



Pontificia Universidad
Católica del Ecuador | Sede
Ambato

OFICINA DE POSGRADOS

Tema:

**TERAPIA SISTÉMICA COMO TÉCNICA DE INTERVENCIÓN PARA LA
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES**

**Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Magister en
Psicología Clínica con mención en Psicoterapia Infantil y de Adolescentes**

Línea de Investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL. CONDUCTA Y EMOCIONES.

Autor:

Mireya Raquel Guamanquispe Suquilanda

Director:

Ps. Cl. Mg. Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano

Ambato – Ecuador

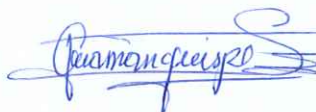
Octubre 2023

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **MIREYA RAQUEL GUAMANQUISPE SUQUILANDA**, con cédula de ciudadanía. **1804469821**, autora del trabajo de graduación intitulado: **TERAPIA SISTÉMICA COMO TÉCNICA DE INTERVENCIÓN PARA LA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES** previo a la obtención del título profesional de **MASTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN PSICOTERAPIA INFANTIL Y DE ADOLESCENTES**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, octubre 2023



Mireya Raquel Guamanquispe Suquilanda

CC.1804469821

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

TERAPIA SISTÉMICA COMO TÉCNICA DE INTERVENCIÓN PARA LA
DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES

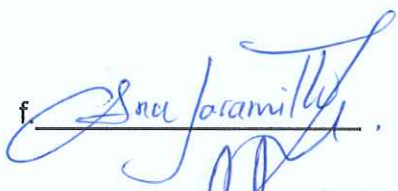
Línea de Investigación:

VIDA DIGNA Y SALUD INTEGRAL, CONDUCTA Y EMOCIONES

Autor:

Mireya Raquel Guamanquispe Suquilanda

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Ps. Mg.
CALIFICADOR

f. 

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Ps. Mg.
CALIFICADOR

f. 

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Ps. Mg.
CALIFICADOR

f. 

Juan Carlos Acosta Teneda, P, PhD.
COORDINADOR OFICINA DE POSGRADOS

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.
SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. 

Ambato – Ecuador

Octubre – 2023



DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios, pilar fundamental de mi vida, a mis padres y hermana por todo lo que me han sabido brindar, a mi tía Clarita por su apoyo y cariño, a mis buenos amigos, quienes han sido mi red de apoyo para crecer y cumplir mis metas. Finalmente, y de manera especial dedico esta labor a cada persona que se sirva de la presente investigación y cada niño, niña y adolescente que, en el camino de mi vida, Dios me permitirá brindar mi servicio profesional.

AGRADECIMIENTO

Gracias a Dios por su abundante amor y confianza en mí para crear y vivir mi propia historia, ser mi ejemplo a seguir en el verdadero sentido del servicio a los demás y permitirme constantemente la oportunidad de crecer y aprender.

Gracias a mí, por enfrentarme a cada reto que implicó el paso a paso de mi formación y así descubrir que la fe, los pensamientos optimistas, la determinación y voluntad, frente a las dificultades son el mejor recurso para alcanzar las metas anheladas.

Gracias a mis padres Carlos y Patricia, y a mi hermana menor Karla, por todo lo que me han brindado para avanzar en todas las áreas que implican mi historia de vida. Gracias a mi tía Clarita por su apoyo desinteresado y cariñoso para lograr esta meta.

Gracias a mis buenos amigos que de todas las formas me han apoyado para no dejar de crecer y aprender juntos, para lograr las comprensiones necesarias del paso a paso para mejorar y descubrir que somos los autores de nuestra historia y bienestar.

Gracias a la Institución de formación Catequética de la Parroquia Sagrada Familia, lugar donde serví por varios años como catequista y ahora como profesional psicóloga a través de esta investigación, gracias a la autorización y apoyo del Padre Edison Naranjo líder espiritual y amigo de esta parroquia.

Gracias a mis autoridades académicas del programa de posgrado y a mis estimados docentes que me compartieron con mucho respeto y amabilidad sus conocimientos y orientaciones, que fueron necesarios para un mejor servicio a niños, niñas y adolescentes.

Y muchas gracias a mi estimada directora Anita Jaramillo, por su amable orientación para realizar el presente trabajo de investigación, ella junto a todas las personas que he mencionado anteriormente, han sido bendición en mi vida para alcanzar mi anhelada meta de formarme profesionalmente para un mejor servicio a la sociedad.

RESUMEN

La depresión, es una problemática de salud pública, vinculada a problemas sociales y a otros trastornos físicos o mentales, además, genera discapacidad en la población adolescente, al considerarse uno de los factores de riesgo para el suicidio. Por tal razón, el objetivo de este trabajo investigativo, es elaborar un plan de intervención con enfoque sistémico, para la depresión en nivel mínimo, leve, moderado y grave de adolescentes pertenecientes a la escuela de catequesis de la Parroquia Eclesial "Sagrada Familia" del cantón Ambato, para aportar al bienestar de esta población en su etapa evolutiva actual como también en su futuro desarrollo. Esta investigación tuvo un diseño no experimental, de enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo y de corte transversal, donde se realizó una evaluación psicométrica, al utilizar el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), mismo que, provee una medida de la presencia y gravedad de la depresión en personas de 13 años de edad y adultos. La población investigada fue de 72 estudiantes, en edades de 13 a 17 años, donde se evidenció que, el 65,3% presentó síntomas de depresión en un nivel mínimo, un 9,7% en nivel leve, un 15,3% en nivel moderado y un 9,7% con depresión grave. Por lo que, se concluye que es necesaria la intervención para los adolescentes con depresión en sus distintos niveles, con un adecuado trabajo en la familia, puesto que, las dificultades en la relación familiar es una de las causas de depresión en esta población.

Palabras clave: depresión, adolescentes, enfoque sistémico.

ABSTRACT

Depression is a public health problem, linked to social problems and other physical or mental disorders, in addition, it generates disability in the adolescent population, considering it one of the risk factors for suicide. For this reason, the objective of this research work is to develop an intervention plan with a systemic approach, for depression at a minimum, mild, moderate, and severe level in adolescents belonging to the catechetical school of the Ecclesial Parish "Sagrada Familia" of Ambato County, to contribute to the well-being of this population in its current evolutionary stage as well as in its future development. This research had a non-experimental design, with a quantitative approach, with a descriptive and cross-sectional scope, where a psychometric evaluation was carried out, using the Beck Depression Inventory-II (BDI-II), which provides a measure of the presence and severity of depression in people 13 years of age and adults. The population investigated consisted of 72 students, aged 13 to 17 years, where it was evidenced that 65.3% presented symptoms of depression at a minimum level, 9.7% at a mild level, 15.3% at a moderate level, and 9.7% with severe depression. Therefore, it is concluded that intervention is necessary for adolescents with depression at different levels, with adequate work in the family, since difficulties in the family relationship are one of the causes of depression in this population.

Keywords: depression, adolescents, systemic approach.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE CUADROS	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA	5
1.1 Antecedentes investigativos.....	5
1.2 Adolescencia.....	8
1.3 Depresión.....	12
1.4 Terapia sistémica para intervención psicológica de la depresión en adolescentes	21
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	26
2.1 Tipo de investigación y enfoque de investigación	26
2.2 Técnicas e instrumentos de recolección de la información	27
2.3 Participantes y características sociodemográficas.....	33
2.4 Procedimiento y análisis de la información	39
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	44
3.1 Análisis descriptivo del Inventario de Depresión de Beck.....	44
3.2 Diseño de plan de intervención.....	50
CONCLUSIONES.....	66
RECOMENDACIONES	68
BIBLIOGRAFÍA	69
ANEXOS	78

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Características de la adolescencia	9
Cuadro 2. Etapas de la adolescencia	10
Cuadro 3. Factores de riesgo y de protección en la adolescencia	11
Cuadro 4. Componentes de la depresión	15
Cuadro 5. Clasificación de la depresión	16
Cuadro 6. Efectos de la depresión según las etapas evolutivas.....	18
Cuadro 7. Mecanismos de medición de la depresión	20
Cuadro 8. Tratamiento de la depresión	21
Cuadro 9. Proceso terapéutico para adolescentes con enfoque sistémico	23
Cuadro 10. Subsistemas de la metodología sistémico - constructivista	24
Cuadro 11. Estructura de la ficha sociodemográfica	29
Cuadro 12. Ficha Técnica del Instrumento	32

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Confiabilidad del instrumento psicométrico	33
Tabla 2. Análisis de la edad de los participantes	34
Tabla 3. Análisis cuantitativo de la edad de los participantes	35
Tabla 4. Análisis del género de los participantes	35
Tabla 5. Análisis de la etnia de los participantes	36
Tabla 6. Análisis de la nacionalidad de los participantes	36
Tabla 7. Análisis de variables académicas	37
Tabla 8. Análisis del tipo de familia	37
Tabla 9. Análisis del lugar que ocupa entre hermanos	38
Tabla 10. Análisis del nivel académico de los padres	38
Tabla 11. Análisis categórico del Inventario de Depresión de Beck.....	44
Tabla 12. Análisis de tipos de familia y niveles de depresión	46
Tabla 13. Análisis del género y nivel de depresión	47
Tabla 14. Análisis descriptivo de la depresión	49
Tabla 15. Diseño de la primera sesión: “Relación”	58
Tabla 16. Diseño de la segunda sesión: “Construir”	59
Tabla 17. Diseño de la tercera sesión: “Expresar”	60
Tabla 18. Diseño de la cuarta sesión: “Aprender”	61
Tabla 19. Diseño de la quinta sesión: “Roles”	62
Tabla 20. Diseño de la sexta sesión: “Conexión”	63
Tabla 21. Diseño de la séptima sesión: “Mejoría”	64

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Inventario de Depresion de Beck (BDI-2)	78
Anexo 2. Consentimiento y asentimiento.....	81
Anexo 3. Ficha sociodemográfica.....	84
Anexo 4. Símbolos y significado del juego del colibrí.	86

INTRODUCCIÓN

La evidencia estadística y formas de comportamiento de personas con trastornos mentales, se ha convertido en un importante motivo para precautelar y promover la salud mental en la actualidad, puesto que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022b) se ha identificado que, desde el año 2019, el 14% de adolescentes en el mundo, se encuentran afectados por un trastorno mental, además, varias personas con ciertos trastornos mentales llegaron a consumir suicidios y un 58% de esta población se trataba de personas que tenían menos de 50 años de edad.

Por otra parte, los trastornos depresivos son un factor contribuyente a la pérdida de la salud, al manifestarse en grado severo, se considera como una de las causas que lleva al suicidio en la sociedad y en esta situación de afectación a la salud, se incluye también, la población adolescente, evidencia de ello, en el año 2015, una de las causas principales de muerte a nivel mundial fue el suicidio, pero se convierte en la segunda causa de muerte en personas con edades comprendidas entre 15 y 29 años (OPS, 2017).

En una encuesta internacional realizada a niños y adultos de 21 países, se encontró que, en un promedio de 1 de cada 5 jóvenes, con edades comprendidas entre 15 y 24 años, expresaron sentirse deprimidos o presentar poco interés en realizar algún tipo de actividad. También, se analiza a nivel mundial que 1 de cada 7 adolescentes con edades entre 10 a 19 años, padecen un trastorno mental diagnosticado, y se ha compilado que, cada año aproximadamente 46000 adolescentes se han suicidado. Esta situación se convierte en una de las 5 causas de muerte en esta población (UNICEF, 2021).

Adicional a lo antes expuesto, a nivel mundial se ha determinado que, en el primer año de la pandemia, es decir en el año 2020, aumentó en un 25% la depresión y la ansiedad en las personas. Sin embargo, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2021) determinó que, los efectos de la COVID-19 en la salud mental

de niños y adolescentes se prolongaría durante muchos años, aunque antes de la pandemia, estas poblaciones, ya presentaban problemas de salud mental.

Por otro lado, Guarnizo y Romero (2021) determinaron que, en el año 2020 durante el confinamiento, 97 adolescentes ecuatorianos tomaron la decisión de suicidarse, las edades que oscilaban fueron de entre 10 y 19 años, de los cuales fueron en más número hombres de 15 a 19 años de edad. Dicha situación es analizada por los investigadores, como un problema de salud pública, que requiere ser tomado como una máxima prioridad de atención que busque promover una mejor calidad de vida en los adolescentes.

Por tal razón la presente investigación se interesa en brindar un apoyo oportuno a la población adolescente de una institución educativa que está interesada en conocer cómo se desarrollarán a nivel emocional sus estudiantes adolescentes, debido a los retos que conlleva la situación de pandemia, los cambios propios de la etapa evolutiva y algunos incumplimientos en la asistencia y tareas propuestas por los formadores, quienes también han notado desmotivación y en algunos casos aislamiento o poca socialización con sus pares, por esto, es importante la necesidad de brindar una valoración psicológica a los mismos y apoyar en el desarrollo y bienestar integral de los adolescentes de esta institución.

En beneficio de la población escogida, este trabajo de investigación, busca emplear técnicas de terapia sistémica para disminuir síntomas de depresión en adolescentes de 13 y 17 años, de tal manera que, se plantea el siguiente problema de investigación: ¿La terapia sistémica como técnica de intervención, es eficaz para la depresión en adolescentes? La idea a defender es: un plan de intervención con enfoque Sistémico para el abordaje de la depresión en adolescentes de la escuela de catequesis de la Parroquia “Sagrada Familia” – Ambato.

Por esto, para brindar una respuesta a la problemática y la idea a defender, se han estructurado los siguientes objetivos:

Objetivo General

- Elaborar un plan de intervención con enfoque sistémico para la depresión en adolescentes de la escuela de catequesis de la Parroquia Sagrada Familia.

Objetivos Específicos:

1. Revisar la base teórica y metodológica de la depresión en adolescentes.
2. Evaluar los niveles de depresión en los adolescentes de 13 a 17 años de la escuela de catequesis de la Parroquia Sagrada Familia.
3. Plantear estrategias desde el enfoque sistémico para el abordaje de la depresión en adolescentes de la escuela de catequesis de la Parroquia Sagrada Familia.

Para alcanzar los objetivos planteados se utilizó una metodología investigativa, donde, el enfoque fue cuantitativo, con diseño no experimental, de corte transversal con un alcance descriptivo. El instrumento utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), mismo que sirve para evaluar depresión en adolescentes de 13 años o más y es útil para la población que forma parte de esta investigación, la misma que oscila entre edades de 13 a 17 años de adolescentes estudiantes en la Escuela de Catequesis de la Parroquia “Sagrada Familia” del cantón Ambato. Esta población la conforman 70 participantes.

Brindar atención a los adolescentes es importante, al aportar a su bienestar no solo en el presente sino también para su futuro y promover así, a una mejor sociedad con futuros adultos estables que generen desarrollo y calidad de vida para sí mismos y las personas que los rodean. Además, esta investigación es importante para ofrecer el apoyo necesario a los adolescentes de la institución educativa y prevenir posibles dificultades a nivel emocional que impidan su adecuado desarrollo y funcionamiento en las distintas áreas que componen sus vidas.

Por esto, en el capítulo uno de este documento, se centraliza el estado del arte, para abordar la revisión de la teoría y metodología de la depresión en adolescentes. En el capítulo dos se detalla los procesos metodológicos que se llevaron a cabo en el presente proyecto, tales son: las herramientas utilizadas, las características de los adolescentes participantes y el tipo de diseño para la investigación.

En el capítulo tres, se encuentran los resultados obtenidos en la investigación con una estadística descriptiva de la depresión. Además, se elaboran una serie de estrategias de terapia sistémica como técnica de intervención para depresión en adolescentes. Al final, se puntualizan las conclusiones obtenidas de la investigación y las recomendaciones de acuerdo a las necesidades verificadas durante este proyecto.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1 Antecedentes investigativos

En investigaciones de población estadounidense, se identificó que el suicidio fue la tercera causa de muerte y en adolescentes con edades de 12 a 17 años, se identificó que, la depresión prevalece de un 8,3% a un 12,9% dentro de un tiempo de 12 meses, por lo que, en 2016 significó un alto número de esta población con depresión, se tiene tasas más altas en mujeres adolescentes procedentes de hogares con madres solteras, concomitante a esto, las experiencias negativas en la escuela aumentaban también de manera significativa la posibilidad de usar tratamientos y medicación, se analiza que, no hay una atención oportuna para adolescentes con depresión, razón por la cual aumentan estos casos y baja la calidad de vida en esta población (Lu, 2019).

En cuanto a la prevalencia de depresión, como es el caso de población española, se ha mantenido, Canals, Hernández, Sáez y Arijá (2018) realizaron una comparación de datos obtenidos hace 20 años en una muestra de 1514 estudiantes de entre 11 y 12 años con una población actual de 562 estudiantes entre ellos 175 en riesgo de depresión y encontraron que, el trastorno depresivo mayor es de un 1,6%, en comparación con el 1,5% identificado hace 20 años atrás, además, se encontró que la comorbilidad actual de la depresión, va de la mano con la ansiedad. En esto, estudios también identificaron que ser nacidos fuera de España y pertenecer a una familia monoparental aumentaban el riesgo de padecer depresión.

La depresión en adolescentes se ha visto ligada a la funcionalidad familiar, tal es la investigación que Olivera, Rivera, Gutiérrez, y Méndez (2019) realizaron en adolescentes nativos de Lima- Perú, con el objetivo de determinar la influencia que ejerce la funcionalidad familiar en la depresión de los adolescentes, se obtuvo como resultados que, de los 91 adolescentes con edades de 12 a 17 años, un 51,6% manifestó una depresión mínima, el 28,5% una depresión leve, un 10,9% una depresión moderada y el 8,7% expresó una depresión severa. En cuanto a la

funcionalidad familiar un 65,9% refirió una funcionalidad intermedia y el 34% una funcionalidad baja, por lo que, se identificó que, los adolescentes que presentaron una menor funcionalidad familiar tendieron a presentar una mayor sintomatología depresiva.

Por otra parte, se han investigado que, un ambiente familiar con ausencia de reglas y normas, además de la ausencia de comunicación y aceptación en la familia, son predictores de depresión en mujeres adolescentes, mientras que la falta de aceptación en la familia y conflictos en los padres, son predictores de depresión en varones adolescentes. Esto, se obtuvo de la evaluación psicométrica de depresión y ambiente familiar en 319 adolescentes con edades de 14 a 16 años, pertenecientes a secundarias públicas de México, donde también se identificó que, las adolescentes mujeres presentaron sintomatología clínica de la depresión, tres veces más que los adolescentes varones (Ruiz, Jiménez, García, Flores , & Trejo, 2020).

