gustavo, F. Vargas, T. Adriana, L. (2014). Retroalimentación Formativa para Estudiantes de Educación a Distancia. *Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 17(2). 197-221.
<https://www.redalyc.org/pdf/3314/331431248010.pdf>
25. Mayo Clinic. (19 de julio del 2021). Depresión. *Mayoclinic*.
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>.
26. Mendoza, G. (9 de septiembre del 2019). “Plan de Intervención Psicológica basado en la Terapia Breve Centrada en Soluciones, para Adolescentes con indicadores Depresivos de la Unidad Fiscomisional San Francisco de Asís”.
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22456/1/Plan%20de%20Intervenci%C3%B3n%20Psicol%C3%B3gica%20basado%20en%20la%20Terapia%20Breve%20Centrada%20en%20Soluciones%20para%20adolescentes%20co.pdf>.
[Mhttps://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3401/1/Alcntara_Castro_Miriam_TFG_Psicologa.pdf](https://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/3401/1/Alcntara_Castro_Miriam_TFG_Psicologa.pdf)
27. Miller, C (s.f.). ¿Cuáles son los tipos de depresión? *Child Mind Institute*.
<https://childmind.org/es/articulo/cuales-son-los-tipos-de-depresion/>
28. Navarro, L., J., Moscoso, M & Calderón, G., (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*. 23 (1). 57-74. <http://ojs3.revistaliberabit.com/index.php/Liberabit/article/view/15/52>
29. Orccori, C. Mmaní, C. (2018). Clima Familiar y su influencia en el desarrollo de los Estilos de AFRONTAMIENTO en la Adolescencia de los participantes del Programa “Jóvenes Líderes hacia un Futuro Mejor” del Ministerio Público, Arequipa – 2017. [Para obtener el Título Profesional de Licenciadas en Trabajo Social, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Repositorio Institucional.
<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/6641/TScaorl.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- 30.** Preston, J. (2004). *Cómo vencer la depresión*. México. Editorial: Pax, México.
Recuperado de:
<http://books.google.com.pe/books?id=e4vCKfazAQQC&pg=PA15&dq=que+es+la+depresion&hl=es&sa=X&ei=JO5GVIGHJpHOggTNkIHQDQ&sqi=2&ved=0CDkQ6AEwBQ#v=onepage&q=que%20es%20la%20depresion&f=false>.
- 31.** Retamal, P. (1999). *Depresión*. Editorial Universitaria.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=1kwVmA7st_cC&oi=fnd&pg=PA9&dq=tipos+de+depresi%C3%B3n&ots=7QUjXwwX4W&sig=CdzyDgr_twX1wjE fzJ1XnBo9p9M#v=onepage&q=tipos%20de%20depresi%C3%B3n&f=false
- 32.** Rivero, M. (2019). *Empatía, El arte de entender a los demás*.
<file:///C:/Users/HP/Downloads/Empatiaelartedeentenderalosdemas.pdf>
- 33.** Rossmery, G. Lizeth, Florián. (2021). *Clima Social Familiar y Depresión en Estudiantes de una Institución Educativa de Celendín 2020*. [aprobación de tesis para adquirir el título profesional, Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo]. Repositorio Institucional
<http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/1723/tesis%202021clima%20social%20familiar%20y%20depresi%C3%B3n%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- 34.** Soldevilla, A. (5 de agosto del 2012). Mensalus. La terapia breve y el estado anímico depresivo. <https://mensalus.es/blog/ansiedad-estres/2014/03/la-terapia-breve-y-el-estado-animico-depres>
- 35.** Vannesa, L. Días, P. Dancy, E. (2011). *Terapia cognitiva-conductual (TCC) Como tratamiento para la depresión: Una revisión del estado del arte*. Duazary, 8(2), 1-8. <https://normas-apa.org/referencias/citar-revista/>

11. Anexos.

Anexo 1 Aprobación del proyecto Informe de estructura coherencia y Pertinencia.



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 30 de junio de 2022

Dra.

Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.

GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo, deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del oficio circular: N°258-C.PS.CL-FSH-unl, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado: **"EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE LOJA, PERIODO 2022"**, de autoría del estudiante: Jimmy Paul Yanza Criollo, con c.i. 1105439325, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, concluyo con lo siguiente:

- Al presentar las debidas las correcciones, **el Proyecto mencionado es pertinente, cuenta con estructura y coherencia en su totalidad.**

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.

