



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“LA TENACIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA “GENERAL CÓRDOVA” DE LA CIUDAD DE AMBATO”.**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

**Autora:** Carvajal Pardo, María Isabel

**Tutor:** Psic. Mg. Gaibor González, Álvaro Ismael

Ambato – Ecuador

Octubre, 2015

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

**“LA TENACIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA “GENERAL CÓRDOVA” DE LA CIUDAD DE AMBATO” de María Isabel Carvajal Pardo, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.**

Ambato, Junio de 2015

EL TUTOR

.....  
Psic. Mg. Gaibor González, Álvaro Ismael

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación: “**LA TENACIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA GENERAL CÓRDOVA DE LA CIUDAD DE AMBATO**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones, y propuesta son de exclusiva propiedad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, junio del 2015

### **LA AUTORA**

.....

Carvajal Pardo, María Isabel

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Junio 2015

LA AUTORA

.....

Carvajal Pardo, María Isabel

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema: **“LA TENACIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA “GENERAL CÓRDOVA” DE LA CIUDAD DE AMBATO”**, de María Isabel Carvajal Pardo, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Octubre del 2015

Para constancia firman

-----

PRESIDENTE/A

-----

1er VOCAL

-----

2do VOCAL

## **DEDICATORIA**

La presente investigación va dedicada en especial a aquellos(as) víctimas de la miseria humana e indiferencia social como son los(as) animales de las calles, los animales que han sido traficados y tratados como una mercancía sin respetar sus derechos y dignidad de seres vivos, a todos(as) los(as) animales que han sido víctimas anónimas de la cobardía, miseria humana y prepotencia de ciertos seres llamados(as) humanos(as), pero que esta realidad está cambiando y va a seguir cambiando y sus derechos se respetarán en todo el universo, también a dos personas que ya no están pero que donde quiera que se encuentren nunca les olvidaré, y a todas(os) aquellas(os) que respetan y luchan por hacer respetar y defender los derechos de los animales en todo el mundo , a ustedes va esto.

Carvajal Pardo, María Isabel

## **AGRADECIMIENTO**

Quiero agradecer infinitamente a Dios por permitirme llegar a este punto y lograr este pequeño paso, por ser el creador de todas las maravillas que hay en el universo y bendecirme a su forma ya que el tiempo de Dios es perfecto.

Carvajal Pardo, María Isabel

## ÍNDICE GENERAL

<b>CONTENIDO</b>	<b>Pág.</b>
Portada.....	i
Aprobación del Tutor .....	ii
Autoría del Trabajo de Grado .....	iii
Derechos de Autor.....	iv
Dedicatoria .....	vi
Agradecimiento .....	vii
Índice General .....	viii
Índice de Cuadros.....	xi
Índice de Gráficos .....	xii
Resumen.....	xiii
Abstract .....	xiv
Introducción .....	1

### CAPÍTULO I

#### EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema de Investigación: .....	3
1.2 Planteamiento del Problema.....	3
1.2.1 Contextualización.....	3
1.2.1.1 Macro .....	3
1.2.1.2 Meso .....	7
1.2.1.3 Micro .....	9
1.2.2 Análisis Crítico.....	11
1.2.3 Prognosis .....	12
1.2.4 Formulación del Problema .....	12
1.2.5 Preguntas Directrices .....	13
1.2.6 Delimitación.....	13
1.3 Justificación.....	14
1.4 Objetivos .....	15



1.4.1 Objetivo General .....	15
1.4.2 Objetivos Específicos.....	15

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes Investigativos.....	16
2.2 Fundamentación Filosófica .....	18
2.2.1 Fundamentación Ontológica .....	19
2.2.2 Fundamentación Epistemológica .....	19
2.2.3 Fundamentación Axiológica .....	19
2.2.4 Fundamentación Psicopedagógica .....	19
2.2.5 Fundamentación Psicológica.....	20
2.3 Fundamentación Legal .....	20
2.4 Red de Categorías Fundamentales .....	21
2.5 Hipótesis.....	24
2.6 Señalamiento de Variables.....	24
2.6.1 Tenacidad.....	24
2.6.2 Fortalezas Personales .....	25
2.6.3 Virtudes del Carácter.....	31
2.6.4 Depresión .....	39
2.6.5 Trastornos del Estado de Ánimo.....	44
2.6.6 Trastornos Psicológicos .....	68

## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

3.1 Enfoque .....	83
3.2 Modalidad Básica de la Investigación.....	83
3.3 Nivel o Tipo de Investigación .....	84
3.4 Población y Muestra.....	84
3.5 Operacionalización de las Variables .....	86
3.6 Recolección de Información .....	88
3.7 Plan de Recolección de Información.....	89

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

4.1 Verificación de la Hipótesis .....	90
4.2 Análisis de Aspectos Cuantitativos .....	94

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1 Conclusiones .....	102
5.2 Recomendaciones .....	103

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

6.1 Datos Informativos .....	104
6.1.1 Título .....	104
6.1.2 Institución Ejecutora .....	104
6.1.3 Beneficiarios .....	104
6.1.4 Ubicación .....	104
6.1.5 Tiempo Estimado para la Ejecución: .....	104
6.1.6 Equipo Técnico Responsable: .....	104
6.1.7 Costo .....	105
6.2 Antecedentes de la Propuesta .....	105
6.3 Justificación .....	106
6.4 Objetivos .....	107
6.4.1 General: .....	107
6.4.2 Específicos .....	107
6.5 Análisis de Factibilidad .....	108
6.6 Fundamentación Científico Técnica .....	108
6.7 Modelo Operativo .....	137
6.8 Administración de la Propuesta .....	141
6.9 Previsión de la Evaluación .....	142
Bibliografía .....	143
Anexos .....	148

## ÍNDICE DE CUADROS

	<b>Pág.</b>
Cuadro No. 1 Operacionalización Variable Independiente.....	86
Cuadro No. 2 Operacionalización Variable Dependiente .....	87
Cuadro No. 3 Preguntas Básicas .....	89
Cuadro No. 4 Tabulación de resultados SPSS .....	90
Cuadro No. 5 Chi Cuadrado.....	92
Cuadro No. 6 Resultados Tenacidad Baja.....	94
Cuadro No. 7 Resultados Tenacidad Media.....	95
Cuadro No. 8 Resultados Tenacidad Alta .....	96
Cuadro No. 9 Resultados Tenacidad Muy Alta .....	97
Cuadro No. 10 Resultados Depresión .....	98
Cuadro No. 11 Resultados depresión leve .....	99
Cuadro No. 12 Resultados depresión moderada .....	100
Cuadro No. 13 Resultados depresión grave .....	101
Cuadro No. 14 Modelo operativo de la propuesta .....	139
Cuadro No. 15 Cronograma de actividades .....	140
Cuadro No. 16 Administración de la propuesta .....	141

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	<b>Pág.</b>
Gráfico No. 1 Árbol del Problema .....	10
Gráfico No. 2 Categorías Fundamentales .....	21
Gráfico No. 3 Subordinación Conceptual: Variable Independiente.....	22
Gráfico No. 4 Subordinación Conceptual: Variable Dependiente .....	23
Gráfico No. 5 Tabulación de resultados SPSS.....	91
Gráfico No. 6 Tenacidad Baja resumen .....	94
Gráfico No. 7 Tenacidad Media resumen .....	95
Gráfico No. 8 Tenacidad Alta resumen.....	96
Gráfico No. 9 Tenacidad Muy Alta resumen .....	97
Gráfico No. 10 Depresión resumen.....	98
Gráfico No. 11 Depresión leve resumen .....	99
Gráfico No. 12 Depresión moderada resumen.....	100
Gráfico No. 13 Depresión grave resumen.....	101
Gráfico No. 14 La casita – Construcción de la resiliencia. ....	129
Gráfico No. 15 Imagen Juego del Dragón y la Tortuga. ....	133
Gráfico No. 16 Ficha Tortuga, Dragón y Persona. ....	135
Gráfico No. 17 Ficha Tortuga, Dragón y Persona segunda parte. ....	136

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“LA TENACIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA “GENERAL CÓRDOVA” DE LA CIUDAD DE AMBATO”.