Respecto a la prevalencia y factores asociados a la depresión en adolescentes ecuatorianos, Muñoz, Arevalo, Tipán, y Morocho (2021) realizaron una investigación analítica transversal en una población de 262 estudiantes de la ciudad Azogues, de entre 14 a 18 años de edad en el año 2019 y encontraron que la prevalencia de la depresión en adolescentes de entre 14 a 16 años es alta, en la población de 262 estudiantes, 68 adolescentes presentaron depresión, en este grupo un 54,6% mujeres y un 45,6% hombres, es decir la depresión es más prevalente en mujeres, además, el 85,9% vive en zonas urbanas y el 80,88% resultó tener un bajo rendimiento académico, por lo que estas situaciones, tanto de bajo rendimiento y pertenecer a zonas urbanas, estarían asociadas a la depresión en adolescentes.

En cuanto, a la relación de la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes ecuatorianos, Albán (2021) investiga en 96 estudiantes de 13 a 15 años de edad pertenecientes a una institución educativa del cantón Baños, que los adolescentes provenientes de familias funcionales presentaron un 17,7% depresión leve, un 3,1% depresión moderada y un 2% depresión severa. En el grupo de adolescentes con

familia disfuncional, manifestaron un 1% depresión leve y un 5,2% de la población, depresión severa. Finalmente, el 1% de adolescentes que procedieron de una familia severamente disfuncional, refirieron depresión severa. Por lo tanto, la funcionalidad familiar está significativamente relacionada con la depresión en los adolescentes.

Así mismo, en la ciudad de Ambato, se ha encontrado índices de depresión y disfuncionalidad familiar en adolescentes, Mantilla y Alomaliza (2017) investigan en una población de 60 estudiantes con edades de entre 15 a 18 años, pertenecientes a una unidad educativa rural y encuentran que, el 26,7% de esta población presentó depresión severa, resultados que estaban relacionados con altos niveles de disfuncionalidad familiar representado en un 28,3% de este grupo de adolescentes. Además, de estos casos de depresión severa, el 81% son adolescentes de 15 años de edad, pertenecientes a octavo año de Educación General Básica, mismos que se los ha considerado más propensos a padecer sintomatología depresiva, por ser más perceptivos a las situaciones ocurridas dentro del hogar, lo que afectaría su salud.

Por otra parte, Basantes, Villavicencio, Alvear, Arteño, y Valdes (2021) investigaron en estudiantes Riobambeños de entre 13 y 14 años de edad, hijos de madres solteras y procedentes de hogares con disfuncionalidad familiar, que han presenciado problemas emocionales de depresión y ansiedad a causa del ambiente familiar en el que se desarrollan, además de afectar su autoestima y encaminarlos al fracaso escolar. Finalmente, al conseguir los aportes de los antecedentes investigativos anteriormente mencionados, se identifica que, la depresión ha sido parte de las distintas situaciones en el ambiente familiar que afectan a la calidad de vida de los adolescentes, por lo que permite sustentar la presente investigación acerca de la depresión en la población adolescente tanto a nivel nacional como internacional.

1.2 Adolescencia

Aproximación conceptual

La adolescencia corresponde a una fase de la vida comprendida entre la niñez y la edad adulta, es decir, los adolescentes dejan de ser niños, pero aún no se convierten en adultos, por lo que se encuentran en la etapa intermedia entre ambos periodos evolutivos. De acuerdo a Sawyer, Azzopardi, Wickremarathne, & Patton (2018) la adolescencia proviene del latín *adolescere*, que significa crecer, en tanto incluye elementos de crecimiento biológico y las transiciones principales de roles sociales.

Sin embargo, su reconocimiento en toda cultura, dependerá de cuatro factores de acuerdo a Silva (2022) son: 1) la dinámica de la familia, 2) vivencia escolar, 3) normas y límites (de acuerdo a la cultura que pertenece) y 4) situaciones económicas como también políticas. En otras palabras, corresponde a un constructo social, dado que, al recordar siglos atrás, el niño pasaba a ser adulto, sin este periodo de transición, de manera que eran involucrados en oficios y trabajos, pero con el pasar del tiempo, se reconoce la presencia de la adolescencia como etapa evolutiva del hombre.

En tanto, hace referencia a una fase crítica del desarrollo humano, donde una persona que aún no alcanza la madurez cerebral pasa de la niñez a la fase de la adultez, ante numerosos retos que conlleva, entre otros desafíos que implican la consolidación de la personalidad, la identidad y la orientación sexual, acompañado del desarrollo moral, control de los impulsos, ideología, pensamiento abstracto, al igual que la consolidación de las relaciones con padres, hermanos y pares (Palacios, 2019).

Características de la adolescencia

La adolescencia empieza con la pubertad, encargado de direccionar el proceso de la madurez sexual y fertilidad, en otras palabras, la reproducción. Su duración va desde los 11 o 12 años aproximadamente hasta los 19 o 20 años, implicados cambios

constantes (Arboix, Marcaida, y Puigvert, 2020). Dichos cambios o características propias de esta etapa se visualizan en el Cuadro 1.

Cuadro 1.

Características de la adolescencia

Características	Descripción
Desarrollo físico	<p>Características femeninas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento de senos, vello púbico, corporal, vello axilar. • Aparecimiento de la primera menstruación (menarquia) • Aumento de producción de glándulas sebáceas y sudoríparas. <p>Características masculinas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crecimiento de testículos, saco escrotal, vello púbico, corporal, pene, próstata, vesículas seminales, vello facial y axilar. • Cambio de voz y primera eyaculación • Aumento de producción de glándulas sebáceas y sudoríparas.
Desarrollo cognoscitivo	<p>Etapas de Piaget</p> <ul style="list-style-type: none"> • Razonamiento hipotético-deductivo <p>Desarrollo del lenguaje</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento de vocabulario, definición y discusión de temas abstractos <p>Características inmaduras del pensamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Idealismo y carácter crítico • Tendencia a discutir, indecisión. • Autoconciencia • Suposición de ser especial e invulnerable
Desarrollo social	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de riesgos sexuales • Rebeldía adolescente • Autonomía • Adolescentes menos apegados a sus hermanos • Mayor interacción con sus pares

Fuente: Modificado a partir de Díaz, Fuentes, y Senra (2019)

En este sentido, desde la perspectiva de la autora, la adolescencia es una etapa del desarrollo evolutivo que cuenta con características propias al contribuir con la formación de la identidad, mayor contacto social con el exterior y se desapega al entorno familiar al preferir pasar tiempo con sus amigos, por el hecho de encontrarse en constante búsqueda de quién es y a la vez, por sentido de pertenencia. No solo es evidente el ámbito psicosocial, sino aún más el biológico, por el hecho que el

organismo denota crecimiento físico que permita la continuidad de la especie, de cierta forma, es la preparación para la reproducción, que no es el único fin del ser humano, sino que en conjunto contribuyen a la trascendencia de la humanidad, mediante el desarrollo físico, cognoscitivo y social del adolescente.

Etapas de la adolescencia

El desarrollo humano conlleva una serie de etapas evolutivas, cada una con características propias que permite su identificación. Son varias fases que constituyen este periodo crítico, presentes en el Cuadro 2.

Cuadro 2.

Etapas de la adolescencia

Etapas	Descripción
Adolescencia temprana	<ul style="list-style-type: none"> • Edad comprendida entre los 10 y 13 años. • Presencia de hormonas sexuales que contribuyen al crecimiento corporal, cambio de voz, apareamiento de vello púbico y axilar, olor corporal, incremento de sudoración. • Comienzo de la búsqueda de pares.
Adolescencia media	<ul style="list-style-type: none"> • Edad comprendida entre los 14 y 16 años. • Presencia de cambios psicológicos y construcción de la identidad, la forma de verse y cómo quieren ser vistos. • Independencia de los padres y aumento de caer en situaciones riesgosas.
Adolescencia tardía	<ul style="list-style-type: none"> • Edad comprendida entre los 17 hasta los 21 años. • Experimentación de mayor comodidad con su cuerpo, búsqueda de aceptación favorecedora de la identidad. • Existe preocupación por el futuro y la toma de decisiones concuerdan con ello. • Los grupos pasan a ser un plano secundario al comenzar a elegir relaciones de pareja o ser parte de grupos más pequeños.

Fuente: Modificado a partir de UNICEF (2020)

Las etapas de la adolescencia, permiten al sujeto adquirir herramientas y recursos favorecedores del proceso de identidad, desarrollo biopsicosocial que incluye la moralidad. No obstante, es importante mencionar que la adolescencia es un periodo de cambios constantes y drásticos, lo relevante es que cuenta con un valor de adaptación, funcional y decisivo en la vida de sujeto.

Factores de riesgo y protección en la adolescencia

Los adolescentes se encuentran expuestos a mayores riesgos por el hecho de contar con características psicológicas asociadas a un pensamiento de vulnerabilidad que le permite encontrarse ante situaciones peligrosas. De tal forma, es importante mencionar los factores de riesgo a los que se encuentran expuestas las personas durante su adolescencia, pero a la vez, aparecen factores protectores que contrarrestan los efectos negativos de los riesgos, previstos en esta etapa evolutiva, mismos que se encuentran expuestos en el Cuadro 3.

Cuadro 3.

Factores de riesgo y de protección en la adolescencia

Factores de Riesgo	Factores de Protección
<ul style="list-style-type: none"> • Conductas delictivas • Conducta sexual de riesgo • Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, tabaco, drogas) • Deserción escolar • Relaciones sexuales precoces • Intento de suicidio • Autolesiones • Violencia intrafamiliar • Bullying • Desempeño académico bajo • Actitudes negativas hacia el aprendizaje 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar • Relación emocional estable con los progenitores o figuras de apego • Ambiente educativo abierto, contenidos, donde existen límites claros • Apoyo social • Modelos sociales favorecedor de imitación de afrontamiento constructivo • Dosificadas responsabilidades sociales • Competencias cognitivas (flexibilidad) • Vivencias de autoeficacia, autoconfianza y autoimagen positiva • Calidad comunicativa

Fuente: Modificado a partir de Rodríguez, Echeverría, Alamilla, y Trujillo (2018)

En tanto, la adolescencia es una etapa crítica del ser humano, caracterizada por una serie de procesos biológicos, psicológicos y sociales que interactúan entre sí, que permiten que el sujeto busque su identidad, desarrollo personal, pero también la reproducción. Al ser un periodo con modificaciones, conlleva factores de riesgo que atentan contra su integridad y vulneración de derechos propios y de los demás, irrumpe una convivencia armónica en el entorno, pero a la vez, afecta a la salud mental. Sin embargo, los factores protectores tienen la función de reducir los riesgos que aparecerían en esta crisis evolutiva y mejorarían el estado emocional y psíquico,

mismos que intervendrían también en los procesos psicoterapéuticos al establecer redes de apoyo, que sirvan de sostén en la estabilidad emocional del adolescente.

1.3 Depresión

Aproximación conceptual

La depresión corresponde a un trastorno del estado de ánimo vinculado al apareamiento de sentimientos de tristeza profunda y desesperanza, incidente en diversos ámbitos del sujeto, como el familiar y laboral, por el hecho que conllevan a la pérdida de interés por las actividades placenteras, altera las rutinas diarias de la persona que lo padece. Esto dependerá de la duración e intensidad; en casos extremos es una de las causantes del suicidio. Así lo señala Jaramillo (2019), en la infancia y adolescencia la depresión pasa desapercibida, por el hecho que se consideran etapas evolutivas de alegría y despreocupación, y la segunda razón gira en torno a la sutileza de la sintomatología depresiva, presente en estas edades, va de cuadros leves, graves y en casos severos se vincula con la autodestrucción.

En la actualidad, se ha convertido en una patología con prevalencias elevadas tanto en la población general, como en el segmento infanto-juvenil, convirtiéndola en un problema de salud pública. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022a) identifica que, la depresión a nivel mundial se presenta en el 5% de la población adulta y en niños y adolescentes, se estiman que el 1,1% que tienen edades de 10 y 14 años y alrededor del 2,8% entre los 15 y 19 años padecen depresión (OMS, 2021). Por lo que, es una patología que incide de manera negativa en la educación, al tener implicancias en la asistencia escolar, rendimiento académico e incluso en la reacción con sus pares, síntomas que en conjunto generan alteración del desarrollo psicoevolutivo.

La depresión está presente en cualquier etapa evolutiva del hombre dado que las cifras estadísticas relevan datos alarmantes de su apareamiento que involucra alteraciones en los diversos entornos del ser humano. Hecho que hace posible pensar en la

presencia de sintomatología depresiva constante, caracterizada por un estado de ánimo triste, de desesperanza y sufrimiento, por esto es relevante esclarecer la diferencia entre tristeza y depresión. La primera corresponde a una emoción básica presente en todo ser humano, contraria a la alegría, caracterizada por ser momentánea, como una reacción ante eventos perturbadores, mientras que la depresión es una patología mental, continua y con criterios clínicos que afectan de manera drástica la cotidianidad de las personas.

Por tal razón, resulta necesario establecer las características propias de la depresión, que no involucra únicamente la tristeza como sintomatología, sino también presenta criterios clínicos propios que permite la realización de un diagnóstico diferencial en vías de un diagnóstico definitivo de la patología, sin descalificar la condición concomitante que suele tener con otros trastornos, como el caso de la ansiedad, que aumenta la tendencia a confundirlas y consideraras similares.

Características de la depresión

La depresión corresponde a un trastorno que se caracteriza por alteraciones en el estado de ánimo. Sus síntomas patognomónicos giran en torno a un estado de ánimo deprimido, reducción de la capacidad de experimentar placer, alteraciones del apetito y sueño, agitación o retraso psicomotor, disminución de la energía, presencia de sentimientos de culpa e inutilidad, reducción en la concentración y pensamientos de muerte que encaminan a intentos de suicidio. En conjunto ocasionan malestar clínicamente significativo y disfuncionalidad de la persona (Velasgui-Hernández y Mayorga-Lascano, 2021).

De igual forma, se vincula con el pasado, pérdida de interés en estilos ambientales del presente y no hay esperanza ante el futuro, situaciones que generan humor disfórico, una valoración cognitiva negativa y síntomas fisiológicos. Además, se considera a la depresión como una de las principales causantes de discapacidad a nivel global, y

perjudica a las mujeres mayoritariamente (Velastegui-Hernández y Mayorga-Lascano, 2021).

No obstante, las características presentadas si bien corresponde a la depresión, se vinculan en su mayoría con la población adulta, dado que la sintomatología en la población infanto-juvenil se asocia con características evolutivas propias. En el caso de adolescentes, es necesario tomar en consideración la influencia de la comorbilidad de otras patologías mentales como trastorno hiperactivo, conductual, trastornos ansiosos, obsesivo-compulsivo, abuso de sustancias, entre otros (Mardomingo, Sancho, y Soler, 2019).

Es así que los adolescentes, presentan características propias de la depresión tales como alteración del peso, hipo o hipersomnia, reducción del desempeño escolar, alteraciones de la atención y concentración, limitación de la energía, agitación o enlentecimiento motor, carencia de motivación, ánimo deprimido, baja autoestima, evitación por la realización de actividades lúdicas, disminución de interacción social y familiar, deseo constante de estar solo, no ser molestado, pensamientos repetitivos en torno a la muerte y autodestrucción (Vanega, Sosa, y Castillo, 2018).

En este sentido, Albán (2021) argumenta que las características depresivas de los adolescentes se encuentran dentro del área cognitiva la baja autoestima, en la esfera afectiva la tristeza, disminución de afecto, y en lo biológico, se hallan quejas somáticas, mismos que corresponde a los componentes que conforman la depresión. Se presentan los componentes de la depresión con la descripción de cada uno de ellos en el Cuadro 4.

Cuadro 4.*Componentes de la depresión*

Componentes	Descripción
Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en la capacidad del pensamiento • Concentración limitada • Alteraciones de la memoria • Problemas para tomar decisiones
Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Ideas suicidas • Sentimientos elevados de culpabilidad • Falta de interés, placer • Desesperación • Estado de ánimo depresivo; Ansiedad
Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores de cabeza • Problemas estomacales • Insomnio • Hipersomnia • Alteración en el apetito y peso • Reducción de la libido • Fatiga • Dolor

Fuente: Modificado a partir de Boletín de la ANMM (2017)

Por tanto, los componentes de la depresión abordan tres ámbitos, lo cognitivo, afectivo y físico que en conjunto contribuyen al apareamiento de la misma, es importante precisar no solo la intensidad de la sintomatología presente en cada uno de los componentes señalados, sino también en el tiempo.

Clasificación de la depresión

A continuación, el Cuadro 5 presenta la clasificación de la depresión con la especificación de cada tipo.

Cuadro 5.

Clasificación de la depresión

Clasificación	Descripción	Tiempo
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	Manifestación de irritabilidad crónica, grave y persistente. Se caracteriza por cólera frecuente en respuesta a la frustración (agresiones verbales o conductuales). Estado de ánimo persistentemente irritable o enfado crónico	Antes de los 10 años. No es aplicable a niños con edad inferior a 6 años.
Trastorno de depresión mayor	Presencia de ánimo deprimido casi todo el día. Suele aparecer problemas de sueño (insomnio), fatiga. Los síntomas estarán presentes casi todo el día, excepto la modificación del peso e ideación suicida.	Aparece en cualquier edad, el riesgo aumenta en la pubertad. Sintomatología presente durante 2 semanas
Trastorno depresivo persistentes (distimia)	Estado de ánimo deprimido, la mayor parte del día casi todos los días. El estado de ánimo suele ser descrito como “está por los suelos” Es de curso crónico. Suele tener inicio temprano	Ánimo deprimido está presente durante aproximadamente 2 años. En el caso de niños y adolescente al menos 1 año.
Trastorno disfórico premenstrual	Presencia de labilidad afectiva, disforia, ansiedades presentes en fase premenstrual. Suele parecer síntomas conductuales y físicos.	Se presenta en fase premenstrual y culmina aproximadamente al inicio de la menstruación o poco después.
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento	Síntomas similares del trastorno depresivo mayor, pero la sintomatología sea vincula con las sustancias psicoactivas	La sintomatología inicia con la ingesta de sustancias psicoactivas, y los síntomas depresivos muestran mayor persistencia que lo esperado en el periodo de intoxicación o abstinencia.
Trastorno depresivo debido a otra afección médica	Estado de ánimo deprimido persistente, acompañado de disminución considerable del interés por actividades. Es necesario la presencia de otra afección médica.	La depresión se presenta unas tres semanas o meses posteriores al ACV. Suele tener una duración de 9 a 11 meses.
Otro trastorno depresivo especificado	Presenta síntomas característicos de la depresión causante de malestar significativo, pero no cumple todos los criterios de ningún trastorno específico	Depresión breve recurrente (2-13 días) Episodio de corta duración (4-13 días)
Otro trastorno depresivo no especificado	Predominio de síntomas característicos del trastorno depresivo, pero no cumple todos los criterios para encajar en alguno de los tipos, y a la vez, el profesional opta por no especificar las razones del incumplimiento de criterios.	