Atentamente,



GABRIELA
FERNANDA ROJAS
MUNOZ

Psi. Cl. Gabriela Fernanda Rojas. Mg.Sc.

1104892029

gabriela.rojas@unl.edu.ec

PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL 1 DE LA UNL

c.c.: Archivo

Anexo 2 Solicitud de Asignación del Tutor



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No.446- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 25 de agosto del 2022

Psicóloga Clínica

Gabriela Fernanda Rojas Muñoz Mgs

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA- FSH-UNL

Ciudad. -

De mi consideración:

Con un cordial y atento saludo, y acogiendo lo establecido en el Art. 228 del Reglamento de Régimen Académico 2021 de la Universidad Nacional de Loja, una vez emitido el informe favorable de pertinencia del Proyecto de Tesis titulado: "EL CLIMA SOCIAL FAMILIAR Y LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE LA CIUDAD DE LOJA", de autoría del Sr Jimmy Paúl Yanza Criollo estudiante del VIII ciclo, me permito designarle DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR y autorizo su ejecución.

Art. 228 en su parte pertinente dice: El director del trabajo de integración curricular o de titulación será responsable de asesorar y monitorear con pertinencia y rigurosidad científico-técnica la ejecución del proyecto y de revisar oportunamente los informes de avance, los cuales serán devueltos al aspirante con las observaciones, sugerencias y recomendaciones necesarias para asegurar la calidad de la investigación. Cuando sea necesario, visitará y monitoreará el escenario donde se desarrolle el trabajo de integración curricular o de titulación

Particular que me permito informar, para los fines consiguientes y agradecerle su atención.

Atentamente,



ANA CATALINA
PUERTAS
PUERTAS

Dra. Ana Puertas Puertas Mgs

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL**

C/c. Jimmy Paúl Yanza Criollo.
Expediente estudiantil
Archivo

Anexo 3 Oficio de Aprobación del Lugar de estudio



UNL

Universidad
Nacional
de Loja **CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. 241- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 17 de Mayo del 2021

Magister
Juan Imaicela
RECTOR DE LA UNIDAD EDUCATIVA "ADOLFO VALAREZO"
Ciudad -

De mi consideración:

Por medio de la presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que los estudiantes **Camila Belén Alejandro Salazar** CI.1150182814, **Sharon Carolina Piedra Caillagua** CI 1150007208 y, **Jimmy Paul Yanza Criollo** CI 1105439325, estudiantes del VIII ciclo respectivamente, puedan desarrollar su Trabajo de Integración Curricular en la Institución que acertadamente dirige. Previo a obtener el Título de Licenciados en Psicología Clínica, con la coordinación de la Psic. CI. Mayra Daniela Ayala Medina

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración y gratitud.

CIPJK
Dra Ana Puentes Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL



Archivo
APA/tsc

[Handwritten Signature]
Autorizado
17/05/2021
UNIDAD EDUCATIVA
"ADOLFO VALAREZO"
RECTORADO
LOJA - ECUADOR

Calle Manuel Monteros
1136 el Hospital Pedro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo 4 Certificación del Abstrac



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis **"El Clima Social Familiar y la Depresión en Adolescentes de una Unidad Educativa de la Ciudad de Loja, periodo 2022"**, autoría de **Jimmy Paul Yanza Criollo** con número de cédula **1105439325**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 7 de septiembre del 2022

Ing. María Belén Novillo Sánchez.

ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuente y Miguel Rifoño - Teléfono: 072578899
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072608169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec

Anexo 5 Consentimiento Informado

Fecha.....

Yo.....identificado(a) con cédula de ciudadanía número..... en mi calidad de representante legal de los niños(as) /adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo

Certifico que he sido informado(a) con claridad de la aplicación de dos reactivos psicológicos a mis representados, como parte de un proyecto de investigación que el señor Jimmy Paul Yanza Criollo con cedula de identidad 1105439325 estudiante de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja que pretende estudiar el Clima Social Familiar y Depresión en Adolescentes de una Unidad Educativa de la Ciudad de Loja; por tanto, a través del presente documento, dejo claridad de mi aceptación de la participación de mis representados.