**Autora:** Carvajal Pardo, María Isabel

**Tutor:** Psic. Mg. Gaibor González, Álvaro Ismael

**Fecha:** Junio, 2015

**RESUMEN**

La presente investigación consistió en estudiar la relación entre la tenacidad y la depresión en niños(as) de 8 a 12 años de edad de una institución educativa de la ciudad de Ambato, para lo cual se realizó un trabajo responsable basado en los lineamientos éticos de la investigación se utilizó una muestra de 195 estudiantes comprendidos en las edades mencionadas anteriormente y se les aplicó un Cuestionario de Tenacidad Infantil y el Inventario de Depresión de Beck. Luego de realizar la evaluación se encontró que la tenacidad no tiene ninguna relación o influye en los niveles de depresión presentes en las(os) niños de la muestra ya que la mayoría de los evaluados presentan en general buenos niveles de tenacidad. Se encontró que a pesar de tener depresión hay una tenacidad adecuada lo cual ayuda a procesos de resiliencia. En cuanto a la depresión se encontraron muchos casos lo cual está interrelacionado con multifactores tanto sociales, personales, escolares y familiares.

**PALABRAS CLAVES:** TENACIDAD, DEPRESIÓN, RESILIENCIA, ESCOLARES, FAMILIARES.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO  
FACULTY OF HEALTH SCIENCES  
CAREER OF CLINICAL PSYCHOLOGY

"THE TOUGHNESS AND ITS RELATIONSHIP WITH DEPRESSION OF  
STUDENTS OF 8 TO 12 YEARS OF BASIC EDUCATION SCHOOL"  
GENERAL CÓRDOVA "AMBATO CITY".

**Author:** María Isabel Carvajal Pardo

**Tutor:** Psych. Mg. Gaibor Gonzalez, Álvaro Ismael

**Date:** June, 2015

**ABSTRACT**

The present investigation was to study the relationship between tenacity and depression in children aged 8-12 years old in a school in the city of Ambato, for which a responsible job based on the ethical guidelines of research performed is It used a sample of 195 students within the ages mentioned above and were applied a questionnaire Children's tenacity and Beck Depression Inventory. After performing the evaluation found that toughness has no relation or influence depression levels present in sample children since most of the evaluated generally have good toughness levels. It was found that despite having no adequate tenacity depression which helps resilience processes. As for the depression which is often intertwined with both multifactor social, personal, school and family they were found.

**KEYWORDS:** TENACITY, DEPRESSION, RESILIENCE, EDUCATIONAL, FAMILY.

## INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la psicología como ciencia se ha afianzado una gama amplia de investigaciones en cuanto a esta rama conocimiento enfocándose en el estudio de la mente del ser humano y todos los procesos complejos de la misma para lograr una comprensión lógica de la evolución de estos, así como en los diferentes aspectos que rodean la vida como son los sociales, familiares, personales.

Dentro de la corriente de la psicología positiva se concibe a la tenacidad como una de las fortalezas personales de cada ser las cuales nos ayudan a tener una adecuada salud mental.

Por estas razones es entendible el interés de la investigadora sobre esta fortaleza personal en cuanto a su importancia en la infancia de ahí que la investigación se haya inclinado en el tema de “La tenacidad y su relación con la depresión de los alumnos de 8 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato”, ya que en la infancia al ser una etapa donde se desarrollan las bases del futuro en las personas es necesario dar una correcta visión de este estadio psicoevolutivo tanto en los aspectos físico, social y psicológico con el objetivo de prevenir posteriores problemas en estas áreas, para guiarse en cuanto a la labor del(a) psicólogo(a) con niños cuando ellos están pasando por procesos de depresión lo cual requiere un abordaje y tratamiento eficaz y práctico para potenciar una infancia sana y educar a futuros adultos sanos y con las herramientas necesarias para enfrentar las dificultades de la vida.

El presente trabajo de investigación está estructurado en base a los lineamientos de los objetivos mencionados en la parte medular de la investigación como son Detectar los niveles de tenacidad de los alumnos de 8 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato. Identificar los niveles de depresión de los alumnos de 8 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato. Desarrollar una medida de solución y prevención en base a la psicología positiva

para a través de propiciar fortalezas como la tenacidad en niños(as), pre-adolescentes y adolescentes para enfrentar la presencia de depresión y lograr procesos de superación personal.

Para ello se emplea el método cuantitativo y cualitativo debido a que se usa como herramienta de recolección de información los reactivos psicológicos, gracias a ellos se puede acceder a información altamente confiable e importante para la eficaz consecución del trabajo investigativo.