Fuente: Modificado a partir de Pereira (2019)

La nueva edición del Manual Diagnóstico y Estadísticos de los Trastornos Mentales ha modificado el apartado de los trastornos del estado de ánimo, y ahora tiene su propia clasificación que aborda ocho tipos con sus criterios clínicos y duración, factores que permiten identificar el diagnóstico definitivo. De tal forma, es imperante que el profesional de salud mental, cuente con el vasto conocimiento en orden a la depresión con la finalidad del establecimiento del diagnóstico y comorbilidad de los mismos. La existencia de dicha patología requiere un malestar significativo en los diversos ámbitos de la persona, que interfiere con sus actividades de la vida cotidiana.

Causas, factores y consecuencias de la depresión

El trastorno no aparece por sí solo, sino requiere la influencia de diversas causas y factores, que en conjunto contribuyan al desarrollo de síntomas depresivos, los cuales se prolongarían y convergerían en una patología mental. Así mismo, la existencia de aspectos genéticos forma parte de factores predisponentes, se requiere de la intervención del entorno para la evolución de la enfermedad. Así lo exponen Basantes et al., (2021) la depresión se origina por la interacción de ciertos factores biológicos, psicosociales y de personalidad.

Entre las causas se encuentran la tendencia familiar o conocida como genética y hereditario, situaciones generadoras de alteraciones emocionales, especialmente casos de duelos, aparecimiento en las mujeres por el hecho de modificaciones en cambios hormonales, determinados trastornos orgánicos, como respuesta a algunos fármacos, clase social, entre otros (Coryell, 2021).

Por otra parte, uno de los factores predisponentes es el ambiente familiar, en el que se presenta poca o nula comunicación, ausente aceptación a los hijos adolescentes, conflictos conyugales entre los padres de familia y la falta de normas y reglas en el hogar son causantes de sintomatología de depresión en los adolescentes (Ruiz et al., 2020)

De tal forma, la depresión no solo hace alusión a sintomatología, sino que dichos criterios clínicos inciden de forma negativa en la vida del ser humano, al tener consecuencias que no permiten su desarrollo personal y evolutivo, especialmente en el caso de la población infanto-juvenil donde se encuentran en crecimiento y desenvolvimiento. El nivel del impacto dependerá de la gravedad de la patología y la etapa evolutiva. El Cuadro 6 presenta los efectos posibles de la depresión.

Cuadro 6.

Efectos de la depresión según las etapas evolutivas

Clasificación	Descripción
Menores de 6 años	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas para lograr los hitos evolutivos • Síntomas psicósomáticos • Problemas médicos • Resistencia por asistir al colegio por variados motivos; Riesgo mayor de presentar problemas en el aprendizaje.
6-12 Años	<ul style="list-style-type: none"> • Regresión a hitos evolutivos adquiridos • Mayor riesgo a presentar conductas disruptivas, acompañado de aislamiento social • Desmotivación académica • Miedo a no cumplir con metas académicas • Bajo rendimiento escolar.
13-18 Años	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas psicósomáticos como cefaleas o problemas estomacales • Mayor riesgo a conductas antisociales, aislamiento social, consumo de sustancias psicoactivas • Desinterés y despreocupación por asuntos académicos, abandono escolar • Conductas disruptivas en el salón de clases • Rendimiento académico bajo • Alteración del comportamiento sexual

Fuente: Modificado a partir de Fernández y Villamarín (2021)

En este sentido, según la apreciación de la autora, los efectos de la depresión en la población infanto-juvenil conlleva alteraciones comportamentales, pero también incidencias negativas en su desenvolvimiento escolar, correspondiente a un entorno de interacción social. Así mismo, se observa en los niños, afectación en su crecimiento, en algunos casos en el desarrollo de hitos evolutivos y en otros, retroceso a etapas anteriores, a pesar de haber alcanzado logros. Esto hace pensar que, en este

segmento poblacional, las consecuencias provocan irritabilidad, conductas disruptivas que son confundidos o bien con otras patologías o catalogados como “malcriados” o “irrespetuosos”, pero que estarían asociados con trastornos del estado de ánimo como el trastorno depresivo.

Factores de riesgo y de protección en la depresión

El desarrollo de patologías se vincula con el apareamiento de factores de riesgo, encargados de aumentar la posibilidad del desarrollo de patologías, como el caso de factores biológicos, psicológicos y sociales. Los factores biológicos abarcan la edad, género, nivel hormonal, factores genéticos y antecedentes familiares de depresión o alteraciones mentales. En el caso de factores psicológicos, están: vivencias traumáticas, sentimientos de soledad, rasgos de personalidad y sistema de creencias. Por otro lado, los factores sociales incluyen presencia de bullying, entorno disfuncional, clase social, negligencia, exclusión social, ausencia de redes de apoyo, pérdidas de familiares o amigos y crisis circunstanciales (Pupo, Parra, Salgado, Gómez, y Hernández, 2021; Razzak, Harbi, & Ahli, 2019).

En cambio, existen también los factores de protección, encargados de disminuir o reducir la posibilidad de apareamiento de patologías. Uno de ellos, es el apoyo social, vinculado con el intercambio de herramientas y recursos entre personas de un entorno, de hecho, la percepción de apoyo social, permite que el adolescente afronte las situaciones estresantes y reduzca niveles de estrés y depresión. Así mismo, se encuentra la autorregulación, al dotar de capacidades para manejar las emociones de forma asertiva con autocontrol (González, Pineda, y Gaxiola, 2018). Además, está el provenir de familias biparentales, relaciones familiares cercanas, amistades sanas, sentido del humor y optimismo (Fernández y Villamarín, 2021).

Mecanismos de medición

La determinación de sintomatología depresiva, requiere valoraciones clínicas que contribuyan al establecimiento y esclarecimiento de la patología. Sin embargo, esto

dependerá del enfoque del profesional dado que, en algunos casos, la aplicación de instrumentos psicológicos no es necesario, mientras que, para otros, se convierte en complemento de evaluación. Los criterios diagnósticos previstos en el DSM-V, sirven de guía para el desarrollo de la entrevista y valoración clínica, la entrevista clínica toma relevancia para el diagnóstico en conjunto de la psicometría que permite medir cualidades psíquicas de las personas. De tal forma el Cuadro 7 presenta algunos de los mecanismos de medición de la depresión.

Cuadro 7.

Mecanismos de medición de la depresión

Mecanismo de medición	Descripción
Entrevista	Tomar en cuenta: <ul style="list-style-type: none"> • Caracterización del episodio (duración, número e intensidad de síntomas, comorbilidad) • Evaluación psicosocial • Grado de disfunción o discapacidad asociada • Riesgo de suicidio • Previa respuesta al tratamiento
Instrumentos psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Beck Depression Inventory (detección de síntomas depresivos y su gravedad) • Hamilton Rating Scale for Depression (evaluación de la intensidad o gravedad de depresión) • Montgomery Asberg Depression Rating Scale (evaluación de la gravedad de sintomatología depresiva) • Brief Patient Health Questionnaire y preguntas de Whooley (evaluación de la presencia de síntomas depresivos. DSM IV) • Zung Self-Rating Depression Scale (cuantificar frecuencia de sintomatología depresiva)

Fuente: Modificado a partir de Álvarez et al. (2022)

Mecanismos de intervención

Una vez obtenido un diagnóstico definitivo o a su vez, esclarecimiento de la realidad del sujeto, es esencial que el profesional de salud mental establezca un proceso de intervención acorde a las necesidades del sujeto, mismo que estará basada en el enfoque del profesional, además al ser una patología compleja, y por sus características, dependerá el trabajo multidisciplinario que implique la colaboración de

otros profesionales sanitarios. Por lo tanto, existen tres tratamientos a emplear (Cuadro 8)

Cuadro 8.

Tratamiento de la depresión

Tratamiento	Descripción
Tratamiento complementario	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de Psicoeducación. • Programación de visita o llamadas telefónicas cada semana o cada 15 días • Grupos de apoyo
Psicoterapia	<p>Tiene como objetivos principales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de sintomatología depresiva • Modificación de rasgos de personalidad generadores de trastornos depresivos • Aprendizaje de estrategias que permitan reconocer síntomas y prevenir recaídas <p>➤ De forma grupal o individual en favor de pacientes con depresión, que permita adquirir responsabilidades y adaptarse a las presiones normales que se presentan en la vida.</p> <p>➤ Terapia interpersonal: centra su interés en roles sociales del pasado y presente de la persona, brinda orientación ante la adaptación del sujeto a los cambios.</p> <p>➤ Terapia Cognitivo-Conductual: Combate pensamientos negativos y desánimo.</p> <p>➤ Terapia sistemática: Favorece que el consultante comprenda las relaciones a las que está llamado a desarrollar, consigo mismo, el otro y el contexto, involucra las relaciones en general.</p>
Farmacológico	<p>Empleo de antidepresivos con las siguientes propiedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevada eficacia • Administración cómoda • Interacciones escasas • No da paso a la dependencia • Limitados efectos adversos

Fuente: Modificado a partir de Coryell (2021); Mardones y Escalona (2020)

1.4 Terapia sistémica para intervención psicológica de la depresión en adolescentes

Dentro de la psicoterapia, es importante detallar los aportes que la terapia sistémica brinda para tratar los trastornos mentales y de manera relevante para la depresión en la población adolescente, como es la labor investigativa de Almeda y Quiroga (2020),

que verificaron a través de la intervención narrativa socioemocional con enfoque sistémico, la disminución de la depresión en mujeres adolescentes de entre 13 a 15 años de edad, donde además de utilizar la terapia narrativa, complementaron su plan interventivo con otras técnicas sistémicas, como son: la inducción hipnótica sin trance, imaginación guiada y analogías, mismas que, ayudaron para mejorar la calidad de vida de las mismas.

La terapia sistémica, considera de manera fundamental el adecuado proceso de relación terapéutica del profesional con el adolescente, para aportar a la reducción de los malestares que aquejan a esta población, debido las diferentes situaciones que implican su desarrollo evolutivo. Mardones y Escalona (2020) reflexionan que el adolescente se ve limitado en la posibilidad de explorar y relacionarse consigo mismo, con los otros y con su mundo, debido a prejuicios e incomprensión de los padres, por esto, consideran que la terapia psicológica con enfoque sistémico se brinda como oportunidad de crecimiento para el adolescente y su familia, al considerar la importancia de la relación entre el consultante y el terapeuta, el Cuadro 9 expone un modelo de proceso terapéutico para adolescentes con enfoque sistémico.

Cuadro 9.

Proceso terapéutico para adolescentes con enfoque sistémico

Fases	Descripción
1. Encuadre	Piedra angular de la relación terapeuta y adolescente. Conocer si el adolescente asiste por derivación o motivación de otra persona o por voluntad propia, explicar sobre el rol del psicólogo, no hacer presunciones o pedir que confíe en el terapeuta.
2. Motivo de consulta y fase social	Identificar que la razón por la que el adolescente asiste a terapia está influenciada por relatos o puntos de vista de las personas que lo traen o derivan. Llevar al consultante a identificar sus recursos a través de conocer sus gustos, lo que le motiva y actividades favoritas, reafirma su Autoconcepto y autoeficacia.
3. Co-construcción de objetivos	Se invita al adolescente a ser el protagonista de su proceso de cambio y el terapeuta asume el rol de colaborador a los objetivos que el consultante desea para su bienestar. Guiar para que los objetivos que se plantee sean alcanzables y no se conviertan en un motivo de malestar o fracaso
4. Implicar a la familia en la labor terapéutica	<p>Brindar orientación a la familia para la canalización de emociones frente a la situación del adolescente, gracias a ello se aumenta la alianza terapéutica y se incluye a los miembros de la familia a considerar la terapia como suya en conjunto con su adolescente.</p> <p>Tareas que aportan cambios positivos en el sistema familiar como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tres elogios y un desafío: la familia establece nuevas normas o mejoras en la convivencia inmiscuyéndose todos para contribuir y cumplir. ○ Línea de vida de la familia: ayuda a ubicar a la familia en las etapas que han atravesado y como lo han enfrentado, esto ayuda a ubicarse en el aquí y ahora y en como desean relacionarse con su hijo/a que ahora es un adolescente y futuro adulto. ○ Individuación: se usa para casos en que los padres son dependientes de los hijos, debido a que reciben de sus adolescentes tareas o contención emocional.
5. Maniobras de cierre	<ul style="list-style-type: none"> • El cierre no es el fin de la relación terapéutica, por lo que el terapeuta quedará al servicio de nuevas dificultades que se presenten. • Las maniobras de cierre son: <ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación de recursos y valores del adolescente y la familia. ○ Elaboración de pulseras de terapia, como signo tangible de mejora (esta técnica es muy útil en casos de depresión adolescente). ○ Cuadros de terapia, el adolescente dibuja el síntoma que lo trajo a la terapia y otro dibujo de cómo se encuentra al finalizar. ○ Entrega de un cuaderno y lápiz si se ha trabajado con técnicas narrativas, donde el adolescente escribirá desde ese momento en adelante su historia con la seguridad que contenga desafíos, pero de manera especial amor así mismo.

Fuente: Modificado a partir de Mardones y Escalona (2020)

También, en el enfoque constructivista de la psicoterapia sistémica, el terapeuta junto al consultante construye de manera activa el espacio intermedio donde se hace posible el cambio o mejora del paciente, por lo que, el terapeuta deja su posición de experto frente a la familia para ser una persona con otro tipo de conocimientos, que le permiten observar lo que le sucede, buscar alternativas en sus dificultades y apoyar al consultante sea más comprensivo con sus aciertos y errores, al identificar los recursos para relaciones de más armonía que favorezcan su bienestar (Ortiz, 2022).

La metodología del enfoque sistémico constructivista es caracterizada por ser vivencial y donde los temas a tratar son personalizados, centrados en el consultante, al ser primordial el interés en su bienestar, Ortiz (2020) también la identifica como lúdica, al experimentar algo nuevo en el paso a paso de la terapéutica mediante el puente que permite el dialogo, la participación y donde todos ayudan para encontrar una solución, además dicha metodología se ejerce al considerar la red de interacción que influye en el sistema terapéutico, mismo que para comprenderlo mejor se analiza en tres subsistemas (Cuadro 10):

Cuadro 10.

Subsistemas de la metodología sistémico - constructivista

Subsistemas	Descripción
Cognitivo	Se incluyen los contenidos o narrativas construidas por el consultante mediante las habilidades cognitivas y afectivas, mismas que son reformuladas por el terapeuta y permite la construcción de nuevas tramas que el consultante asimilará
Afectivo – Relacional	Constituido por aspectos afectivos y emocionales de la familia y la resonancia del terapeuta. Es el sostén del proceso terapéutico gracias a la construcción y mantenimiento de la relación terapéutica mediada biológicamente por las neuronas espejo crean empatía al sentir similar el terapeuta frente a la historia del consultante (resonancia).
Conductual o técnico	Se refiere a la parte técnica de la terapéutica, constituye las herramientas utilizadas por el terapeuta para complementar los otros subsistemas, con el fin de acompañar en el proceso de crecimiento y sanación del consultante-

Fuente: Modificado a partir de Ortiz (2022)

Las técnicas que propone el enfoque sistémico constructivista, se aplican luego de construir la relación terapéutica mediada por la resonancia explicada en el cuadro 10 y son únicamente un instrumento a utilizar en momentos que se requiera atención especial, sin embargo, no son el objetivo principal del proceso terapéutico, porque el núcleo del mismo es la persona que pide ayuda, con la cual es necesario inicialmente establecer la relación de seguridad, confianza y conocer a los miembros del sistema familiar antes de aplicar una técnica (Ortiz,2022).

Una técnica es un instrumento para favorecer la expresión de pensamientos, sentimientos y conductas del consultante, Ortiz (2022), menciona que, dichas técnicas se convierten en constructivistas a medida que promueven y motivan la acción del consultante para ser el constructor de su historia propia de vida, por esto, el terapeuta ha de considerar las técnicas a utilizar según la necesidad del paciente, sin antes, conocer como un director técnico de futbol a todos sus jugadores y la cancha en la que han de jugar, todo esto, mediante el establecimiento de la relación terapéutica, misma que es el marco esencial para la terapia.

Las técnicas sistémicas que se han identificado como efectivas para el tratamiento de la depresión en adolescentes junto a su sistema familiar son: las preguntas circulares, la creación de genograma, la reformulación, realizar metáforas, la expresión de reconocimiento y la retroalimentación. Además, la terapia familiar fundamentada en el apego para adolescentes con depresión, ha favorecido a la mejoría de los mismos, gracias a que el terapeuta orienta a la familia en las necesidades no satisfechas del adolescente, como es el apego y la identidad, y también, al concentrarse en las emociones de adaptación primarias, mismas que, favorecen el alivio de la sintomatología de depresión en adolescentes (Liu, Wu, Wang, Wang, Tong, Ge, y Wang, 2020).

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

El presente capítulo aborda aspectos principales de la investigación que direccionaron el desarrollo del estudio para alcanzar los objetivos planteados. El apartado involucra el tipo de investigación, paradigma, enfoque, tipo, diseño, corte, criterios de inclusión, técnicas de recolección de datos, procesamiento empleado y para finalizar se caracteriza la población mediante los hallazgos de los datos sociodemográficos.

2.1 Tipo de investigación y enfoque de investigación

El estudio actual se fundamenta en un paradigma, definido como la agrupación de suposiciones interconectadas en relación a un fenómeno de estudio, se caracteriza por ser conceptual, sustentado en creencias y supuestos teóricos y metodológicos que permitan alcanzar el objetivo de estudio (Miranda y Ortiz, 2020).

Por tanto, la investigación se sustenta en el paradigma positivista centrado en ámbitos de medición, que busca revisar, experimentar y verificar el objeto de estudio a través de valores numéricos, al generalizar el conocimiento y explicar los fenómenos de interés (Loza, Mamani, Mariaca, y Yanqui, 2020). Este paradigma va acorde al presente estudio dado que se busca determinar la variable de depresión a través de datos numéricos y estadísticos para obtener el diagnóstico de los niveles de depresión para el desarrollo de la propuesta de intervención.