Finalmente, manifiesto que la estudiante encargada de la aplicación de los reactivos me ha informado de que los mismos serán totalmente anónimos, es decir, no se expondrán los nombres de ninguno de mis representados. Por ende, autorizo la participación voluntaria de mis representados en este proceso de investigación.

Firma

Anexo 6 Asentimiento Informado

Fecha.....

Yo.....identificado(a)
con cédula de ciudadanía número.....
certifico que he sido informado(a) con claridad de la aplicación de dos reactivos psicológicos hacia mi persona, como parte de un proyecto de investigación que el Señor Jimmy Paul Yanza Criollo con cedula de identidad 1105439325 estudiante de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja que pretende estudiar Clima Social Familiar y Depresión en Adolescentes de una Unidad Educativa de la Ciudad de Loja, periodo 2022 ; por tanto, a través del presente documento, dejo claridad de mi aceptación para participar en dicha actividad.

Finalmente, manifiesto que los estudiantes encargados de la entrevista me han aclarado las dudas que han surgido de mi participación libre y voluntaria en este proceso de investigación.

Firma

Anexo 7 Instrumentos de Evaluación: Escala de Clima Familiar de Moos



Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas
Departamento de Ciencias Sociales
Sede Esmeralda – Iquique

ESCALA DE CLIMA FAMILIAR Forma para estudiantes

Nombre:

Fecha:

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | |
|------|----------|-----|------|----------------------|-----|------|---------------|-----|-----|------|------|
| | Coh | Exp | Conf | Ind | Log | Cult | Rec | Mor | Org | Cont | |
| PD | | | | | | | | | | | |
| | 6 | 6 | 6 | 3 | 4 | 6 | 6 | 6 | 5 | 4 | Esca |
| PC | | | | | | | | | | | SumD |
| Apod | | | | | | | | | | | Disc |
| D | | | | | | | | | | | |
| | Relación | | | Crecimiento personal | | | Mantenimiento | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Esta escala contiene afirmaciones acerca de la vida de su familia. Usted tiene que señalar cuáles de ellas son verdaderas o falsas para su situación en particular.

Si usted cree que una afirmación es VERDADERA, o en su mayor parte VERDADERA para su familia, marque con una X en el espacio correspondiente a la letra V (VERDADERO). Si usted cree que la afirmación es FALSA, o en su mayor parte FALSA para su familia, marque con una X en el espacio correspondiente a la letra F (FALSO).

Es posible que algunas afirmaciones sean verdaderas para algunos miembros de la familia y falsas para otros. En estos casos, marque con una X el espacio correspondiente a V si la afirmación es VERDADERA para la mayor parte de los miembros de su familia y F si la afirmación es FALSA para la mayor parte de dichos miembros. Si los miembros de su familia están divididos en igual número a favor y en contra, decida y responda de acuerdo a la impresión más fuerte que usted tenga.

Recuerde, nos gustaría saber cómo ve USTED a su familia. No trate de imaginar como los otros miembros de su familia la ven, sino trate USTED de darnos una impresión general de su familia a través de cada una de las afirmaciones.

| Afirmación | V | F |
|---|---|---|
| 1.- Los miembros de mi familia realmente se ayudan y se apoyan entre sí. | | |
| 2.- Los miembros de mi familia rara vez expresan sus sentimientos. | | |
| 3.- En nuestra familia, peleamos mucho. | | |
| 5.- En mi familia creemos que es importante ser el mejor en cualquier cosa que hagamos. | | |



Escala de clima familiar de Moos – adaptación para estudiantes secundarios, Iquique