En relación con lo anterior, después de obtenida la información lo que se quiere alcanzar es dar una visión objetiva sobre temas poco conocidos o explorados. Por otro lado las instituciones educativas de hoy pueden dar un servicio integrado donde no solo se vele por el interés de educar académicamente a las niñas(os) sino también por lograr concientizar a las familias, para que puedan asimilar adecuadamente la información sobre la tenacidad y como esta influye o no en la depresión de las(os) niñas(os) y brindar una ayuda para prevenir futuros problemas y colaborar en la formación y promover la salud mental desde la infancia.



## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1 Tema de Investigación:**

“LA TENACIDAD Y SU RELACIÓN CON LA DEPRESIÓN DE LOS ALUMNOS DE 8 A 12 AÑOS DE EDAD DE LA ESCUELA DE EDUCACIÓN BÁSICA “GENERAL CÓRDOVA” DE LA CIUDAD DE AMBATO”.

#### **1.2 Planteamiento del problema**

##### **1.2.1 Contextualización**

###### **1.2.1.1 Macro**

“En los últimos años, numerosas investigaciones han centrado su atención en aspectos asociados con la salud mental de los niños y de los adolescentes estudiándose aspectos demográficos, epidemiológicos y de carga de la enfermedad” Gómez (2005) (como se citó en Vinaccia, et al., 2006).

Según datos de la OMS (2012) refiere que la depresión es una enfermedad frecuente en todo el mundo, y que afecta a unos 350 millones de personas. La depresión es diferente de las variaciones habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a las dificultades de la vida cotidiana. Si no trata con seriedad puede convertirse en un problema de salud serio, principalmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y perturbar las actividades laborales, escolares y familiares. En el peor de los casos puede llevar al suicidio, que es la causa de aproximadamente 1 millón de muertes anuales.

La existencia o no de la depresión infantil como entidad clínica ha sido un tema que durante décadas ha ocupado el estudio de la comunidad científica, esto se debe principalmente al hecho de que el área de salud mental infantil durante un largo tiempo no fue considerada de gran relevancia. Hoy en día resulta imposible siquiera intentar negar su existencia. La depresión en niños, niñas y adolescentes se está manifestando en forma considerable. El avance en la tecnología, las demandas sociales y los ritmos de vida hacen que el mundo gire más rápidamente y con ello sus exigencias. El niño/a se ve envuelto/a en una vida llena de compromisos, demandas, competencias y en su mismo proceso evolutivo debe adquirir las habilidades y destrezas que le permitan sobrevivir y aún más sobresalir.

“Los niños y las niñas experimentan emociones desde los primeros días de vida y las perciben en los demás entre los 6 y 9 meses llegando a ser conscientes de las mismas alrededor de los 5 años. La psicología evolutiva considera que a partir del año y medio de edad los niños y niñas son capaces de tener un control sobre sus propias emociones y este es el punto para adaptarse a las normas sociales en las que está siendo educado” Del Barrio y Moreno (1996) (como se citó en González, 2006).

Para Deuber (1982) (como se citó en González, 2006) la depresión existe y puede manifestarse en los niños y las niñas desde los seis años de edad. Del Barrio (2000) afirma “...también los niños se deprimen ya que tienen las mismas emociones que los adultos pero con sus propias características: son más frecuentes, más intensas, más versátiles y menos reflexivas”. Pauchard (2002) (como se citó en González, 2006) argumenta que los/as niños/as y adolescentes pueden sufrir de depresión al igual que los adultos, la alteración se presenta en muchas formas con grados y duración variados. Considera que los niños y las niñas que viven bajo mucha tensión, que han experimentado una pérdida importante o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión. La propia enfermedad puede ser considerada como un factor de riesgo ya que los niños y las niñas experimentan

una pérdida importante en este caso de su propia salud.

El estudio formal de la depresión infantil se remonta hacia los años cuarenta con estudios de Akerson, Spitz, Bowlby quienes mediante la observación directa del comportamiento infantil encontraron conductas que hoy son reconocidas como típicas de la depresión. Conforme se avanza en el estudio de la depresión y de la internalización de los procesos se acepta la existencia de este trastorno como concepto y entidad psicopatológica; primero por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos de Norteamérica en 1977, y en 1980 el DSM-III admiten la existencia de la depresión infantil y con ello se abren las puertas para su estudio y abordaje terapéutico. Del Barrio (2000) y Nissen, (1987). (como se citó en González, 2006)

“A partir de 1990 se localizan y aíslan los factores de riesgo que pueden llevar a la presencia de depresión infantil, así como el análisis de los síntomas, la eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos y los estudios de seguimiento. Una parte fundamental en el abordaje de este tema es la creación, aplicación y adaptación de los instrumentos de medición propios para esta entidad clínica” Del Barrio (2001) (como se citó en González, 2006).