Dentro de este paradigma, se empleó un enfoque cuantitativo, es un conjunto de procedimientos sistemáticos que permiten comprobar hipótesis y obtener datos numéricos para el entendimiento del fenómeno de estudio; su denominación hace referencia a la medición de fenómenos mediante el empleo de técnicas estadísticas que permita recabar información y realizar los análisis respectivos para la generalización de resultados al resto de la población (Sánchez, 2019).

En concordancia con el enfoque, se aplicó un tipo de investigación descriptiva, que hace referencia a un alcance para describir el fenómeno de estudio mediante preguntas, que aporten de manera detallada las características particulares del objeto

y fenómeno del estudio, pretende recopilar y analizar información de las variables de interés (Hernández y Mendoza, 2018). Es aplicable a esta investigación, dado que favorece a la indagación de la realidad de los adolescentes del catecismo mediante el análisis de los resultados del test aplicado, mismo que brinda niveles de depresión, analizados a través de frecuencias y porcentajes, como también, puntuaciones directas, analizadas en medidas como: media, desviación estándar, mediana, moda, valor mínimo, valor máximo, asimetría y curtosis.

Si bien es cierto, el objetivo es diseñar una propuesta de intervención, es meritorio definir el diseño de la investigación dado que al no ser aplicada no corresponde a un diseño experimental o cuasi experimental, sino por el contrario, el estudio es de un diseño no experimental dado que no existe manipulación de las variables, más bien, los datos son tomados tal cual llegan de las evaluaciones, sin intervenir de manera directa porque no existen evaluaciones pre y post test, ni la ejecución del plan terapéutico.

Es de corte transversal, conceptualizado como mediciones realizadas en un determinado tiempo, no hay periodos de seguimiento. Se caracteriza por tener un propósito tanto descriptivo como analítico, dado que pretende indagar la prevalencia de alguna condición, de modo que el investigador ejecuta una sola medición de las variables de estudio (Rodríguez y Mendivelso, 2018). Por tanto, el instrumento se empleó en una sola ocasión que permitió recabar información en torno a la variable de depresión y no hubo aplicación de la propuesta de intervención.

2.2 Técnicas e instrumentos de recolección de la información

La recolección de información de la presente investigación, se realizó mediante la aplicación de una ficha sociodemográfica e instrumento psicológico para obtener información que permita dar cumplimiento a los objetivos del estudio. De tal modo, que se presenta a continuación las técnicas e instrumentos utilizados.

Técnicas

Las técnicas de investigación son procedimientos sistemáticos y metodológicos que buscan recopilar la información y obtener conocimiento para brindar soluciones a las preguntas y problema planteado (Hernández y Mendoza, 2018). En otras palabras, es la agrupación de normas y procedimientos que favorecen la interacción con el objeto o sujetos de estudio, y mediante su utilización se obtenga resultados (Feria, Matilla, y Mantecón, 2020).

Por tanto, las técnicas empleadas para la recolección de información necesaria para el cumplimiento de los objetivos de la investigación, corresponden a la encuesta y psicométrica. La encuesta es definida como una técnica que permite la recopilación de información a través de un instrumento. El cuestionario es el instrumento de la encuesta, mismo que es previamente elaborado, cuyos datos serán sometidos a análisis e interpretación, es decir, contiene una serie de preguntas en orden al fenómeno de estudio.

En este sentido, se empleó la encuesta con la finalidad de recopilar información en relación a la población de interés, razón de diseñar una ficha sociodemográfica para conocer el entorno social y familiar de los adolescentes de la escuela de catecismo de la Parroquia Sagrada Familia, para su caracterización.

La segunda técnica empleada fue la psicométrica, entendida como técnica que permite medir cualidades psíquicas de los sujetos mediante instrumentos conocidos como test psicológicos, los mismos que contarán con propiedades psicométricas como la fiabilidad y validez que doten de información verídica de aspectos psicológicos que no son observables (Larzabal, Ramos, Jaramillo, y Hong, 2020). Por tanto, se empleó el Inventario de Depresión de Beck como instrumento de evaluación.

Instrumentos

Ficha Sociodemográfica

La ficha sociodemográfica, corresponde a un instrumento que recopila información en orden a indicadores sociodemográficos que denote una situación social. Suele ser empleado en censos, cifras registradas por organizaciones gubernamentales, etc. (Anrango, 2022).

Es un cuestionario que proviene de la técnica de la encuesta, cuya finalidad es recabar información relevante en torno a características sociales y familiares de la población u objeto de estudio, mismos que servirán para realizar los análisis correspondientes en orden al diseño, tipo y enfoque de investigación. La ficha sociodemográfica se estructuró en tres variables, presentes en el Cuadro 11.

Cuadro 11.

Estructura de la ficha sociodemográfica

Variables	Descripción
Personales	En este segmento se incluye la edad, género, etnia, nacionalidad y ciudad de residencia de los participantes.
Académicos	Abarca el curso en el que se encuentran en la institución educativa.
Familiares	Incluye aspectos relacionados a la familia como el tipo de familia, lugar que ocupa entre hermanos, nivel académico del padre y nivel académico de la madre.

Fuente: Elaboración propia

Dichos datos, permitieron recabar información relevante sobre la población de estudio, pero también la presencia de posibles factores incidentes o de protección de la depresión, al establecer discusiones con investigaciones previas y referentes teóricos.

Inventario de Depresión de Beck – Segunda Edición

Es un instrumento psicológico que tiene la finalidad de medir el grado de severidad de depresión en adultos como adolescentes a partir de los 13 años. Su desarrollo parte del interés de medir síntomas asociados a los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Cuarta Edición (DSM-IV) del apartado de trastornos depresivos. A diferencia del instrumento original BDI, la nueva versión BDI-II incluye cuatro ítems vinculados con la pérdida de peso, cambio de imagen corporal, preocupación somática y dificultad para trabajar. Además, se mejora dos ítems, al especificar cambios sea en el aumento o disminución del sueño y apetito. Dada la actualización del DSM IV al DSM V, la fundamentación teórica del instrumento abarca los siguientes criterios (Sánchez, 2019):

- Ánimo deprimido (tristeza, sentimiento de vacío y desesperanza)
- Sentimientos de culpa o inutilidad exacerbada
- Incapacidad para vivenciar placer, experimentado con anterioridad.
- Incremento o decremento de peso
- Pérdida o aumento del sueño
- Agitación o retraso psicomotor
- Reducción de la concentración y toma de decisiones
- Pensamientos concurrentes de muerte, ideas suicidas o intento de suicidio.

Por su parte, Aedo (2020) argumenta que el Inventario de Depresión de Beck II, es uno de los instrumentos más adecuados para el ejercicio clínico, por el hecho que los ítems concuerdan con la realidad en relación a otros modelos, dado que es el más sólido al tomar en cuenta los criterios diagnósticos, genera mayor precisión en el diagnóstico. De igual forma, las preguntas se encuentran descritas de forma funcional, que permite al sujeto identificar con mayor facilidad la sintomatología que presenta.

Este instrumento, a partir de 1961 ha sido sometido a procesos de adaptación y validación a distintas culturas, por ser considerado el test psicológico mayor empleado para detectar sintomatología depresiva, a pesar de la existencia de otros mecanismos de medición semejantes. La primera versión es producto de la evaluación de pacientes deprimidos, sometidos a observaciones sistemáticas y registro de sintomatología, mismos que fueron contrastados con la literatura de ese entonces, de manera que se generó 21 reactivos en orden a la frecuencia e intensidad de síntomas depresivos (Rosas, Rodríguez, Hernández, y Lagunes, 2020).

Luego de ello, se realizó dos actualizaciones más, basados en las modificaciones de los manuales de diagnóstico, la primera incluye 15 reactivos la segunda 18 ítems que permite evaluar la presencia de síntomas depresivos en las dos últimas semanas. La versión actualizada BDI-II es la tercera versión y se fundamenta en la teoría cognitiva de Beck (Sánchez, Farfán, de la Fuente, Chávez, 2022).

Esta teoría, expone que la depresión no es endógena, sino que surge por el hecho que los individuos presentan vulnerabilidad cognitiva ante situaciones de estrés, entendido como esquemas cognitivos y desadaptativos. De manera que la depresión genera un inadecuado desempeño en el procesamiento de información a causa de afirmaciones generadas por vivencias significativas en las personas. La triada cognitiva habla de tres patrones cognitivos, que incluye la perspectiva que tiene la persona de sí mismo, su entorno y del futuro (Aedo, 2020).

La triada cognitiva sirve de sustento para el desarrollo del Inventario de Depresión, dado que es el mismo autor quien lo diseña, en la idea que la depresión tiene concordancia con la triada y distorsión cognitiva, para plasmar en un instrumento, con la finalidad de obtener resultados certeros y una precisión diagnóstica al abordar sintomatología clínica usual. De manera que se considera oportuno, presentar la ficha técnica del instrumento para una mejor comprensión (Cuadro 12).

Cuadro 12.

Ficha Técnica del Instrumento

Aspectos	Descripción
Autor	Beck et al. (1996)
Objetivo	Evaluar la gravedad de sintomatología depresiva en adultos y adolescentes.
Ítems	Compuesto de 21 ítems correspondiente a síntomas depresivos.
Respuesta	Escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0 -3) Excepto las preguntas asociadas al sueño y apetito (ítem 16 y 18)
Aplicación	Individual o colectiva
Duración	5 a 10 minutos aproximadamente
Puntuación	El puntaje total se obtiene de la sumatoria de los 21 ítems
Puntos de corte (interpretación)	<ul style="list-style-type: none"> • 0 – 13 depresión mínima • 14 – 19 depresión leve • 20 – 28 depresión moderada • 29 – 63 depresión grave

Fuente: Modificado de Aedo (2020); Astudillo y Quezada (2021)

En relación a las propiedades psicométricas, Astudillo y Quezada (2021) analizaron las propiedades psicométricas en adolescentes ecuatorianos, cuyo objetivo fue adaptar y validar el instrumento BDI –II. La metodología fue instrumental destinada a adaptar a nivel cultural, encontrar validez y confiabilidad. Los participantes fueron 871 adolescentes cuyas edades oscilaban entre 13 y 18 años, seleccionados a través muestreo no probabilístico. La validez de contenido fue determinada mediante criterio de jueces y cálculo de coeficiente de concordancia W de Kendall. Además de análisis factorial existe dos factores que explicó el 43,12% de la varianza total, mientras que la confiabilidad se calculó a través de alfa de Cronbach con un valor de ,86. Concluyen que es apto para la población adolescente ecuatoriana.

En tanto, la Tabla 1 muestra el análisis de confiabilidad en conjunto de los 21 ítems.

Tabla 1.

Confiabilidad del instrumento psicométrico

Alfa de Cronbach	Número de elementos
,930	21

Nota. 72 observaciones

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

Se evidencia que la presente investigación en orden al instrumento psicológico, posee una confiabilidad de 0,930 indicativo de excelente acorde a lo estipulado por Anrango (2022).

2.3 Participantes y características sociodemográficas

En esta sección se presenta la población de estudio, la descripción de los participantes seleccionados bajo criterios de inclusión y exclusión y sus características sociodemográficas.

Participantes

La muestra estuvo conformada por 72 catequizados de los niveles de Año Bíblico (40,3%), Primer Nivel de Confirmación (11,1%) y Segundo Nivel de Confirmación (48,6%), pertenecientes a la parroquia eclesiástica Sagrada Familia, ubicada la calle José García y Av. Los Chasquis, perteneciente al sector Simón Bolívar de la ciudad de Ambato. Para seleccionar a los participantes, se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia, definido como un tipo de muestreo que permite seleccionar a la muestra acorde a los criterios del investigador, además, la muestra suele ser accesible para formar parte de la muestra (Hernández, 2021). Por tanto, se empleó criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Matriculados en el catecismo de la Parroquia Sagrada Familia
- Edad comprendida entre los 13 a 17 años

- Firma del consentimiento informado del representante legal
- Participación voluntaria

Criterios de exclusión:

- No estar matriculado en el catecismo de la Parroquia Sagrada Familia
- Edades no comprendidas entre los 13 a 17 años
- No firmar el consentimiento informado del representante legal
- Participación no voluntaria.

Caracterización de la muestra

La caracterización de la muestra permite exponer los datos sociodemográficos relevantes de los participantes de la investigación, divididos en tres grupos: datos personales, académicos y familiares. Los resultados se presentan en frecuencias (*f*) y porcentajes (%) para variables nominales y ordinales, en cambio para variables de escala como la edad, se aplicó adicionalmente, media (*M*), desviación estándar (*DT*), mínimo (Mín.), máximo (Máx.).

Las variables personales involucran la edad del estudiante de catequesis, género, etnia, nacionalidad y ciudad de residencia. Los datos en relación a las variables personales, muestra una prevalencia de 14 años de edad con el 36,1% de la población (Tabla 2).

Tabla 2.

Análisis de la edad de los participantes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
13	22	30,6%
14	26	36,1%
15	17	23,6%
16	4	5,6%
17	3	4,2%
TOTAL	72	100%

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

Concomitante con la media de edad de 14,1667 (Tabla 3) se considera como la adolescencia media de acuerdo a UNICEF (2020), caracterizada por la búsqueda de identidad e independencia. No obstante, dichos resultados no coinciden con el estudio de Vanega et al. (2018) quienes encontraron una media de 13,96 y una desviación estándar de ,89 en estudiantes de Yucatán, México.

Tabla 3.

Análisis cuantitativo de la edad de los participantes

Variable	Mín	Máx.	M	DT
Edad	13	17	14,1667	1,06149

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

En relación al género (Tabla 4) se observa una predominancia del género femenino (52,8) de los participantes, hecho que discrepa de la investigación de Lu (2019), quien encontró que la mayor parte de los adolescentes de Estados Unidos que participaron en la encuesta nacional transversal anual sobre uso de drogas y salud (NSDUH) de 2011 a 2016, correspondieron al género masculino en un 51%.

Tabla 4.

Análisis del género de los participantes

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	38	52,8%
Masculino	34	47,2%
TOTAL	72	100%

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

La variable etnia (Tabla 5) indica que la mayoría de estudiantes se consideran mestizos en un 93,1%, en contraposición del estudio de Lu (2019) al encontrar que los adolescentes estadounidenses son blancos en un 54,4%.

Tabla 5.*Análisis de la etnia de los participantes*

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	67	93,1%
Negro/Afro	1	1,4%
Blanco	4	5,6%
TOTAL	72	100%

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

Por otro lado, el 98,6% de estudiantes son ecuatorianos, residentes en la ciudad de Ambato y el 1,4% es de nacionalidad española (Tabla 6).

Tabla 6.*Análisis de la nacionalidad de los participantes*

Nacionalidad	Frecuencia	Porcentaje
Ecuatoriana	71	98,6%
Española	1	1,4%
TOTAL	72	100,0%

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

Las variables académicas están compuestas del curso de estudios, mismos que son presentados a través de frecuencia y porcentaje. Cabe mencionar que estos datos, corresponde al nivel de escolaridad de la educación regular, mas no de los niveles del catecismo (Tabla 7).

Tabla 7.*Análisis de variables académicas*

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Curso		
Octavo	15	20,8%
Noveno	16	22,2%
Décimo	21	29,2%
Primero BGU	16	22,2%
Segundo BGU	2	2,8%
Tercero BGU	2	2,8%
TOTAL	72	100%

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

El curso que presenta mayor predominancia es décimo, correspondiente a 29,2% a diferencia del estudio de Muñoz et al. (2021) quienes hallaron que el 34% pertenecía a Primero de Bachillerato o cuarto curso en estudiantes de la Unidad Educativa Luis Cordero ubicada en la ciudad de Azogues, Ecuador. En cambio, el estudio de Mantilla y Alomaliza (2017) encontraron una predominancia de estudiantes de noveno (35%) de una Unidad Educativa de la zona rural de la ciudad de Ambato.

Las variables familiares abarcan el tipo de familia, lugar que ocupa entre los hermanos, nivel académico tanto del padre como de la madre mediante frecuencia y porcentaje.

Tabla 8.*Análisis del tipo de familia*

Tipo de familia	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear	44	61,1%
Extensa	22	30,6%
Reconstituida	3	4,2%
Monoparental	3	4,2%
TOTAL	72	100%

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

En la tabla 8, se observa que existe una prevalencia de tipo de familia nuclear (61,1%), es decir, familias constituidas por papá, mamá e hijos, conocidas también como

tradicionales. Datos similares a la investigación de Orahulio y Milena (2020) al estudiar a adolescentes de Lima Norte, encontraron que la mayoría de estudiantes provienen de una familia nuclear (53,68%).

Tabla 9.

Análisis del lugar que ocupa entre hermanos

Lugar entre hermanos	Frecuencia	Porcentaje
Primero	38	52,8%
Segundo	14	19,4%
Tercero	12	16,7%
Cuarto	5	6,9%
Sexto	3	4,2%
TOTAL	72	100%

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

Por otro lado, el lugar que ocupan los adolescentes del presente estudio (Tabla 9) en su mayoría corresponde a los primogénitos (52,8%), valor semejante a la investigación de Aguilar, Raya, Pino, y Herruzo (2019) realizada en Córdoba y Jaén, España, quienes hallaron que los participantes infantojuveniles en relación al orden entre sus hermanos, ocupaban el primer lugar en un 49,90%.

Tabla 10.

Análisis del nivel académico de los padres

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Nivel académico del padre		
Primaria	20	27,8%
Secundaria	30	41,7%
Tercer nivel	15	20,8%
Cuarto Nivel	7	9,7%
TOTAL	72	100%
Nivel académico de la madre		
Primaria	19	26,4%
Secundaria	32	44,4%
Tercer Nivel	15	20,8%
Cuarto Nivel	6	8,3%
TOTAL	72	100%

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

Por último, en el nivel académico de los padres (Tabla 10), se halló que el padre mostró una prevalencia de secundaria en un 41,7% al igual que las madres de familia en un 44,4%, datos superiores al estudio de Aguilar et al. (2019) al hallar que los padres y madres de Córdoba y Jaén tienen estudios primarios (53,50% y 45,70% respectivamente).