| Afirmación | V | F |
|---|---|---|
| 8.- Los miembros de mi familia asisten con frecuencia al templo. | | |
| 10.- A los miembros de mi familia rara vez se les dan órdenes en la casa. | | |
| 16.- Con mi familia casi nunca asistimos a charlas, obras de teatro o conciertos. | | |
| 18.- En nuestra familia no rezamos en casa. | | |
| 19.- En mi familia somos, generalmente, muy limpios y ordenados. | | |
| 20.- En mi casa existen muy pocas normas. | | |
| 23.- Los miembros de mi familia, algunas veces, se enojan tanto que se tiran las cosas. | | |
| 25.- El dinero que una persona gane no es muy importante para nosotros. | | |
| 26.- En nuestra familia es muy importante aprender cosas nuevas y diferentes. | | |
| 27.- En nuestra familia nadie practica algún tipo de deporte. | | |
| 28.- En mi familia a menudo conversamos sobre el significado de la Navidad, Semana Santa y otras festividades. | | |
| 31.- En nuestra familia, existe un sentimiento de unión. | | |
| 32.- En nuestra familia, nos contamos nuestros problemas personales. | | |
| 35.- En nuestra familia, creemos en la competencia y en que "gane el mejor". | | |
| 36.- Nosotros no somos personas interesadas en las actividades culturales. | | |
| 37.- En mi familia a menudo vamos al cine, asistimos a eventos deportivos, realizamos paseos, etc. | | |
| 39.- La puntualidad es muy importante en nuestra familia. | | |
| 40.- En casa hay maneras establecidas de hacer las cosas. | | |
| 42.- En nuestra familia, por lo general, cuando sentimos ganas de expresar algo en un momento dado, simplemente lo hacemos. | | |
| 43.- Los miembros de mi familia con frecuencia nos criticamos entre sí. | | |

| | | |
|--|--|--|
| 47.- Cada miembro de nuestra familia tiene uno o dos hobbies. | | |
| 48.- Los miembros de mi familia tienen ideas estrictas con respecto a lo que es correcto o incorrecto. | | |
| 50.- En nuestra familia se pone énfasis en el cumplimiento de las normas. | | |

10



Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas
Departamento de Ciencias Sociales
Sede Esmeralda – Iquique

UNIVERSIDAD
DE TARAPACÁ

| | | |
|--|--|--|
| 76.- En nuestra familia ver la televisión es más importante que leer. | | |
| 77.- Los miembros de mi familia participan mucho en actividades sociales. | | |
| 78.- La Biblia u otros libros religiosos son muy importantes en nuestro hogar. | | |
| 81.- En nuestra familia a cada uno se le dedica bastante tiempo y atención. | | |
| 82.- En mi familia se desarrollan muchas conversaciones espontáneas. | | |
| 83.- En nuestra familia se piensa que alzando la voz no se logra llegar a ninguna parte. | | |
| 84.- En nuestra casa no se nos estimula a hablar por nuestra propia cuenta. | | |

11

| Afirmación | V | F |
|---|---|---|
| 51.- Los miembros de mi familia realmente se apoyan unos a otros. | | |
| 52.- Si uno se queja en nuestra familia, por lo general alguien se molesta. | | |
| 53.- Algunas veces los miembros de mi familia se dan golpes. | | |
| 54.- En nuestra familia, cuando surge un problema, cada uno participa en la solución. | | |
| 57.- Los miembros de mi familia no participan en actividades recreativas fuera del trabajo o del colegio. | | |
| 59.- Los miembros de mi familia se aseguran de que sus dormitorios estén ordenados. | | |
| 61.- En nuestra familia existe muy poco espíritu de grupo. | | |
| 62.- El asunto dinero y pago de cuentas es comentado abiertamente en nuestra familia. | | |
| 63.- Cuando existe un desacuerdo en nuestra familia, tratamos firmemente de suavizar las cosas y mantener la paz. | | |
| 64.- Los miembros de mi familia se estimulan poderosamente para que cada quien defienda sus derechos. | | |
| 66.- Los miembros de mi familia concurren a menudo a la biblioteca. | | |
| 67.- Los miembros de mi familia asisten algunas veces a cursos que les interesan, o que tienen que ver con algún hobby. | | |



UNIVERSIDAD
DE TARAPACÁ

Escala de clima familiar de Moos – adaptación para estudiantes secundarios, Iquique

| Afirmación | V | F |
|---|---|---|
| 85.- A los miembros de nuestra familia a menudo se les compara con otros, en cuanto al éxito en la escuela o en el trabajo. | | |
| 86.- A los miembros de mi familia les gusta realmente la música, el arte o la literatura. | | |
| 88.- Los miembros de mi familia creen que si cometes un pecado serás castigado. | | |
| 89.- En nuestra familia los platos se lavan, por lo general, inmediatamente después de comer. | | |