La depresión infantil se ha convertido en "un problema de primer nivel en las sociedades desarrolladas debido a la aparición de una infelicidad severa". Además, los niños pequeños cuyos padres tienen depresión o presentan otros problemas, como alcoholismo, presentan una tasa de depresión mayor, según la profesora de evaluación psicológica en el departamento de Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Facultad de Educación y Psicología de la UNED, Victoria del Barrio, quien habló sobre 'Concepto de depresión infantil, evaluación y factores de riesgo' en los Cursos de Verano de la Universidad del País Vasco (UPV/EHU). Del Barrio (2001). (como se citó en: Baptista, 2012)

Del Barrio (2000) (como se citó en: Baptista, 2012) señaló que esta enfermedad supone "una fuente de preocupación y pérdidas desde el punto de vista social y

comunitario". Entre todas las posibles emociones negativas de la enfermedad, se ha centrado en la tristeza, ya que "es la emoción que posibilita la aparición de la depresión". Además, destacó que "a los niños que están llenos de preocupaciones, su desarrollo cognitivo no les permite encontrar explicaciones a gran parte de las cosas que le ocurren", lo cual puede provocarles "sentimiento de inseguridad y conducir a emociones negativas y por lo tanto a la depresión". Del Barrio ha explicado que "los intentos suicidas pueden acontecer tanto en niños deprimidos como no deprimidos, ya que la conducta suicida tiene un condicionamiento multifactorial". La ponente también se refirió al suicidio infantil que puede venir motivado por "intentos de venganza, dejar de ser una molestia, el abuso o maltrato o cualquier síntoma de perturbación familiar". No obstante, ha matizado que sería "incorrecto" establecer una correspondencia entre suicidio y depresión infantil.

Por otro lado, apuntó a la familia como "primer factor de riesgo" que permite detectar y conocer las posibles causas de la depresión infantil. "Los factores de riesgo familiares pueden ser de tipo biológico como una enfermedad de los padres, de tipo psicológico como la muerte de un ser querido, y de tipo social como la falta de recursos económicos".

Además, ha incidido en que "la existencia de problemas dentro del seno familiar es uno de los causantes más potentes del trastorno depresivo". Del Barrio ha señalado que "la tasa de depresión es mayor en los hijos de padres con este trastorno o con otros problemas como alcoholismo, transmisión genética, explica que las depresiones infantiles comenzaron a diagnosticarse a partir de la década de los setenta, fecha en la que se percataron de "la complejidad e interés de lo depresivo en el infante", argumentó que la observación de antecedentes familiares sugiere "la hipótesis de la transmisión genética, aunque no se ha encontrado un marcador específico de depresión infantil". Del Barrio, (2001) (como se citó en: Baptista, 2012)

Según un estudio realizado en Washington la incidencia de la depresión infantil es mayor entre los niños hispanos y afroamericanos que en el resto, un fenómeno en

el que influyen, según los expertos, tanto los hábitos familiares, como factores culturales y económicos. Así, el 26,8 por ciento de los niños varones hispanos presentan signos de depresión, mientras que los blancos registran una tasa del 16,7%, según los datos de los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

En el caso de las niñas, las afroamericanas encabezan las estadísticas con un 29,2 por ciento, mientras que un 17,4% de las hispanas padecen esta enfermedad, y entre las caucásicas el índice es del 14,5%.

Los expertos coinciden en que los esfuerzos del gobierno estadounidense por promover leyes y programas nacionales en favor de una vida más saludable no serán efectivos si no se produce el cambio más relevante: la modificación de estilos de vida biopsicosocial saludables en el medio familiar y escolar. (Agencia EFE, 2011)

Los afroamericanos y los latinos son herederos de sus tradiciones sociales y familiares, por lo que hay que trabajar con estas comunidades para que las nuevas generaciones sepan cómo vivir de manera saludable porque varios de los comportamientos dentro del área familiar y comunitaria podrían desencadenar depresiones.

Si tenemos padres deprimidos por sus problemas económicos, o por la discriminación que sufren, tendremos familias con problemas emocionales ya que no se puede obviar que los hijos hacen lo que ven hacer a sus padres. Morilus Black, Marie (2011). (como se citó en Agencia EFE, 2011)

### **1.2.1.2 Meso**

De acuerdo con el INEGI, 2 millones de niños y adolescentes padecen depresión en México y en los últimos 20 años se ha duplicado la cifra de suicidios.