Se concluye que la investigación sigue una metodología aplicada, con paradigma positivista, enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo, diseño no experimental de corte transversal. Los participantes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia, de 72 estudiantes de la escuela de catecismo de la Parroquia Sagrada Familia. Para recopilar información se aplicó la técnica de la encuesta y psicométrica, con dos instrumentos, el primero la ficha sociodemográfica y el segundo el Inventario de Depresión de Beck – II.

2.4 Procedimiento y análisis de la información

En esta sección se presenta el procesamiento que se llevó a cabo para la realización de la presente investigación, así como el análisis de la información que permitió dar cumplimiento a los objetivos del estudio. Además de las consideraciones éticas que se siguieron para resguardar la integridad de los participantes. A continuación, se presentan las fases llevadas a cabo para el desarrollo del estudio.

Fase de elaboración del marco teórico y metodológico

- Se partió de la revisión exhaustiva documental y bibliográfica de documentos científicos y académicos, como repositorios, libros, artículos científicos, páginas web oficiales, entre otros; ara obtener información de los diferentes referentes teóricos que hablan de la depresión en la adolescencia. Dicha información, permitió desarrollar el capítulo del estado del arte y la práctica, donde se expuso antecedentes investigativos y temáticas de la adolescencia, depresión y terapia sistémica.

- Posterior a ello, se redactó el capítulo de metodología acorde con los objetivos investigativos que permitan su cumplimiento, se detalló el tipo y enfoque de investigación, paradigma, diseño, técnicas e instrumentos y caracterización de la población. Es importante mencionar que, en esta fase, se estableció el test psicológico a emplear, correspondiente al Inventario de Depresión de Beck y se diseñó la ficha sociodemográfica a emplear.

Fase de recolección de datos

- Se socializó la finalidad de la investigación con el párroco de la parroquia Sagrada Familia, para obtener el permiso correspondiente para el desarrollo del estudio.
- Una vez aceptado la ejecución de la investigación, se procedió a la identificación de la población de estudio con la colaboración de los miembros laicos que colaboran en el catecismo.
- Identificada la población de interés, se socializó el proyecto de investigación a los representantes legales y estudiantes del catecismo, se da a conocer el consentimiento informado y asentimiento informado.
- Cuando se obtuvo la firma del consentimiento y asentimiento informado, se elaboró el cuadernillo de evaluación en la plataforma Google Forms sujeta a prueba piloto para comprobar que la estructura y preguntas eran adecuadas, con lenguaje claro y conciso.
- Se coordinó con los catequistas para generar reuniones virtuales por Zoom para aplicar los instrumentos de manera colectiva y brindar respuestas ante las preguntas que surjan durante la evaluación.
- Establecido el cronograma de evaluación, se procedió con las reuniones por niveles de catecismo, donde se compartió el enlace del cuestionario. Se estableció las instrucciones generales y una guía verbal de cada una de las preguntas. Se empleó primero la ficha sociodemográfica y luego el Inventario de Depresión de Beck.

Fase de procesamiento de datos

- Concluida la fase de recolección de datos, se procedió con la depuración de la hoja de cálculo que arroja la plataforma Forms, para verificar que los participantes cumplan con los criterios de inclusión, especialmente la edad, se obtuvo 73 observaciones. Al depurar aquellas que no concordaban con los requerimientos para la investigación, se redujo a 72.
- Luego de la depuración, se reemplazó los datos de la hoja de cálculo de Excel, en valores numéricos para realizar los análisis en el programa SPSS. Es así, que se subió la hoja de cálculo modificada al software estadístico para ingresar las etiquetas y campos necesarios que permita el análisis estadístico.
- Una vez obtenida la base de datos en el programa SPSS, se realizó el sumatorio total del instrumento, se asignó la interpretación o nivel de depresión acorde a los parámetros del test. Luego de ello, se realizó en el análisis descriptivo de la ficha sociodemográfica través de frecuencias y porcentajes para variables nominales y originales, y estadísticos descriptivos media, desviación estándar, mínimo y máximo para variables de escala.
- Luego se analizó la fiabilidad del Inventario de Depresión de Beck a través del alfa de Cronbach de toda la escala, así como por los elementos, se obtuvo el valor global y la consistencia interna de cada ítem.
- Comprobada la confiabilidad del instrumento, se procedió con el análisis descriptivo del cuestionario, se obtuvo frecuencia y porcentaje de las variables ordinales, correspondiente al nivel de depresión de los participantes y también del puntaje directo del Inventario se obtuvo la media, desviación estándar, mínimo y máximo.

Fase de análisis de información

- Obtenidos los resultados necesarios para el cumplimiento de los objetivos y desarrollo de la propuesta de intervención, se colocó en formato APA tanto las tablas como figuras.

- Primero se realizó el análisis e interpretación de los datos sociodemográficos de los participantes, mismos que fueron comparados con investigaciones previas en orden al tema de estudio. Se los colocaron en el capítulo de metodología.
- Luego se realizó el análisis e interpretación de los resultados del instrumento psicológico y se vinculó los datos obtenidos tanto con investigaciones previas como con referentes teóricos expuestos en el estado del arte y la práctica.
- Obtenida la media de los participantes en relación a la depresión, se procedió con la elaboración del plan de intervención en referencia al enfoque sistémico.

Fase de elaboración del informe final

- Diseñado el plan de intervención, se procedió con el desarrollo del informe final para su respectiva presentación. Se estableció las conclusiones y recomendaciones en concordancia con los objetivos del estudio.
- Se revisó la referenciación correcta en Normas APA sexta edición, con la ayuda del gestor bibliográfico MENDELEY. De igual forma, se colocó los anexos.
- Por último, se realizó el resumen tanto en español como en inglés con sus respectivas palabras clave, y actualización de los índices.

Consideraciones éticas

Al trabajar con seres humanos, se considera necesario establecer las consideraciones éticas que se tomó en cuenta para el desarrollo de la investigación. Se tomó como referencia los principios de la Declaración de Helsinki (The World Medical Association, 2022), donde establece el deber de los investigadores y el respeto por los derechos de los participantes, tales como:

- Protección de la vida
- Protección de la salud
- Respeto por la integridad

- Derecho a la autodeterminación
- Derecho a la intimidad
- Derecho a la confidencialidad de la información personal de los participantes

Por tanto, se tomará en cuenta la protección de las personas que forman parte de la investigación, al ser responsabilidad del profesional de la salud, y más no de los participantes, a pesar de haber otorgado su consentimiento. De manera, que los resultados son de acceso único del equipo de investigación para los respectivos análisis, mismos que concuerdan con los objetos de la investigación. Además, se colocó un código a cada evaluación para resguardar los datos personales de los participantes.

Al tratarse de menores de edad, se pidió la autorización a sus representantes legales para que forman parte del estudio, mediante el consentimiento informado, previa socialización. Al igual que el asentimiento informado, con la finalidad de obtener autorización del estudiante a ser evaluado, es decir, contar con su participación voluntaria. De manera que ambas partes, tanto estudiante como representante legal debían tener concordancia para ser parte del estudio.

La información obtenida únicamente es para fines académicos, y no cuenta con divulgación de resultados bajo datos personales que incluya nombres. No obstante, antes del desarrollo de la investigación se contó con la aprobación de la unidad de posgrados de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, donde se detalló la institución de afiliación, financiamiento y descripción detallada de lo que se conllevaba el estudio.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación busca evaluar los niveles de depresión en 72 adolescentes de los niveles de Año Bíblico, Primero y Segundo nivel de Confirmación de la Parroquia Eclesial Sagrada Familia de la ciudad de Ambato. De tal manera, se presenta el análisis del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II), además de la propuesta de intervención, desde el enfoque sistémico para la depresión en adolescentes.

3.1 Análisis descriptivo del Inventario de Depresión de Beck

Se presenta el análisis descriptivo con frecuencias y porcentajes para las variables ordinales, correspondiente a los niveles de interpretación de las puntuaciones directas del instrumento psicológico, mientras que las variables de escala, presentan mínimo (Mín.) y máximo (Máx.), media (*M*) y desviación estándar (*DT*).

El coeficiente de interpretación del puntaje directo del instrumento psicológico empleado, se presenta en la Tabla 11.

Tabla 11.

Análisis categórico del Inventario de Depresión de Beck

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Interpretación		
Mínimo	47	65,3%
Leve	7	9,7%
Moderado	11	15,3%
Severo	7	9,7%
TOTAL	72	100%

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

La tabla indica que los adolescentes en su mayoría presentan niveles mínimos de depresión al tener un valor de 65,3%, seguido de moderado (15,3%) y en igualdad de valores, se encuentra depresión leve y severo (9,7%).

Los valores de la presente investigación concuerdan con el estudio de Mantilla y Alomaliza (2017) al hallar que la mayor parte de los estudiantes de la zona rural de Ambato, no evidencian niveles de depresión, al señalar normalidad en un 33,3%, seguido de extrema (26,7%), luego moderada (20%), leve (15%) e intermitente (5%), posiblemente por el hecho de existir factores incidentes en el apareamiento de sintomatología depresiva como el caso de la disfuncionalidad familiar.

De hecho, el estudio de Olivera, Rivera, Gutiérrez, y Méndez (2019) indica que los adolescentes de Lima tuvieron en su mayoría una depresión mínima en un 51,6%, seguido de depresión leve (28,6%), depresión moderada y severa en un 8,8%. Estos son indicativos de influencia de la presencia de familias funcionales, con presencia de comunicación y satisfacción familiar. Son elementos que coinciden con lo expuesto por Fernández y Villamarín (2021) al mencionar que los factores protectores de la depresión adolescente son el provenir de familiares biparentales, relaciones familiares optimas y cercanas. Dicha información corrobora con lo señalado por (S. G. A. Rodríguez et al., 2018) los elementos de protección de la adolescencia es el apoyo familiar, calidad comunicativa, relación estable con los progenitores, entre otros.

De igual forma, la investigación de Rivera, Arias, y Cahuana (2018) identificó niveles de depresión altibajos normales (49,9%) en adolescentes de Arequipa, seguido de leve perturbación del estado de ánimo (19%), depresión moderada (10,4%), sin depresión (8,7%), estados de depresión intermitentes (7,5%), depresión grave (2,9%) y depresión extrema (1,5%). Los autores concluyen que la presencia de sintomatología depresiva se vincula con la estructura familiar, la familia nuclear al parecer genera menores niveles de depresión. Entre los factores incidentes de la depresión se encuentran conflictos interparentales, consumo de sustancias parentales, violencia intrafamiliar entre otros.

Adicional, en la presente investigación, se analizaron datos del nivel de depresión de los adolescentes con el tipo de familia. (Tabla 12)

Tabla 12.*Análisis de tipos de familia y niveles de depresión*

Tipo de familia	Nivel de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Nuclear (61,1%)	Mínimo	29	65,9%
	Leve	5	11,4%
	Moderado	4	9,1%
	Severo	6	13,6%
	Total	44	100,0%
Extensa (30,6%)	Mínimo	15	68,2%
	Leve	1	4,5%
	Moderado	6	27,3%
	Total	22	100,0%
Reconstituida (4,2%)	Mínimo	1	33,3%
	Leve	1	33,3%
	Severo	1	33,3%
	Total	3	100,0%
Monoparental (4,2%)	Mínimo	2	66,7%
	Moderado	1	33,3%
	Total	3	100,0%

Nota. 72 observaciones

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

El 61,1% de la población estudiada pertenece a una familia nuclear y dentro de este grupo, el 61,1% presenta depresión en nivel mínimo, un 11,4 % nivel leve de depresión, un 9,1% depresión moderada y un 13% manifiesta depresión severa. En el grupo de adolescentes pertenecientes a una familia extensa (30,6%) presentan el 68,2% depresión en nivel mínimo, el 4,5% depresión leve y 27,3 % depresión moderada. En el grupo con familia reconstituida (4,2%), manifestaron un 33,3% depresión severa y con el mismo valor depresión mínima y leve. Por último, la población con una familia

monoparental (4,2%), manifestaron el 66,75% depresión en nivel mínimo y el 33,3% depresión moderada.

Los valores expuestos en la tabla de contingencia entre el tipo de familia y los niveles de depresión son diferentes a un estudio realizado en una población de adolescentes en Lima Norte de Perú, donde el 51,05% (n 97) de la población presentan sintomatología de depresión y entre ellos el 45,10% pertenece a un tipo de familia nuclear, el 54,55% pertenece a una familia de tipo extensa y el 58,44% pertenece a una familia de tipo monoparental (Tafur, 2020). Concomitante, Tafur (2020), menciona que el tipo de familia al que pertenece un adolescente, junto al presentar una mayor cantidad de hermanos además de un bajo rendimiento académico, favorecen a una percepción de bajo funcionamiento familiar, donde no se cubren completamente necesidades básicas de afecto y cuidado que requieren los adolescentes.

Por otra parte, se analiza el género de la población evaluada y los niveles de depresión (Tabla 13)

Tabla 13.

Análisis del género y nivel de depresión

Género	Nivel de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Femenino (52,8%)	Mínimo	19	50,0%
	Leve	5	13,2%
	Moderado	8	21,1%
	Severo	6	15,8%
	Total	38	100,0%
Masculino (47,2%)	Mínimo	28	82,4%
	Leve	2	5,9%
	Moderado	3	8,8%
	Severo	1	2,9%
	Total	34	100,0%

Nota. 72 observaciones

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

Donde, el 52,8 % de la población es de género femenino y refieren dentro de este grupo un 50% depresión mínima, un 13,2% depresión en nivel leve, un 21,1% depresión moderada y depresión en nivel severo un 15,8%. Dentro del grupo de género masculino (47,2%) manifiesta un 82,4% depresión en nivel mínimo, un 5,9% depresión leve, depresión moderada un 8,8% y el 2,9% depresión severa.

Estos datos tienen relación con el estudio de Lima Perú, donde el 50,53% de la población es de género femenino y dentro de este grupo el 58,33% presentó sintomatología de depresión a diferencia del grupo de género masculino (49,47%) que presentó un 43,62% síntomas de depresión (Tafur, 2020). Así mismo tiene relación con los estudios de Muñoz, et al. (2021) donde, las mujeres adolescentes de nacionalidad ecuatoriana presentaron más prevalencia de depresión (54,4%) que los hombres (45,6%).

Concomitante a este análisis, los predictores para la depresión en adolescentes mujeres, dentro del ambiente familiar son: falta de comunicación en la familia, falta de aceptación familiar, acompañado de conflictos entre los padres (Ruiz et al., 2020). Además de ser propio de la edad, en mujeres adolescentes, los cambios hormonales, trastornos de tipo orgánico, reacción de ciertos fármacos y clase social, como causante de la depresión, acompañado a la tendencia o factor genético familiar con situaciones que generan alteración emocional, como son los duelos (Coryell, 2021).

Por otra parte, para tener una visión global de la realidad de este segmento poblacional, en orden al tema de interés, se presenta en la Tabla 14 el análisis estadístico descriptivo cuantitativo de la depresión mediante la media, desviación estándar, valor máximo, valor mínimo, mediana, moda, asimetría y curtosis del puntaje total directo del instrumento psicológico empleado.

Tabla 14.*Análisis descriptivo de la depresión*

Variable	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Estándar	Mediana	Moda	Asimetría	Curtosis
Depresión	0	44	11,56	11,680	8,00	0	0,964	0,104

Nota. 72 observaciones

Fuente: Obtenido del programa SPSS versión 25

El análisis descriptivo denota que la depresión se encuentra en un promedio de 11,56 correspondiente a un nivel mínimo de depresión, a diferencia del estudio de Aguilar et al. (2019) hallaron una media de 48,85 con desviación estándar de 10,62, indicativo de depresión media. Los puntajes de los adolescentes de Córdoba y Jaén, España, oscilaron entre 27 y 97 puntos, posiblemente por los estilos de crianza ejecutados por los progenitores. De hecho, de acuerdo a Orahulio & Milena (2020) la sintomatología depresiva y ansiosa se vincula con la percepción del funcionamiento familiar que tenga el adolescente.

Por todo lo señalado, y los antecedentes investigativos existentes en torno al estudio actual, se establece que la familia desempeña un rol esencial en la vida de los adolescentes, que actuaría como factor de riesgo, al mantener una inadecuada relación familiar, como también ser un factor protector al brindar al adolescente el apoyo adecuado con un ambiente familiar saludable.

De esta forma, se considera oportuno plantear un enfoque de intervención secundaria al tratarse de una población de adolescentes en el ámbito educativo, donde no es factible la intervención terciaria de psicoterapia como tal. Por lo mismo, los adolescentes que presentaron depresión en nivel grave serán remitidos para recibir el tratamiento oportuno en instituciones de salud. La intervención está basada en técnicas de terapia sistémica por el hecho que abarca el sistema familiar, en el que está incluido el adolescente.

3.2 Diseño de plan de intervención

En este apartado se expone un diseño de intervención secundaria con técnicas de enfoque sistémico para apoyar al bienestar de los adolescentes estudiantes de la Escuela de Catequesis de la Parroquia Sagrada Familia. El plan de intervención secundaria está enfocado para adolescentes que presentan síntomas depresivos en nivel mínimo, leve y moderado, donde se propone técnicas para fortalecer los recursos personales, como también apoyar a un mejor ambiente familiar, todo esto, en prevención de la depresión para el bienestar de la población investigada.

La elaboración de este plan se establece con la información obtenida de la ficha sociodemográfica y de los resultados de la aplicación del inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) junto a su respectivo análisis de resultados, además se considera, los conceptos abordados en el capítulo I de estado del arte con respecto a la depresión, adolescencia e intervención para la depresión con enfoque sistémico.

Sustentación teórica y metodológica del plan de intervención.

El enfoque con el que se propone intervenir a nivel secundario los síntomas de depresión en adolescentes, se basa en la terapia sistémica que propone Almeda y Quiroga (2020) en su programa “Camino a la libertad” con enfoque sistémico, donde se obtuvo resultados positivos para depresión en adolescentes, mismo que, se aplica en siete sesiones, una por semana. Por tal razón, en este plan se propone siete sesiones a ser aplicadas cada semana, para aportar a una mejoría en los adolescentes mediante técnicas sistémicas propuestas para trabajar en conjunto con padres y madres.

El trabajo en conjunto con padres y madres de familia, también ha permitido resultados positivos en terapia sistémica para adolescentes con depresión, como Liu et al. (2020) identificaron en su análisis sobre el punto de vista de padres y madres de familia al haber sido parte de la terapia sistémica para sus hijos adolescentes con depresión y conocimiento de las diferentes técnicas que aportaron a su mejoría, además de mejorar el sistema familiar y crear un ambiente más saludable para el desarrollo del

adolescente, por tal razón el plan de intervención propuesto incluye la participación y actividades en conjunto de padres y madres de familia con sus hijos e hijas adolescentes.