Anexo 8 Inventario de Depresión de Beck

Nombre: _____ Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Ocupación: _____ Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 Estoy triste todo el tiempo.
- 3 Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que estoy siendo castigado.
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
- 2 Querría matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

Título original: *Beck Depression Inventory* (Second edition)
 Traducido y adaptado con permiso.
 © 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation,
 USA.
 © de la traducción al castellano 2006 by The Psychological

Subtotal Página 1

Continúa atrás

1. Adaptación: Lic. María Elena Brenlla

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso.
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a Duermo la mayor parte del día.
- 3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a No tengo en apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

_____ Subtotal Página 2

_____ Subtotal Página 1

_____ Puntaje total

Anexo 9 Tablas de Datos Sociodemográficos

Género

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|-------------------|-------------------|
| F | 43 | 55,1 |
| M | 35 | 44,9 |
| Total | 78 | 100 |

Nota: Unidad educativa “Adolfo Valarezo”.

En la tabla 1. Como se puede ver que el mayor grupo que sobresale es el del género femenino con un porcentaje de 55,1%, y por otro lado con un porcentaje menor es el del masculino de 44,9%, no es una diferencia muy marcada, sin embargo, la que predomina es la femenina.

Edad

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|-------------------|-------------------|
| 14 | 1 | 1,3 |
| 15 | 28 | 35,9 |
| 16 | 31 | 39,7 |
| 17 | 16 | 20,5 |
| 18 | 2 | 2,6 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Unidad educativa “Adolfo Valarezo”.

En la tabla 2: En cuanto a la distribución de los adolescentes de acuerdo a su edad el que más predomina es el de 16 años con un porcentaje de 39,7%, seguido el de 15 años con un porcentaje de 35,9%, luego está el de 17 años con un porcentaje 20,5%, posteriormente está el de 18 años con un porcentaje de 2,6%, y finalmente el de 14 años con un porcentaje de 1,3%.

Paralelos

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|-------------------|-------------------|
| A | 5 | 6,4 |
| B | 8 | 10,3 |
| C | 18 | 23,1 |
| D | 14 | 17,9 |
| E | 14 | 17,9 |
| F | 19 | 24,4 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Unidad educativa “Adolfo Valarezo”.

En la tabla 3: Se evidencia que, de acuerdo a la distribución de los adolescentes por paralelo, el 24,4% corresponde al paralelo F, luego el 23,1% pertenece al paralelo C, seguido del

paralelo D y E con el 17.9%, el 10,3% corresponde al paralelo B, y finalmente el 6,4% pertenece al paralelo A.

Tablas De las Subdimensiones del Clima Social Familiar

Cohesión

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|-------------------|-------------------|
| No existe | 21 | 26,9 |
| Si existe | 57 | 73,1 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la siguiente tabla concerniente a la cohesión, que mide el grado de compromiso y apoyo familiar entre sí, se puede observar que el 26,9%, no existe cohesión, mientras que el 73,1% si existe cohesión.

Expresividad

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|-------------------|-------------------|
| No existe | 43 | 55,1 |
| Si existe | 35 | 44,9 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la siguiente tabla concerniente a la expresividad, que mide el grado en que se estimula a los miembros de la familia para que actúen abiertamente y expresen en forma directa sus opiniones y sentimientos, se puede observar que el 55, 1% no presenta expresividad, mientras que el 44,9%, si presentan expresividad.

Conflicto

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|-------------------|-------------------|
| No existe | 69 | 88,5 |
| Si existe | 9 | 11,5 |
| Total | 78 | 100,0 |

Fuente: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la siguiente tabla concerniente al conflicto, que mide el grado de expresiones de ira y agresión que los miembros de la familia se manifiestan entre sí, se puede observar que el 88,5% no presentan conflicto, mientras que el 11,9 % si tienen conflicto.

Independencia

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|-------------------|-------------------|
| No existe | 31 | 39,7 |
| Si existe | 47 | 60,3 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la siguiente tabla concerniente a la Independencia, que valora la medida en que los miembros de la familia son asertivos, autosuficientes y autónomos para tomar sus propias decisiones y actuar libremente, se puede observar que el 39,7%,3% no presentan independencia, mientras que el 60,3 % si existe Independencia.