Las constantes fantasías infantiles sobre la muerte son un signo de depresión y pueden alcanzar tendencias suicidas en los menores, alerta Fernando López, miembro de la Asociación Psiquiátrica Mexicana.

Según Jacqueline Cortés, académica del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina, UNAM, la depresión no es un trastorno único en adultos.

La crisis económica, la inseguridad y las condiciones socioculturales actuales han hecho que las familias se fragmenten, lo que deja a los más pequeños del hogar en un estado vulnerable y fértil para la baja autoestima y tristeza permanente.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 2 millones de niños y adolescentes padecen depresión. Por su parte, el Consejo Nacional de Población (Conapo), señala que en los últimos 20 años se duplicó el número de suicidios entre los niños y adolescentes al pasar de 1.4 a 3.7 por cada 100,000 habitantes y en el 2006 el suicidio constituyó la tercera causa de muerte infantil.

Tan sólo el análisis “Estadística de suicidios de los Estados Unidos Mexicanos 2008” del INEGI reveló que durante ese periodo, 191 niños de 10 a 14 años se quitaron la vida y datos del Instituto Mexicano de la Juventud revelan que en México se suicidan alrededor de 600 jóvenes al año y que la incidencia es más alta en varones, pero la mujer lo intenta tres veces antes de conseguirlo y oscila entre adolescentes y jóvenes de 11 a 19 años.

No obstante, la académica de la UNAM, experta en terapia infantil, expresa que este número podría ser mayor, pues existe un subregistro de esta causa de fallecimiento y de los casos de intento suicida, “hay niños y jóvenes que se autolesionan y los padres no se percatan de ello. Por lo general, los chicos presentan dos o tres intentos de suicidio antes de ser declarado”. (Langner, 2010)

### 1.2.1.3 Micro

En cuanto a investigaciones efectuadas en nuestro país, Ecuador, la doctora Luisa Puyol et al., en el año 2009, realizó un estudio en Quito, en el Valle de los Chillos, investigando la prevalencia de sintomatología depresiva y su asociación con factores psicosociales, en los niños/as de sexto y séptimo año de educación básica de una escuela fiscal, se obtuvieron datos biográficos, se realizó un familiograma y la aplicación de dos test, el APGAR familiar infantil y la versión corta del Children Depression Inventory, es así, que hallaron un prevalencia del 41% en los 195 niños/as estudiados, en una edad comprendida entre los 9 a 16 años, la disfunción familiar se asoció con la sintomatología depresiva en un 34,4% (OR 2,00 IC95% 1,00-3,98). Los padres migrantes se reportaron por 22 participantes (11.28%), y en 6 (3.07%), era la madre quien había migrado. (Puyol, Páez, Loza, Godoy, 2009)

Varios estudios determinan una prevalencia de depresión en la infancia de un 1–2% y en la adolescencia, un 4–5%. Los resultados encontrados en un trabajo de investigación indican que la migración puede incrementar el riesgo de sufrir este trastorno. La depresión interfiere con el desempeño escolar y las relaciones interpersonales. Se ha relacionado estrechamente comportamiento violento, uso de alcohol, tabaco, drogas y conducta suicida con depresión. La ausencia de los padres, la carencia afectiva, el maltrato infantil y la sociedad pueden influir para que estas complicaciones de la depresión sean frecuentes en los hijos de padres migrantes. La migración podría ser una solución al problema económico, pero también es el origen de agresión psicológica al niño y la familia con daños irreversibles. (Albuja, Albuja Echeverría, Albuja Granja, 2009)