Cada una de las sesiones propuestas en el siguiente plan presentan técnicas de enfoque sistémico, tomadas del libro Técnicas para psicoterapia sistémica constructivista, donde Ortiz (2022) presenta varias herramientas utilizadas en apoyo para que la persona construya su nueva historia de mejoría, además, se considera los elementos centrales que Mardones y Escalona (2020) proponen para la intervención sistémica con adolescentes, tales como: la relación terapeuta y consultante, el encuadre, motivo de consulta, construcción de objetivos terapéuticos y cierre del proceso de terapia, donde el terapeuta es considerado como un adulto significativo para el proceso de cambio y mejoría del adolescente.

Por esto, en función de intervenir y prevenir en los distintos grados de depresión en los 72 adolescentes de 13 a 17 años de edad, estudiantes de la Escuela de Catequesis de la Parroquia “Sagrada Familia”, las sesiones están organizadas en tres fases, mismas a ser desarrolladas, durante siete semanas, como anteriormente se expuso a Almeda y Quiroga (2020) quienes notaron buenos resultados en este número de sesiones con una sesión cada semana.

Antecedentes

Al ser la depresión un problema de salud pública, y dado el incremento de la sintomatología en la población adolescente, varias investigaciones han analizado propuestas de intervención desde diversos enfoques para hallar resultados, con énfasis en la terapia sistémica. En concordancia, se presenta a continuación, algunas de ellas.

La primera corresponde a Liu et al. (2020) cuyo objetivo fue explorar las percepciones de los adolescentes deprimidos y sus padres en relación a los factores que promueven la mejora de la terapia familiar o sistémica. Reclutaron a 12 familias chinas con hijo

adolescente que cumplía criterios de trastorno depresivo mayor. Las sesiones fueron realizadas por cuatro terapeutas en un total de 134 sesiones de terapia sistémica. Los resultados fueron recopilados mediante entrevistas semiestructurada y notaron que la terapia sistémica favoreció a que los adolescentes con depresión, mejoraran la expresión de sus emociones, exploraran las interacciones familiares, creencias y flujos emocionales vínculos con sus síntomas, además de promover su autodesarrollo mediante la activación de sus recursos.

La investigación de Dávalos, Núñez, Vázquez, y Colunga (2019) tuvo como objetivo determinar el efecto de la terapia sistémica sobre síntomas internalizantes (ansiedad/depresión, queja somática) y externalizantes (conducta agresiva) en adolescentes. La muestra estuvo compuesta de 109 adolescentes con una media de 15,1 años de edad. Se dividieron en dos grupos, 54 pertenecían a la muestra clínica y 55 al grupo control. El grupo de terapeutas estuvo conformado por cuatro profesionales con experticia en terapia familiar sistémica. La propuesta de intervención tuvo una duración de 12 sesiones (seis meses), con sesiones cada dos semanas, con una duración de 60 a 90 minutos, apoyado en un coterapeuta.

Los resultados denotan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el factor internalizante ($F = 32,340$, $p < 0,001$) y en relación a manifestaciones somáticas ($F = 22,588$; $p < 0,001$), ansiedad/depresión ($F = 56,451$, $p < 0,001$), indicativo de mejora en el grupo experimental en relación al grupo control. Así mismo, en el factor externalizante ($F = 32,340$; $p < 0,001$) y en la conducta agresiva ($F = 23,334$; $p < 0,001$). Por tanto, los autores concluyen que existe una frecuencia de éxito destinado al tratamiento sistémico en un 46% sobre el factor internalizante, 60% para quejas somáticas, 43% ansiedad/depresión, 53% para el factor externalizante y un 55% para conductas agresivas. De manera que la terapia familiar sistémica es eficaz para combatir sintomatología internalizante (depresión) y externalizante de los adolescentes.

Otro estudio corresponde a Almela y Quiroga (2020) cuyo objetivo fue desarrollar un programa de intervención narrativa socioemocional, perteneciente a la terapia sistémica, para reducir sintomatología ansiosa y depresiva en adolescentes. La muestra estuvo conformada por 80 adolescentes mujeres en edad entre 13 a 15 años. Se formó dos grupos aleatorios, experimental y control. El programa fue denominado Camino a la libertad, con diseño de siete sesiones, una cada semana, con una duración aproximada de 30 minutos. Los resultados estadísticos indica diferencias estadísticamente significativas para ansiedad ($p < .001$, $d = .552$) y depresión ($p = .017$, $d = .379$). Los autores concluyen que el empleo de dicho programa preventivo, contribuye a la disminución de ansiedad y depresión a niveles significativos estadísticamente.

Por último, el estudio de Luxsiya, Erling, Nikolai, Marianne, & Lars (2021) tuvo como objetivo estudiar la efectividad de la terapia familiar en relación al tratamiento habitual en adolescentes con trastorno depresivo mayor del servicio de salud mental. La muestra estuvo conformada por 60 adolescentes entre 13 a 18 años, fueron divididos en dos grupos de manera aleatorizada a 16 semanas. Se brindó semanalmente terapias familiares, individuales y ambos. Los resultados denotaron que no existen diferencias entre los dos tratamientos ($X^2 [2, N = 60] = 0,06$, $p = 0,97$). En ambos, grupos de tratamiento los adolescentes informaron una reducción significativa de síntomas depresivos.

De esta forma, se evidencia que la terapia sistémica, es una herramienta eficaz para el tratamiento con adolescentes depresivos, al otorgar mejorías estadísticamente significativas, pero a la vez, dotar de recursos que permita alcanzar su bienestar, manejo de emociones y desarrollo personal, adicional apoyar a un adecuado ambiente familiar que aporta al bienestar del adolescente.

Objetivos

Objetivo General

- Establecer un plan de intervención secundaria con enfoque sistémico para el abordaje de la depresión en adolescentes de la Escuela de Catequesis de la Parroquia “Sagrada Familia”.

Específicos

- Fundamentar teóricamente postulados y metodologías de la terapia sistémica para intervenir depresión en adolescentes.
- Identificar estrategias y técnicas para intervenir la depresión en adolescentes con la mejora del sistema familiar.
- Diseñar siete sesiones con técnicas sistémicas que aborden sintomatología depresiva en adolescentes con un trabajo en conjunto con padres y/o madres de la familia.

Justificación de la temática y contexto de aplicación

La Escuela de Catequesis de la Parroquia Eclesial “Sagrada Familia” está fundada en la ciudad de Ambato de la provincia de Tungurahua, misma que brinda los servicios de formación en la fe católica, en un total de 446 estudiantes asistentes en el periodo del año 2021 - 2022, mismos que asisten a las instalaciones destinadas para los encuentros de catequesis junto a sus catequistas y coordinadores, en horarios de la tarde los días sábados y la mañana los días domingos.

El estudio de depresión en adolescentes, se efectuó en 72 estudiantes de esta institución, mismos que pertenecen a los niveles de formación de año bíblico, primer y segundo nivel de Confirmación, cursos previamente establecidos según la Conferencia Episcopal del Ecuador y la Diócesis de Ambato. Los resultados de la investigación manifiesta la existencia de síntomas de depresión en su mayoría en un nivel mínimo y en los otros en nivel leve, moderado y grave, por lo que el plan de intervención secundaria busca prevenir el desarrollo de sintomatología de depresión en niveles

mínimo, leve y moderado, al tratarse de adolescentes de una institución educativa, en la que no es factible realizar intervención a nivel terciario de psicoterapia como tal, por tal razón el grupo de adolescentes con depresión en nivel grave serán remitidos a casas de salud donde les brinden la intervención requerida y oportuna para esta población.

Destinatarios

Adolescentes de 13 a 17 años de edad, pertenecientes a la Escuela de Catequesis de la parroquia eclesial “Sagrada Familia”, como también padres y madres de familia de los estudiantes participantes en la investigación.

Recursos

Se utiliza recursos humanos: profesional y participantes, además recursos materiales como: aulas para el encuentro, fichas de registro de asistencia, sillas, mesas, algunos utilices escolares, equipo de sonido, etc., de acuerdo a las necesidades requeridas en cada sesión.

Etapas del desarrollo

Las etapas están planteadas de acuerdo a los objetivos, de la siguiente manera:

1. Formación de la relación del psicólogo y participantes: donde se procurará actividades que promuevan un espacio acogedor respetuoso y empático de la psicóloga junto a los participantes,
2. Proceso de intervención: se utilizará técnicas de enfoque sistémico para promover la acción de los participantes en construir su bienestar a nivel personal y familiar.
3. Cierre: se realiza la finalización del proceso de intervención.

Diseño de sesiones

El diseño de las sesiones, están plantadas desde las técnicas expuestas por Ortiz (2022), Mardones y Escalona (2020), Liu et al. (2020) y Almeda y Quiroga (2020), autores que se han mencionado anteriormente y que sus propuestas de intervención están centradas en el abordaje de adolescentes con depresión junto a sus representantes que se procurará para el presente plan de intervención, sean padres o madres de familia.

A continuación, se exponen las técnicas y actividades a ejecutar, mismas que están contenidas en un total de siete sesiones, dirigido a los adolescentes con síntomas de depresión mínima, leve y moderada, dicho número de sesiones a ejecutar, son sustentadas en base a Almeda y Quiroga (2020), quienes proponen siete sesiones en su programa “Camino a la libertad” con enfoque sistémico.

La primera sesión se enfoca en fortalecer la relación del profesional psicólogo y los participantes en base a la importancia de la relación terapeuta y consultante que Mardones y Escalona (2020) destacan para la terapia sistémica con adolescentes. Las cinco siguientes sesiones están propuestas para el proceso de intervención, esto con las herramientas propuestas por Ortiz (2022) en su libro Técnicas para psicoterapia sistémica constructivista y en función a las observaciones de trabajo en conjunto con padres de familia de adolescentes con depresión señalados por Liu et al. (2020) en propósito de mejorar la convivencia familiar como un gran recurso de sanación para el adolescente con sintomatología depresiva.

Finalmente, la séptima sesión se enfoca a realizar el cierre del proceso de intervención, pero no significa, el final de la relación del psicólogo y participantes, esto con el objetivo de estar al servicio frente a alguna nueva situación que el adolescente o la familia requiera apoyo, además, este cierre se enfoca al fortalecimiento de los recursos personales de todos los participantes, como lo plantea Mardones y Escalona (2020)

en sus recomendaciones para un adecuado cierre terapéutico sistémico en adolescentes.

El plan de intervención que se presenta a continuación, se aplicará en las instalaciones de la institución educativa en coordinación de horarios y espacios asignados por la misma, en grupos de 5 adolescentes cada uno con su representante madre o padre de familia, con un total de 10 participantes en cada sesión, para un adecuado manejo y eficaz aplicación del plan de intervención, sujeto a una organización interna con la institución para intervenir con todos los adolescentes que presentan síntomas de depresión en nivel mínimo, leve y moderado.

Fase 1: Formación de la relación del psicólogo y participantes

Tabla 15.

Diseño de la primera sesión: “Relación”

SESIÓN N° 1		
Tema:	“Relación”	
Objetivo:	Fomentar la relación del psicólogo y los participantes.	
Dirigida a:	5 adolescentes y 5 padres de familia	
Duración:	2 horas	
Técnicas:	Metáfora para comprensión de la relación entre el psicólogo y los participantes	
Materiales	Hojas de registro de asistencia, gafetes para el nombre de cada participante, ovillo de lana de cualquier color, hojas para cada participante con metáfora de los dos escaladores, hojas con preguntas para cierre de la sesión y esferos.	
ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	TIEMPO
	FASE INICIAL	
Organización del espacio	Limpiar el espacio, hojas de registro de asistencia.	25 min.
Recepción	Dar la bienvenida, entregar gafetes con el nombre de cada uno de los participantes.	10 min.
	FASE DE DESARROLLO	
Información	Presentación de parte del psicólogo con una actitud respetuosa, cálida y empática, nada autoritario, explicar el rol a desempeñar como psicólogo y el principio ético de confidencialidad, luego mencionar las actividades propuestas para el encuentro.	5 min.
Dinámica inicial	Dinámica de presentación con el juego de “la tela de araña”.	20 min.
Aplicación Técnica Sistémica	Presentar metáfora de “los dos escaladores”, realizar preguntas de comprensión lectora y orientar en la función que desempeña el psicólogo y cada uno de los participantes en este y en cada encuentro para la intervención psicológica con enfoque sistémico.	20 min.
	FASE DE CIERRE	
Cierre	Entregar hojas con las siguientes preguntas a cada participante: 1. ¿Qué aprendiste hoy? 2. ¿Qué te llevas? 3. ¿Cuál fue la actividad que más te agrado?	20 min.
	- Pedir a cada participante que compartan con todo el grupo, que se llevan de esta primera sesión. Invitar a la siguiente sesión, despedida y solicitar aplausos para todos por su excelente participación.	20 min.
RESULTADOS A ESPERAR	Creación de la relación del psicólogo y participantes para el apoyo al adolescente con síntomas de depresión en conjunto con sus representantes.	

Fuente: elaboración propia

Fase 2: Proceso de intervención

Tabla 16.

Diseño de la segunda sesión: “Construir”

SESIÓN N°2		
Tema:	“Construir”	
Objetivo:	Apoyar al adolescente a que externalice su estado de ánimo.	
Dirigida a:	5 adolescentes y 5 padres de familia	
Duración:	2 horas	
Técnica:	Externalización y narrativa.	
Materiales:	Hojas de registro de asistencia, gafetes para el nombre de cada uno de los participantes, plastilinas de varios colores para cada participante, hojas para ejecutar la técnica.	
ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	TIEMPO
FASE INICIAL		
Organización del espacio	Limpiar el espacio, hojas de registro de asistencia.	20 min.
Recepción	Dar la bienvenida, entregar gafetes con el nombre de cada uno de los participantes.	10 min.
FASE DE DESARROLLO		
Información	Saludo de parte del psicólogo con una actitud respetuosa, cálida y empática, mencionar el resumen de los aprendizajes en la sesión anterior y señalar las actividades propuestas para el encuentro de la segunda sesión.	5 min.
Dinámica inicial	Ejercicios de relajación grupal con las vocales y movimiento del cuerpo.	15 min.
Aplicación Técnica Sistémica	<p>-Técnica de externalización: se solicita a cada participante visualizar su estado de ánimo actual, guiar con las preguntas: ¿cómo es?, ¿de qué tamaño es?, ¿de qué color es?, ¿dónde se siente?</p> <p>-Luego elaboran la imagen de su estado de ánimo, se les pide sacar fuera, es decir, externalizar e invita a construir esa imagen en una figura de plastilina.</p> <p>-Luego se presenta hojas con las siguientes actividades y preguntas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observa la figura que construiste y escribe todo lo que tengas que decirle (redacta en primera persona): 2. Visualízate desde el lugar de esa figura y escribe la respuesta que te daría frente a lo que le dijiste. <p>(los participantes se llevan las hojitas de registro de la actividad).</p>	50 min.
FASE DE CIERRE		
Cierre	Todo el grupo comparten como se sintieron al realizar este el ejercicio y si encontró o descubrió algo. Agradecer por su excelente participación, invitar a la siguiente sesión y despedirse.	20 min.
RESULTADOS A ESPERAR	Los participantes obtienen comprensiones sobre su estado de ánimo para identificar la solución al mismo.	

Fuente: elaboración propia

Tabla 17.

Diseño de la tercera sesión: “Expresar”

SESIÓN N°3		
Tema:	“Expresar”	
Objetivo:	Fomentar la externalización de situaciones en el sistema familiar y promover la valorización personal en los adolescentes.	
Dirigida a:	5 adolescentes y 5 padres de familia	
Duración:	2 horas	
Técnica:	-Historia metafórica “El patito feo” -Tarea: Lista de características positivas de los miembros de la familia.	
Materiales:	Hojas de registro de asistencia, gafetes para el nombre de cada uno de los participantes, computador, proyector, parlante, video del “Patito feo”, hojas para la lista de características positivas, esferos.	
ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	TIEMPO
FASE INICIAL		
Organización del espacio	Limpiar el espacio, hojas de registro de asistencia.	25 min.
Recepción	Dar la bienvenida, entregar gafetes con el nombre de cada uno de los participantes.	10 min.
FASE DE DESARROLLO		
Información	Saludo de parte del psicólogo con una actitud respetuosa, cálida y empática, mencionar el resumen de los aprendizajes de la sesión anterior y señalar las actividades propuestas para la presente sesión.	5 min.
Dinámica inicial	- Se les pide ubicarse en forma circular para activar sus funciones mentales con un breve ejercicio de respiración y activación muscular con movimiento corporal, incluir música con un ritmo adecuado para moverse.	10 min.
Aplicación Técnica Sistémica	-Técnica de historia metafórica: todos los participantes se ubican cómodamente y observan el video de la historia “El patito feo” -Realizar una retroalimentación de la historia con todos los participantes, para promover comprensiones y soluciones sobre su sistema familiar. -Técnica de tarea dentro de sesión: entregar a cada participante las hojas para lista de características positivas, para los adolescentes contendrán lo siguiente: Realiza una lista de características positivas que los miembros de tu familia practicarían para que tú te sientas mejor Las hojas para lista de características positivas para los padres de familia contendrán: Realiza una lista de cosas favoritas que ha realizado tu hijo/a.	35 min.
	-Se pide que el adolescente y el representante se ubiquen frente a frente, se guía en ejercicios de respiración, se solicita que intercambien sus listados y los lean en silencio. Finalmente se guía a los padres y madres en identificar las características positivas de sus hijos y reconocer qué cualidades los hacen valiosos. (El adolescente junto a su familia se llevan sus listados)	20 min.
FASE DE CIERRE		
Cierre	-Forman un círculo todos los participantes y se motiva a que expresen el aprendizaje que se llevan de la sesión. - Se agradece por la participación y se despiden.	15 min.
Resultados a esperar	Los participantes comprenden las situaciones que suceden en el ambiente familiar y verifican los recursos personales que los adolescentes presentan mediante el sentido de valor que otorgan sus madres o padres.	