Orientación Hacia el Logro

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|-------------------|-------------------|
| No existe | 60 | 76,9 |
| Si existe | 18 | 23,1 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la siguiente tabla concerniente a la Orientación hacia el Logro que mide la extensión en que las actividades, tanto de la escuela como del trabajo, se realicen con un enfoque dirigido hacia la obtención del éxito, dentro de un marco de competencia, se puede observar que el 76,9% no presentan orientación hacia el logro, mientras que el 23,1 % si existe Orientación hacia el Logro.

Orientación hacia las Actividades Culturales e Intelectuales

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|-------------------|-------------------|
| No existe | 50 | 64,1 |
| Si existe | 28 | 35,9 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la siguiente tabla concerniente a la Orientación hacia las Actividades Culturales e Intelectuales que mide el grado de interés y participación de los miembros de la familia en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales, y el renovado deseo por actualizarse y aprender cosas nuevas. Se puede observar que él 64,1% no presenta orientación hacia las actividades culturales e intelectuales, mientras que el 35,9 % si tiene orientación hacia las actividades culturales e intelectuales.

Orientación hacia las Actividades Recreativas

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|-------------------|-------------------|
| No existe | 55 | 70,5 |
| Si Existe | 23 | 29,5 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la siguiente tabla concerniente a la Orientación hacia las Actividades Recreativas que mide el grado de participación en actividades sociales y de recreación, se puede observar que el 70,5% no presentan orientación hacia las actividades recreativas, mientras que el 29,5 % si existe orientación hacia las actividades recreativas.

Énfasis en los Aspectos Morales y Religiosos

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|-------------------|-------------------|
| No Existe | 28 | 35,9 |
| Si Existe | 50 | 64,1 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la siguiente tabla concerniente al Énfasis en los Aspectos Morales y Religiosos que mide el grado en que se enfatizan en la familia los aspectos éticos, morales y religiosos, se puede observar que el 35,9 % no presentan énfasis en los aspectos morales y religiosos, mientras que el 64,1 % si existe énfasis en los aspectos morales y religiosos.

Organización

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|-------------------|-------------------|
| No Existe | 9 | 11,5 |
| Si Existe | 69 | 88,5 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la siguiente tabla concerniente a la Organización, que mide el grado de importancia que se le atribuye a la organización y a la estructura cuando se planifican las actividades y se asignan responsabilidades, se puede observar que el 11,5% no tienen organización, mientras que el 88,5 % si presentan organización.

Control

| | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|-------------------|-------------------|
| No Existe | 45 | 57,7 |
| Si Existe | 33 | 42,3 |
| Total | 78 | 100,0 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la siguiente tabla concerniente al control que evalúa la medida en que las normas y los procedimientos establecidos en el hogar se aplican para el funcionamiento de la vida familiar, se puede observar que el 57,7% no presentan control, mientras que el 42,3 % si existe control.

Anexo 10 Tabla Estadística: Rho de Spearman

| | | Correlaciones | | |
|-----------------|-----------------------|-----------------------------|----------------------|--------------------------|
| | | | Niveles Depresión | Clima Social Familiar |
| Rho de Spearman | Niveles Depresión | Coefficiente de correlación | 1,000 | -,001 |
| | | Sig. (bilateral) | . | ,995 |
| | | N | 78 | 78 |
| | Clima Social Familiar | Coefficiente de correlación | -,001 | 1,000 |
| | | Sig. (bilateral) | ,995 | . |
| | | N | 78 | 78 |

Nota: Escala de clima familiar de Moos, E Inventario de Depresión de Beck-BYII aplicado en adolescentes de la Unidad Educativa Adolfo Valarezo.

En la tabla de anexos 9 hace referencia al estudio de la correlación entre el Clima Social Familiar y la Depresión en los adolescentes que fueron evaluados, de esta forma se evidencia que el coeficiente de Rho Spearman es de ,995 donde sus valores de significación son mayores a 0,05, es decir que no existe una correlación significativa entre las dos variables de estudio.