### Árbol del problema

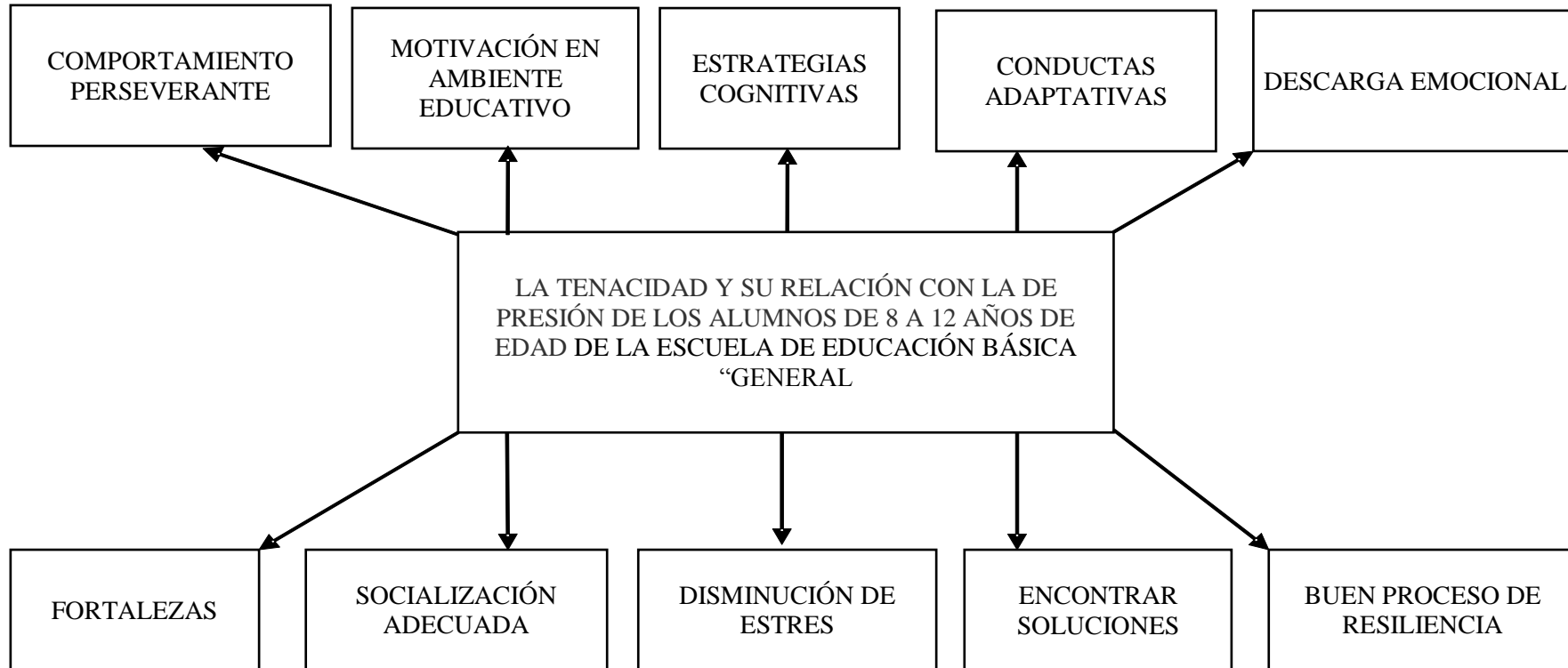


Gráfico No. 1 Árbol del Problema  
Elaborado por: Carvajal, M



### 1.2.2 Análisis crítico

La tenacidad es una virtud muy necesaria para poder tener una adecuada inteligencia emocional ya que es parte del proceso de resiliencia ya sea en niños(as), adolescentes, adultos, adultos mayores ya que sin esta herramienta emocional no se podría sobrellevar las diversas problemáticas de la vida en sus diferentes ámbitos: social, personal, emocional, físico y psicológico.

En el caso de los(as) niños(as), adolescentes que desde una perspectiva evolutiva el factor de la tenacidad es algo que se va adquiriendo debido a la influencia tanto familiar como social – cultural pero cabe decir que este factor está más presente en algunas personas más que en otras por varias razones igual es en el caso de los(as) niños(as), adolescentes debido a múltiples causas y ello se refleja muchas veces en su comportamiento.

En la niñez y adolescencia es un factor principal el querer ser parte de un grupo en este caso sus pares por lo cual se ven influidos de hacer ciertas cosas que los ayudan a conseguir el objetivo de pertenencia y relacionado con que biológicamente suceden varios cambios por ello es importante tratar a tiempo las situaciones que generen malestar como la presencia de depresión para lograr un desarrollo adecuado y no lamentarse luego por algo que se pudo atender y cambiar a tiempo.

La desmotivación y falta de interés en cuanto a las actividades tanto sociales como en lo educativo sugiere que tanto los(as) niños(as), adolescentes no se interesen por asistir a clases y den muestras claras de atravesar por algún tipo de depresión.