Fuente: elaboración propia

Tabla 18.*Diseño de la cuarta sesión: “Aprender”*

SESIÓN N°4		
Tema:	“Aprender”	
Objetivo:	Desarrollar el sentido de pertenencia y vínculo familiar.	
Dirigida a:	5 adolescentes y 5 padres de familia	
Duración:	2 horas	
Técnica:	El juego del colibrí	
Materiales:	- Hojas de registro de asistencia, gafetes para el nombre de cada uno de los participantes, medio pliego de papel periódico para cada familia, hoja de papel bond para cada miembro de la familia, hoja de los 12 casilleros similar al juego de la Oca, hoja con contenido de significados de los símbolos para cada familia (anexo 3), esferos o lápices.	
ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	TIEMPO
	FASE INICIAL	
Organización del espacio	Limpiar el espacio, hojas de registro de asistencia.	20 min.
Recepción	Dar la bienvenida, entregar gafetes con el nombre de cada uno de los participantes.	10 min.
	FASE DE DESARROLLO	
Información	Saludo de parte del psicólogo con una actitud respetuosa, cálida y empática, mencionar el resumen de los aprendizajes de la sesión anterior y señalar las actividades propuestas para esta sesión.	5 min.
Dinámica inicial	Dinámica grupal “Ocupa tu lugar”, se utiliza medio pliego de papel para cada familia.	10 min.
Aplicación Técnica Sistémica	Técnica del juego del colibrí: -Primera fase del juego (actividad colectiva): la familia escoge conjuntamente 10 eventos de su vida familiar que hayan influenciado para su desarrollo, luego lo escriben en la hoja de los 12 casilleros, dejan libre el casillero del inicio y el casillero del final. -Segunda fase del juego (actividad individual): Cada miembro va a dar una asignación con los siete símbolos (Anexo 4) a cada uno de los 10 casilleros que contienen los eventos familiares, explicar si es positivo o negativo, luego socializar con los miembros de la familia.	40 min.
	FASE DE CIERRE	
Cierre	-Última fase del juego (cierre): se pide que, en las hojas entregadas a cada miembro de la familia, escriban o dibujen lo que ubicarán en los casilleros de partida y llegada de su historia familiar, es decir cada uno asignará su principio y final de la historia. Finalmente lo leen con los miembros de la familia y hacer preguntas sobre lo que perciben en la historia que el otro propone al respecto. -Se pide compartir a todos los participantes que se llevan de esta sesión. – Agradecimiento y finalización.	35 min.
Resultados a esperar	Establecimiento de vínculos en la familia, mismos que son indispensables para la supervivencia de los adolescentes al promover el optimismo, la pertenencia, respeto y seguridad familiar.	

Fuente: elaboración propia

Tabla 19.

Diseño de la quinta sesión: "Roles"

SESIÓN 5		
Tema:	"Roles"	
Objetivo:	Ampliar la perspectiva del rol que cumplen cada uno de los miembros de la familia para promover la organización y la empatía familiar.	
Dirigida a:	5 adolescentes y 5 padres de familia	
Duración:	2 horas	
Técnica:	Genograma	
Materiales:	Hojas de registro de asistencia, gafetes para el nombre de cada uno de los participantes, hojas de papel bon para cada familia, cartulinas pequeñas para frase de gratitud, esferos, lápices.	
ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	TIEMPO
	FASE INICIAL	
Organización del espacio	Limpiar el espacio, hojas de registro de asistencia.	20 min.
Recepción	Dar la bienvenida, entregar gafetes con el nombre de cada uno de los participantes.	10 min.
	FASE DE DESARROLLO	
Información	Saludo de parte del terapeuta con una actitud respetuosa, cálida y empática, mencionar el resumen de los aprendizajes de la sesión anterior y señalar las actividades propuestas para la presente sesión.	5 min.
Dinámica inicial	Dinámica de "la fortaleza del trabajo en equipo".	10 min.
Aplicación Técnica Sistémica	Técnica del genograma: -Guiar el reconocimiento de los distintos roles que cada miembro cumple en sus distintas áreas: personal, familiar y laboral, por lo que en esta sesión se trabajará con el rol familiar. -Se entrega una hoja a cada miembro y se pide que realicen un listado de los miembros de su familia con los que viven (escribir el nombre y rol que desempeña: mamá, papá, hijo/a, hermano/a), empezar con el miembro que más actividades realiza para la familia hasta el que realiza menos actividades. -Luego ejecutarán una nueva lista de como consideran que se distribuirá las responsabilidades del hogar a fin de que todos los miembros participen de acuerdo a sus capacidades. Se comparte y comentan en los grupos sobre lo que cada miembro escribió en los dos listados. -Finalmente crean una nueva lista por familia con los nombres, roles y mejor organización para las actividades y responsabilidades del hogar, misma que se llevarán a casa y la pondrán en un lugar visible para dar cumplimiento.	45 min.
	FASE DE CIERRE	
Cierre	-Se pide que cada miembro escriba una frase de agradecimiento a cada miembro por las actividades y responsabilidades que realizan en bien de la familia, se las entregan y motivan a expresarse una muestra de cariño familiar. -Formar un círculo con todos los participantes y pedir que expresen que se llevan de lo aprendido en la sesión. -Agradecimiento, recordar a todos los participantes traer los materiales para la siguiente sesión y despedida.	30 min.
Resultados a esperar	La familia logra una mejor organización para fortalecer su convivencia familiar al promover la empatía mediante la identificación de los roles que desempeñan cada uno de sus miembros y sus responsabilidades a cumplir.	

Fuente: elaboración propia

Tabla 20.

Diseño de la sexta sesión: “Conexión”

SESIÓN 6		
Tema:	“Conexión”	
Objetivo:	Establecer la conexión entre el pasado y el presente para fortalecer el estado de ánimo del adolescente y la familia.	
Dirigida a:	5 adolescentes y 5 padres de familia	
Duración:	2 horas	
Técnica:	Ritual terapéutico	
Materiales:	Hojas de registro de asistencia, gafetes para el nombre de cada participante, hojas de papel bon para cartas al presente. Cada participante traerá para esta sesión: dos velas (una de cualquier color y otra de color amarillo o blanca), fósforos, una carta escrita dirigiéndose al pasado a manera de un cierre refiriéndose a una despedida, flores, recuerdos que el paciente desee traer a la sesión para quemar y dejarlo en el pasado o acogerlo en el presente, música instrumental, imagen u objeto que represente lo nuevo que llega.	
ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	TIEMPO
	FASE INICIAL	
Organización del espacio	Limpiar el espacio, hojas de registro de asistencia.	20 min.
Recepción	Dar la bienvenida, entregar gafetes con el nombre de cada uno de los participantes.	10 min.
	FASE DE DESARROLLO	
Información	Saludo de parte del psicólogo con una actitud respetuosa, cálida y empática, mencionar el resumen de los aprendizajes de la sesión anterior y señalar las actividades propuestas para la presente sesión.	5 min.
Dinámica inicial	- Se les pide ubicarse en forma circular para activar sus funciones mentales con un breve ejercicio de respiración y activación muscular con movimiento corporal se incluirá música con un ritmo adecuado para moverse, luego decoran el lugar con las flores, la música, imagen u objeto que represente lo nuevo que está por llegar. Además, destinar cada lugar para cada participante con los demás materiales a ser utilizados en el ritual: velas, carta y recuerdos para quemar y dejarlo en el pasado o acogerlo en el presente.	20 min.
Aplicación Técnica Sistémica	Técnica del Ritual terapéutico: - Cada participante enciende la vela del pasado y pone los objetos que ha traído y que simbolizan lo que está a punto de acabar, lee la carta dirigida al pasado y luego apaga la vela y se deshace o guarda los objetos del pasado. - Prende la nueva vela del presente además de ubicar los objetos que acoge en el presente, a continuación, pedir que escriba una carta para el presente y responder a la pregunta: ¿Qué es lo diferente que haría en este presente? Cada participante lee su carta y se le pide que apague la vela del presente de un solo sople, acompañado de un deseo positivo.	50 min.
	FASE DE CIERRE	
Cierre	-Se pide que compartan a todo el grupo de participantes lo que le sucedió durante y después de la ejecución del ritual, agradecer por la oportunidad de cerrar puertas para avanzar, finalmente se despiden.	15 min.
Resultados a esperar	Cada adolescente y padres de familia crean ritos nuevos para facilitar la superación de aquello que afectaba el estado emocional de los mismos en el pasado, además de lograr nuevas comprensiones que fortalezcan su estado emocional en el presente.	

Fuente: elaboración propia

Fase 3: Cierre

Tabla 21.

Diseño de la séptima sesión: “Mejoría”

SESIÓN 7		
Tema:	“Mejoría”	
Objetivo:	Apoyar en la comprensión de la importancia de haberse permitido participar en el proceso de intervención e identificar los recursos que poseen para mejorar la historia de sus vidas.	
Dirigida a:	5 adolescentes y 5 padres de familia	
Duración:	2 horas	
Técnica:	Cierre de la intervención con “cuadros de terapia”.	
Materiales:	Hojas de registro de asistencia, gafetes para el nombre de cada uno de los participantes, tarjetas de cartulina, esferos, cartulinas blancas A4, marcadores, lápices, colores, lana y cinta masking.	
ACTIVIDADES	METODOLOGÍA	TIEMPO
FASE INICIAL		
Organización del espacio	Limpiar el espacio, hojas de registro de asistencia.	20 min.
Recepción	Dar la bienvenida, entregar gafetes con el nombre de cada uno de los participantes.	10 min.
FASE DE DESARROLLO		
Información	Saludo de parte del psicólogo con una actitud respetuosa, cálida y empática, mencionar el resumen de los aprendizajes de la sesión anterior y señalar las actividades propuestas para la presente sesión.	5 min.
Dinámica inicial	- Dinámica mi barquito de papel, enfocado a decir en una palabra que describa el rol del psicólogo. -Se pide que todos los participantes escriban en las tarjetas de cartulina sobre su comprensión en el rol que cumplió el terapeuta en todo este tiempo (esto es para leer al final de la sesión)	20 min.
Aplicación Técnica Sistémica	Técnica cuadros de terapia: Se pide que todos los participantes elaboren sus “Cuadros de terapia” en donde dibujarán en la primera mitad de la cartulina el motivo por el que vinieron a la intervención y en la otra mitad su dibujo de cómo se encuentra ahora, dejar un espacio en la parte inferior para escribir todas las habilidades que los ayudaron a mejorar, decorarlo a su gusto con marcadores y colores (estos materiales se llevan a casa para ubicarlo en un lugar visible de sus habitaciones).	35 min.
FASE DE CIERRE		
Cierre	-El psicólogo explica que la intervención ejecutada para este tiempo culmina en esta sesión, sin embargo, no se culmina la relación que se han permitido construir con el psicólogo. -Se motiva a compartir sus dibujos y las habilidades que poseen para mejorar, se orienta que son constructores de su historia de mejoría y cada vez que miren su cuadro de terapia, recuerden que son los propios constructores de su bienestar. - Agradecimiento (permitir que los participantes expresen sus frases de gratitud al grupo familiar, a todos los participantes o incluso al terapeuta). Despedida y finalizar.	30 min.
Resultados a esperar	Los participantes realizan el cierre del proceso al enfatizar su mejoría y recursos personales, además de dejar en claro que la relación terapeuta y participantes sigue en pie para un futuro apoyo.	

Fuente: elaboración propia

Limitaciones y Prospectivas

Se identifica la limitación en cuanto a la colaboración de padres de familia para realizar las actividades en conjunto con los adolescentes, debido a algunos factores, uno de ellos la parte laboral, por lo que se requiere de un seguimiento y acercamiento respetuoso a los mismos, para motivarlos a la participación junto a sus hijos e hijas adolescentes.

Las prospectivas se prevén en una ampliación de técnicas de intervención con enfoque sistémico que los profesionales psicólogos consideran para apoyar a los adolescentes con sintomatología de depresión en un ámbito educativo, mismas que promueven una mayor comprensión en los participantes al concientizar en la responsabilidad de la persona en gestionar mejor sus emociones y crear su propia historia de vida en bienestar, además del apoyo para un mejor ambiente familiar al involucrar a los padres y madres de familia en el desarrollo de sus hijos adolescentes.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos y el plan de intervención, se establecen las conclusiones a las que se ha llegado, las mismas que van en concordancia con los objetivos previamente planteados. De tal forma, se concluye que:

- Mediante la revisión bibliográfica de documentos científicos y académicos, se fundamentó teóricamente a la depresión en la adolescencia caracterizado por un ánimo deprimido, reducción del placer, alteraciones del sueño y apetito, disminución de energía, problemas de concentración, reducción del desempeño académico, carencia de motivación, baja autoestima, irritabilidad, ideas suicidas que llegarían al suicidio, al ser necesario tomar en cuenta la comorbilidad con otras patologías.

Además, de identificar las causas para la presencia de sintomatología de depresión en adolescentes, como: la herencia genética, situaciones de duelo, cambios hormonales y de factor predisponente, el rol que desempeña la familia, que al presentar carencia de reglas y normas de convivencia, poca o nula comunicación, ausencia de aceptación a los adolescentes y conflictos entre los padres, promueve sintomatología de depresión y provoca una baja autoestima con dificultades en el desempeño académico de los mismos.

- Los niveles de depresión en los adolescentes de 13 a 17 años de la escuela de catequesis de la Parroquia Sagrada Familia fueron evaluados a través del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y el 65,3% presentó síntomas de depresión en nivel mínimo, el 15,3% en un nivel moderado, el 9,7% depresión en nivel grave y con el mismo porcentaje (9,7%) en nivel leve.
- El plan propuesto para abordar síntomas de depresión en los estudiantes adolescentes de la escuela de catequesis de la Parroquia Sagrada Familia del cantón Ambato provincia de Tungurahua, contiene estrategias desde el enfoque sistémico que favorecen una oportuna intervención secundaria con los adolescentes y padres de familia, que se enfocan en la prevención de

sintomatología de depresión mediante la participación y mejora del sistema familiar con el fortalecimiento de recursos personales, gestión de emociones y construcción de su bienestar e historias de vida.

RECOMENDACIONES

En base a las conclusiones se recomienda:

- Aplicar otros instrumentos psicológicos que permita corroborar la información obtenida en relación a los niveles de depresión y acompañado de la entrevista para identificar causas, efectos, factores de riesgo y protección que interfieren en la realidad del adolescente.
- Realizar estudios correlacionales de variables asociadas con la depresión en adolescentes, como lo es la funcionalidad familiar, con el fin de identificar no solo el riesgo, sino también el conocimiento de factores protectores contribuyentes a la disminución de la sintomatología. A la vez, análisis comparativos entre edades o instituciones para encontrar diferencias entre ellas.
- Ejecutar el plan de intervención propuesto para abordar síntomas de depresión en estudiantes adolescentes de la escuela de catequesis de la Parroquia Sagrada Familia del cantón Ambato provincia de Tungurahua, con el fin de aportar a su bienestar e impulsar la salud integral en los mismos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aedo, R. (2020). *Propiedades psicométricas del Inventario de depresión de Beck II, en pacientes atendidos en Hospital I la Esperanza – Essalud*. (Universidad César Vallejo). Universidad César Vallejo, Trujillo. Recuperado a partir de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/46831/Aedo_RD-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Aguilar, B., Raya, A., Pino, M., & Herruzo, J. (2019). Relación entre el estilo de crianza parental y la depresión y ansiedad en niños entre 3 y 13 años. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, ISSN-e 2340-8340, Vol. 6, Nº. 1, 2019, Págs. 36-43, 6(1), 36-43. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2019.06.1.5>
- Albán, C. (2021). *Funcionamiento familiar y su relación con la depresión en adolescentes* (Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, Ambato. Recuperado a partir de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/3398>
- Almela, M., & Quiroga, A. (2020). Intervención narrativa socioemocional para disminuir síntomas depresivos y ansiosos en adolescentes. *Voces de La Educación*, 5(10), 114-131. Recuperado a partir de <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-02906535/document>
- Álvarez, M., Atienza, G., Ávila, M., González, A., Guitián, D., Heras, E., ... Triñanes, Y. (2022). Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto. Recuperado 11 de diciembre de 2022, a partir de GuíaSalud website: <https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-autores/>
- Anrango, I. (2022). *Plan de intervención para reducir el estrés académico en estudiantes adolescentes de Otavalo* (Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, Ambato. Recuperado a partir de <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/37113/1/77996.pdf>
- Arboix, J., Marcaida, S., & Puigvert, J. (2020). Evolución de la agilidad y velocidad lineal en una muestra de adolescentes durante los últimos 20 años (1998-2018).