Anexo 11 Trípticos



No solo es estar Trizte

Sientes que algo no va bien, aunque no lo puedes identificar. Es un estado de desasosiego que te priva de calma. Una infelicidad que no se marcha y que te enturbia los momentos agradables. Es esa insoportable sensación de querer que todo acabe, que el presente desaparezca, que el instante deje de ser eterno

Depresión

La **depresión** es un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento



Solicita Ayuda

Cuando sientas que tienes depresión acude a un profesional que el te ayudará



300 millones de personas viven con depresión en el planeta



Síntomas

- Sentimientos de tristeza, ganas de llorar, vacío o desesperanza
- Arrebatos de enojo, irritabilidad o frustración, incluso por asuntos de poca importancia
- Pérdida de interés o placer por la mayoría de las actividades
- Alteraciones del sueño, como insomnio o dormir demasiado
- Falta de apetito y adelgazamiento, o más antojos de comida y aumento de peso
- Pensamientos frecuentes o recurrentes sobre la muerte, pensamientos suicidas, intentos suicidas o suicidio

Causas

- Rasgos de personalidad
- Situaciones traumáticas o estresantes.
- Ser lesbiana, gay, bisexual, transgénero o presentar variaciones en el desarrollo de los órganos genitales.
- Antecedentes de otros trastornos de salud mental.
- Abuso de alcohol o de drogas recreativas
- Una enfermedad grave o crónica, como cáncer, un accidente cerebrovascular, dolor crónico o una enfermedad cardíaca

Como Prevenir la Depresión

Ejercicio físico. Anda a paso ligero de 15 a 30 minutos cada día, o baila, corre o monta en bicicleta, si lo prefieres. A las personas deprimidas no les suele apetecer estar activas. Pero, de todos modos, obligate a hacerlo

Cúdate alimentándote bien. La depresión puede afectar al apetito. Cuando están deprimidas, a algunas personas no les apetece nada comer, pero hay otras pueden comer demasiado.

Identifica los problemas, pero no les des vueltas. Intenta identificar las circunstancias que han contribuido a tu depresión.

Exprésate. Cuando una persona está deprimida, puede tener bloqueadas la creatividad y la capacidad para disfrutar de las cosas. Ejercita tu imaginación (pintando, dibujando, haciendo garabatos, cosiendo, escribiendo, bailando, componiendo música, etc.

Intenta fijarte en el lado positivo de las cosas. La depresión repercute sobre los pensamientos de las personas, haciendo que todo parezca negro, desastroso, triste y negativo.

Que es la familia

Una familia es un grupo de personas unidas por el parentesco. Esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción.



Tipos de familia

Familias monoparentales.
Conformadas por uno o más hijos y la madre o el padre.

Familias biparentales.
Conformadas por una pareja y su hijo o hijos.

Familias ensambladas.
Conformadas por dos personas que se unen y una de ellas (o ambas) ya tiene hijos o hijas.

Familia de acogida.
Conformadas por menores que no son descendientes de los adultos, pero han sido acogidos legalmente por ellos de forma urgente, temporal o permanente.

Funciones de la familia

La familia en la sociedad tiene importantes tareas, que tienen relación directa con La preservación de la vida humana como su desarrollo y bienestar. Las funciones de la familia son:

Función biológica: se satisface el apetito sexual del hombre y la mujer, además de la reproducción humana.

Función educativa: tempranamente se socializa a los niños en cuanto a hábitos, sentimientos, valores, conductas, etc.

Función económica: se satisfacen las necesidades básicas, como el alimento, techo, salud, ropa.

Función solidaria: se desarrollan afectos que permiten valorar el socorro mutuo y la ayuda al prójimo.

Función protectora: se da seguridad y cuidados a los niños, los inválidos y los ancianos.

Buena comunicación

En la familia, la comunicación es importante porque entre más sincera, abierta, franca y con amor, se puede tener una relación más armoniosa.

- Elige un lugar y un momento adecuado para conversar
- Practica la escucha activa, interésate, presta atención, ponte en el lugar del otro.
- Ofrece alternativas y soluciones, sin mezclar con cosas del pasado.

Beneficios del vínculo y apego seguro para los niños

- Ayuda a reducir los niveles de estrés de los niños
- El niño conoce el mundo a partir de la afectividad
- Trabajar la gestión emocional con los niños
- Ante un problema, los niños acudirán a los padres

Valores Familiares

Los valores familiares son el conjunto de creencias, principios, costumbres, relaciones respetuosas y demostraciones de afecto que se transmiten a través de generaciones; fortalecen los lazos de unión, respeto y confianza.