SPORT TK-Revista EuroAmericana de Ciencias Del Deporte, 9(1), 97-103.
<https://doi.org/10.6018/SPORTK.412561>

Astudillo, P., & Quezada, C. (2021). Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck (bdi-ii) en adolescentes ecuatorianos. *South Florida Journal of Development*, 2(5), 7271-7288.
<https://doi.org/10.46932/sfjdv2n5-068>

Basantes, D., Villavicencio, L., Alvear, L., Arteño, R., & Valdes, E. (2021). Ansiedad y depresión en adolescentes. *Revista Boletín Redipe*, 10(2), 182-189.
<https://doi.org/10.36260/RBR.V10I2.1205>

Boletín de la ANMM. (2017). Depresión en adolescentes: diagnóstico y tratamiento. *Revista de La Facultad de Medicina de La UNAM*, 60(5), 52-55. Recuperado a partir de <https://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v60n5/2448-4865-facmed-60-05-52.pdf>

Canals, J., Hernández, C., Sáez, M., & Arija, V. (2018). Prevalence of DSM-5 depressive disorders and comorbidity in Spanish early adolescents: Has there been an increase in the last 20 years? *Psychiatry Research*, 268, 328-334.
<https://doi.org/10.1016/J.PSYCHRES.2018.07.023>

Coryell, W. (2021). Depresión - Trastornos de la salud mental. Recuperado 10 de diciembre de 2022, a partir de Manual MSD versión para público general website: <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>

Cruz, V., Gómez, C., & Rincón, C. (2018). Salud mental y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes colombianos. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(1), 97-106. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i1.363>

Dávalos, G., Núñez, J., Vázquez, J., & Colunga, C. (2019). Efecto de la terapia familiar sistémica sobre síntomas internalizantes y externalizantes en adolescentes. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(4), 429-438.
<https://doi.org/10.24205/03276716.2019.1124>

- Díaz, D., Fuentes, I., & Senra, N. (2019). Adolescencia y autoestima: Su desarrollo desde las instituciones educativas. *Conrado*, 14(64). Recuperado a partir de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000400098
- Feria, H., Matilla, M., & Mantecón, S. (2020). La entrevista y la encuesta: ¿métodos o técnicas de investigación empírica? *Didasc@lia: Didáctica y Educación*, 11(3), 62-79. Recuperado a partir de <https://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/992>
- Fernández, J., & Villamarín, S. (2021). *Libro Blanco de la Salud Mental Infanto-Juvenil* (Vol. 1). Madrid: Consejo General de la Psicología de España. Recuperado a partir de https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7459_d_LibroBlanco-Volumen1.pdf#page=22
- González, S., Pineda, A., & Gaxiola, J. (2018). Depresión adolescente: factores de riesgo y apoyo social como factor protector. *Universitas Psychologica*, 17(3), 1-16. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-3.dafr>
- Guarnizo, A., & Romero, N. (2021). Estadística epidemiológica del suicidio adolescente durante confinamiento por pandemia de Covid-19 en Ecuador. *Revista de La Facultad de Medicina Humana*, 21(4), 819-825. <https://doi.org/10.25176/RFMH.V21I4.3984>
- Hernández, O. (2021). Aproximación a los distintos tipos de muestreo no probabilístico que existen. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 37(3). Recuperado a partir de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252021000300002
- Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill educación. Recuperado a partir de <http://repositorio.uasb.edu.bo/handle/54000/1292>
- Jaramillo, M. (2019). *Experiencias de vida de niños, niñas y adolescentes migrantes venezolanos de 10 a 17 años de edad con trastorno de depresión y ansiedad de*

la fundación Chamos Venezolanos. Quito 2019 (Pontificia Universidad Católica del Ecuador). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito. Recuperado a partir de <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/16831/MAR%C3%8DA%20ISABEL%20JARAMILLO%20MONCAYO%2C%20MD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Larzabal, A., Ramos, M., Jaramillo, A., & Hong, A. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de Malestar Subjetivo de Kessler (K10) en adultos ecuatorianos. *CienciAmérica*, 9(3). Recuperado a partir de <https://cienciamerica.edu.ec/index.php/uti/article/view/265/559>

Liu, L., Wu, J., Wang, J., Wang, Y., Tong, Y., Ge, C., & Wang, Y. (2020). What Do Chinese Families with Depressed Adolescents Find Helpful in Family Therapy? A Qualitative Study. *Frontiers in Psychology*, 11, 1318. <https://doi.org/10.3389/FPSYG.2020.01318/BIBTEX>

Loza, R., Mamani, J., Mariaca, J., & Yanqui, F. (2020). Paradigma sociocrítico en investigación. *Psique Mag: Revista Científica Digital de Psicología*, 9(2), 30-39. Recuperado a partir de <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/psiquemag/article/view/216/206>

Lu, W. (2019). Adolescent Depression: National Trends, Risk Factors, and Healthcare Disparities. *American Journal of Health Behavior*, 43(1), 181-194. <https://doi.org/10.5993/AJHB.43.1.15>

Luxsiya, W., Erling, R., Nikolai, C., Marianne, A., & Lars, M. (2021). Effectiveness of attachment-based family therapy compared to treatment as usual for depressed adolescents in community mental health clinics. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 15(1). Recuperado de: [10.1186/s13034-021-00361-x](https://doi.org/10.1186/s13034-021-00361-x)

Mardones, R., & Escalona, E. (2020). Adolescentes en terapia. Intervención desde el enfoque sistémico. *Ajayu*, 18(2). <https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000300008>

- Mantilla, L., & Alomaliza, C. (2017). La disfuncionalidad familiar y los niveles de depresión en adolescentes de una unidad educativa rural en Ambato, Ecuador. *Revista Eniac Pesquisa*, 6(2), 315-324. Recuperado a partir de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6230907>
- Mardomingo, M., Sancho, C., & Soler, B. (2019). Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio SELFIE. *Anales de Pediatría*, 90(6), 349-361. <https://doi.org/10.1016/J.ANPEDI.2018.07.014>
- Miranda, S., & Ortiz, J. (2020). Los paradigmas de la investigación: un acercamiento teórico para reflexionar desde el campo de la investigación educativa. *RIDE. Revista Iberoamericana Para La Investigación y El Desarrollo Educativo*, 11(21). <https://doi.org/10.23913/RIDE.V11I21.717>
- Monasterio, A. (2019) *Depresión en adolescentes de una institución educativa pública de lima metropolitana* (Tesis de pregrado). Universidad San Ignacio de Loyola. Perú. Recuperado de <https://repositorio.usil.edu.pe/entities/publication/e1f89f66-c63a-41ae-a24c-0aff9a1d517f>
- Muñoz, K., Arévalo, C., Tipán, J., & Morocho, M. (2021). Prevalencia de depresión y factores asociados en adolescentes. *Revista Ecuatoriana de Pediatría*, 22(1), 1-8. <https://doi.org/10.52011/0008>
- Ocampo, J., Guerrero, M., Espín, L., Guerrero, C., & Aguirre, R. (2017). Asociación entre Índice de Masa Corporal y Depresión en Mujeres Adolescentes Association Between Body Mass Index and Depression in Adolescent Women. *Int. J. Morphol*, 35(4), 1547-1552. Recuperado a partir de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n4/0717-9502-ijmorphol-35-04-01547.pdf>
- Olivera, A., Rivera, E., Gutiérrez, M., & Méndez, J. (2019). Funcionalidad familiar en la depresión de adolescentes de la Institución Educativa Particular «Gran Amauta de Motupe» Lima, 2018. *Revista Estomatológica Herediana*, 29(3), 189-195. <https://doi.org/10.20453/REH.V29I3.3602>

- OMS. (2021). Salud mental del adolescente. Recuperado 10 de diciembre de 2022, a partir de Organización Mundial de la Salud website: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- OMS. (2022a). Depresión. Recuperado 10 de diciembre de 2022, a partir de Organización Mundial de la Salud website: https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression#tab=tab_1
- OMS. (2022b). La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos.
- OPS. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales*. OPS. Recuperado a partir de OPS website: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34006>
- Orahulio, T., & Milena, Y. (2020). Sintomatología ansiosa-depresiva en relación con el funcionamiento familiar en un grupo de adolescentes de Lima Norte. *CASUS: Revista de Investigación y Casos En Salud*, 5(1), 18-25. <https://doi.org/10.35626/casus.1.2020.228>
- Ortiz, D. (2022). *Técnicas para psicoterapia sistémica constructivista*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Recuperado a partir de <https://edipuce.edu.ec/tecnicas-para-psicoterapia-sistemica-constructivista/>
- Padua, J. (2018). *Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales* (1era edición). México: Fondo de Cultura Económica.
- Palacios, X. (2019). Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? *Revista Ciencias de La Salud*, 17(1). <https://doi.org/10.1093/CERCOR/BHP282>
- Páramo, M. (2011). Factores de Riesgo y Factores de Protección en la Adolescencia: Análisis de Contenido a través de Grupos de Discusión. *Terapia Psicológica*, 29(1), 85-95. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082011000100009>
- Pereira, H. (2019). *Ansiedad y depresión en los adolescentes brasileños de enseñanza media: comparación con la población española* (Universidad de Salamanca). Universidad de Salamanca, Salamanca. Recuperado a partir de

https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/140332/DBCP_PereiradeMeloHM%AA_AnsiedadDepresi%F3nAdolescentesBrasil.pdf;jsessionid=49995E4BDA8716C3908D5761ADD244ED?sequence=1

- Pupo, L., Parra, M., Salgado, Z., Gómez, Y., & Hernández, M. (2021). Caracterización de los Familiares de Pacientes Ingresados con Diagnóstico de Depresión. *Revista Científica Hallazgos*, 7(1), 1-21. <https://doi.org/10.1177/2158244018765608>
- Razzak, H. A., Harbi, A., & Ahli, S. (2019). Depression: Prevalence and Associated Risk Factors in the United Arab Emirates. *Oman Medical Journal*, 34(4), 274. <https://doi.org/10.5001/OMJ.2019.56>
- Rivera, R., Arias, W., & Cahuana, M. (2018). Perfil familiar de adolescentes con sintomatología depresiva en la ciudad de Arequipa, Perú. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 56(2), 117-126. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272018000200117>
- Rodríguez, M., & Mendivelso, F. (2018). Diseño de investigación de corte transversal. *Revista Médica Sanitas*, 21(3), 141-146. Recuperado a partir de https://www.researchgate.net/profile/Fredy-Mendivelso/publication/329051321_Disenio_de_investigacion_de_Corte_Transversal/links/5c1aa22992851c22a3381550/Diseno-de-investigacion-de-Corte-Transversal.pdf
- Rodríguez, S. G. A., Echeverría, R. E., Alamilla, N. M. E., & Trujillo, C. D. C. (2018). Prevención de Factores de Riesgo en Adolescentes: Intervención para Padres y Madres. *Psicología Escolar e Educativa*, 22(2), 259-269. <https://doi.org/10.1590/2175-35392018014279>
- Rosas, F., Rodríguez, V., Hernández, R., & Lagunes, R. (2020). Estructura factorial de la versión mexicana del Inventario de Depresión de Beck II en población general del sureste mexicano. *Revista Salud Uninorte*, 36(2), 436-449. <https://doi.org/10.14482/SUN.36.2.616.85>
- Ruíz, T., Jiménez, J., García, M., Flores, L., y Trejo, H. (2020). Factores del ambiente familiar predictores de depresión en adolescentes escolares: análisis por sexo.

Revista Digital Internacional De Psicología Y Ciencia Social, 6(1), 104-122.
<https://doi.org/10.22402/j.rdipycs.unam.6.1.2020.197.104-122>

Sánchez, A., Farfán, E., de la Fuente, V., & Chávez, D. (2022). Estructura factorial y datos normativos del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) en población general peruana. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(2), 158-170.
<https://doi.org/10.14718/ACP.2022.25.2.10>

Sánchez, D. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de Investigación En Psicología*, 22(1), 39-52. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>

Sánchez, F. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. *Revista Digital de Investigación En Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. <https://doi.org/10.19083/RIDU.2019.644>

Sawyer, S. M., Azzopardi, P. S., Wickremarathne, D., & Patton, G. C. (2018). The age of adolescence. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 2(3), 223-228. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30022-1](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30022-1)

Silva, I. (2022). *La adolescencia y su interrelación con el entorno ≥ estudios*. Madrid: Instituto de la Juventud. Recuperado a partir de http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2022/06/la_adolescencia_y_su_interrelacion_con_el_entorno.pdf

Tafur, Y. (2020). Sintomatología ansiosa-depresiva en relación con el funcionamiento familiar en un grupo de adolescentes de Lima Norte. *CASUS Revista de investigación y Casos en Salud*, 5(1), 18-25. doi: 10.35626/casus.1.2020.228

The World Medical Association. (2022). Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado 24 de diciembre de 2022, a partir de WMA – The World Medical Association website: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>

UNICEF. (2020). ¿Qué es la adolescencia?. Recuperado 12 de diciembre de 2022, a partir de UNICEF website: <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>

UNICEF. (2021). Por lo menos 1 de cada 7 niños y jóvenes ha vivido confinado en el hogar durante gran parte del año, lo que supone un riesgo para su salud mental y su bienestar. Recuperado 27 de diciembre de 2022, a partir de UNICEF website: <https://www.unicef.org/es/comunicados-prensa/1-cada-7-ninos-jovenes-ha-vivido-confinado-hogar-durante-gran-parte-ano>

Vanega, S., Sosa, M., & Castillo, R. (2018). Acoso escolar, ira y depresión en adolescentes mexicanos: un estudio preliminar de la eficacia de una intervención. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes, ISSN-e 2340-8340, Vol. 5, N°. 2, 2018, Págs. 49-54, 5(2), 49-54.* <https://doi.org/10.21134/rpcna.2018.05.2.7>

Velastegui, D., & Mayorga, M. (2021). Estados de ánimo, ansiedad y depresión en estudiantes de medicina durante la crisis sanitaria COVID-19. *PSICOLOGÍA UNEMI, 5(9), 10-20.* <https://doi.org/10.29076/issn.2602-8379vol5iss9.2021pp10-20p>

ANEXOS

Anexo 1.

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:.....Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
Ocupación..... Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: 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 **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 (cambios 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 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento 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 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 este 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 gusta 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.

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 propias 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 mi 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.
- 1^a. 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
- 3^a. 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 tan 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.
- 1^a. 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
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

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 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total: _____

Anexo 2.

Consentimiento y asentimiento

Con la autorización del Padre Edison Naranjo, Sacerdote de la Parroquia Sagrada Familia, se ejecuta esta actividad en busca de prevenir alteraciones de estados emocionales y brindar el apoyo necesario a los adolescentes de la Escuela de Catequesis de la Parroquia Sagrada Familia.

Para este servicio es necesario que el representante del adolescente registre en la sección 1, su consentimiento y autorización que se otorga a la Psicóloga clínica Mireya Guamanquispe maestrante de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador sede Ambato, para la obtención de datos de su representado, mediante ficha sociodemográfica (sección 2) y Cuestionario de depresión de Beck (sección 3), además de ser el caso intervención psicológica para el adolescente.

Es importante, sea del conocimiento de los representantes y adolescentes que, los datos otorgados serán manejados bajo sigilo profesional, es decir únicamente la psicóloga Mireya manejará esta información para el análisis investigativo que permite proponer técnicas científicas terapéuticas que favorecerán el desarrollo y bienestar de los adolescentes estudiantes de la Escuela de Catequesis de la Parroquia Sagrada Familia.

Se solicita muy cordialmente a cada adolescente que está de acuerdo con recibir libre y voluntariamente este servicio, leer detenidamente cada una de las preguntas de la sección 2, las opciones de la sección 3 y comentarios finales de la sección 4, para responder y seleccionar las respuestas de acuerdo a su situación actual.

Consentimiento del Representante

1. Fecha del día de hoy: *

Especifique la fecha (d/M/yyyy)



2. Apellidos y Nombres del representante:

Ejemplo: Martínez Chávez Juan José *

Escriba su respuesta

3. Número de cédula del representante *

Escriba su respuesta

4. ¿El representante brinda el consentimiento y autorización para realizar este servicio anteriormente detallado y explicado a su representado? *

Sí

5. ¿El representante está de acuerdo con participar junto a su representado, libre y voluntariamente en este servicio e investigación anteriormente mencionado *

Sí

6. El representante y adolescente están de acuerdo con que los datos otorgados serán manejados bajo sigilo profesional de la Psc. Mireya Guamanquispe. *

Sí, estoy de acuerdo

7. Parentesco del representante con el estudiante: *

- Madre
- Padre
- Hermano/a
- Abuelo/a
- Tío/a
- Otro

8. Registrar correctamente el número de teléfono celular del representante: *

Escriba su respuesta

9. Nivel y paralelo de Catequesis al que pertenece el estudiante *

- Año Bíblico A
- Año Bíblico B
- Año Bíblico C
- Primer nivel de Confirmación A
- Primer nivel de Confirmación B
- Segundo nivel de Confirmación

Anexo 3.

Ficha sociodemográfica

Ficha Sociodemográfica

Registrar correctamente en cada casillero los datos solicitados.

10. Nombres y Apellidos del estudiante de Catequisis:
Ejemplo: Martínez Noriega Anahí Noami *

Escriba su respuesta


11. Edad actual del estudiante de catequisis: *

Escriba su respuesta

12. Nacionalidad del estudiante (ejemplo: Ecuatoriana, Venezolana, Colombiana, etc.) *

Escriba su respuesta

13. Fecha de Nacimiento del estudiante: *

Especifique la fecha (d/M/yyyy) 

14. Ciudad de residencia del estudiante: *

Escriba su respuesta

15. Detalle las personas con las que vive y comen de la misma olla (ejemplo: mamá, papá, 1 hermano mayor, 1 hermana menor, abuela materna, abuelos paternos, tía paterna, primo) *

16. Lugar que ocupa entre hermanos *

- Primero
- Segundo
- Tercero
- Cuarto
- Quinto
- Otro

17. Sexo *

- Femenino
- Masculino

18. Etnia *

- Mestizo
- Blanco
- Montubio
- Indígena
- Negro/Afro

19. Curso de estudios académicos *




- Octavo
- Noveno
- Décimo
- Primero de Bachillerato
- Segundo de Bachillerato
- Tercero de Bachillerato

20. Nivel académico del padre *

- Primaria
- Secundaria
- Tercer Nivel
- Cuarto Nivel

Anexo 4.

Símbolos y significado del juego del colibrí.

Símbolo	Lo negativo	Lo positivo
<p>El colibrí</p> 	<p>Existe el riesgo de ir muy deprisa, de no prestar atención a cosas importantes, de no integrar las experiencias. También simboliza el riesgo de pensar solo en el objetivo y no prestar atención al camino.</p>	<p>Pese a su pequeño tamaño, el colibrí es un animal lleno de fuerza y energía, que vuela velozmente de un lado para otro. Se trata de un elemento dinámico que impulsa hacia adelante; permite superar obstáculos, saltar impedimentos. Cuando aparece o se lo escoge, indica avance y progresión, la presencia de energía pese a las fuerzas que pretenden su extinción.</p>
<p>El hospital</p> 	<p>Refleja inmovilidad, estancamiento, dolor. Una persona se detiene allí contra su voluntad porque está sufriendo y no tiene libertad de moverse ya que está interno y debe esperar “el alta”</p>	<p>Es la oportunidad de tener tiempo para pensar en uno mismo y en lo que ha sucedido, en los familiares y hacer proyectos nuevos para cuando se esté saludable.</p>
<p>El hotel</p> 	<p>Riesgo de adormecimiento y de perder el tiempo. Una persona se aloja por un tiempo determinado, en el que se puede “olvidar” del resto.</p>	<p>Es un lugar agradable con buena comida, buena cama, remanso de descanso, de relajación, de recuperación.</p>

El pozo



Riesgo de caer adentro y de no poder salir, puede acompañarse de una sensación de “bajar al infierno” o estar cayendo sin alcanzar el fondo.

Puede ser la ocasión de retomar fuerzas, de recuperarse, como un oasis en el desierto.

El puente



Riesgo de una invasión o de intrusión por parte de otro. A veces, hay un precio que pagar, como un peaje.

Se trata de algo que conecta elementos separados, que reúne, que permite pasar un obstáculo.

El laberinto



Riesgo de perderse, de no encontrar la salida. Se trata de un lugar inusual que puede estar lleno de obstáculos y pruebas.

Se trata de un recorrido iniciático, lleno de pruebas y descubrimientos del cual se puede salir fuerte y consolidado. También se puede ganar algo si se persevera.

La parca



Anuncia una pérdida y enfrenta a una despedida. Indica un tiempo de duelo y sufrimiento.

El anuncio puede dar la oportunidad de repensar la situación y la oportunidad de un nuevo comienzo.