Además debido a la cultura y por desconocimiento se cree que cierta sintomatología depresiva que se mira en algunos(as) niños(as) y adolescentes es irrelevante y no se presta la atención correcta y vital que se merece el problema y se perciban estas conductas como normal.

### **1.2.3 Prognosis**

“Hoy es un hecho indiscutible que niños y niñas pueden tener depresión, la depresión como estado anímico ha existido desde tiempos muy antiguos en historia de la humanidad manifestándose en las diferentes etapas del ciclo evolutivo de los seres humanos. Si bien las estadísticas confirman que en el mundo existen entre 120 a 200 millones de deprimidos, y que como trastorno asciende a un casi 50% entre los enfermos mentales” (Diario La Hora, 2009).

En el caso de los infantes ello se refleja en un conjunto de síntomas que por su cantidad, intensidad y duración, incide en el desarrollo normal de los niños.

Tanto en el centro escolar o en el hogar, el niño y adolescente siempre está bajo observación, lo que nos da la tranquilidad de que siempre podremos prevenir e intervenir precozmente el problema. La experiencia de vida de los niños es más sensible ya que están en un proceso de desarrollo y cambio continuo.

Mientras más se estudie la depresión y sus orígenes, vamos a poder ayudar y prevenir sus efectos destructivos en el funcionamiento humano de nuestros niños y adolescentes.

Para lograr una extinción de un cuadro depresivo es importante contar con la ayuda de las fortalezas emocionales de los(as) niños(as) y adolescentes y una de gran importancia es la tenacidad o perseverancia la cual denota que hay un buen proceso de resiliencia y motivación personal para salir del cuadro depresivo y forjarse ideales y metas en el presente y a futuro como parte de su proyecto de vida.

### **1.2.4 Formulación del problema**

¿Cómo se relacionan los niveles de tenacidad con los niveles de depresión?

### **1.2.5 Preguntas Directrices**

¿Qué nivel de tenacidad presentan los(as) alumnos(as) de 8 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato”?

¿Cuáles son los niveles de depresión presentes en los(as) alumnos(as) de 8 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato”?

¿Puede una estrategia basada en los aportes de la psicología positiva brindar una prevención primaria y apoyo psicológico para lograr un adecuado tratamiento de la depresión en los(as) alumnos(as) de 8 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato”?

### **1.2.6 Delimitación**

La investigación está enfocada a la tenacidad y su relación con la depresión de los alumnos de 8 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato.

#### **Contenido**

**Campo:** Psicológico

**Área:** Desarrollo Social

**Aspecto:** Tenacidad y Depresión

**Espacial:** Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato que pertenece a la zona 3 distrito 2 circuito 18D02C01\_05\_06.

**Unidad de observación:** alumnos de 8 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato

**Temporal:** Mediados y finales del año 2014

### **1.3 Justificación**

En la psicología positiva el tema de la tenacidad tiene relación hacia la manera en la que se desarrolla el proceso de resiliencia en la gente y es muy interesante correlacionarla con la depresión en la población infantil y adolescente por ello es importante investigar a fondo y sobre todo en cuanto a su relación en el área educativa de los mismos razón por la cual la investigación promueve una visión real de la forma de incidir la depresión en las destrezas académicas lo cual se desarrollara a partir del contacto con la población de una Unidad Educativa que brinda la apertura para el trabajo en lo cual es necesario enfocarse adecuadamente en las causas y consecuencias que trae consigo el que niños(as) y adolescentes presenten cuadros depresivos.

Siendo el medio educativo un factor importante en el desarrollo de los niños(as), adolescentes, es importante realizar una observación para analizar de qué forma se puede elaborar una efectiva intervención en psico-educación tanto a los docentes como a los padres de familia.

Conjuntamente en la sociedad actual nos encontramos en la llamada generación del consumo ante lo cual si no se consume lo de moda puede darse un sentimiento de exclusión sobre todo en niños(as) y adolescentes al ser un sector algo vulnerable y esto puede generar algún tipo de desvalorización en relación a su autoestima ante lo cual al tener una adecuada inteligencia emocional esto se podría manejar de forma positiva. La niñez al ser un periodo delicado en cuanto al desarrollo mental es importante hacer una prevención en relación a los factores que incidirán en ella.

Por ello es valioso llegar a una investigación valida en cuanto al tema planteado con el fin de lograr colaborar con el conocimiento y exponer una propuesta de solución.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

- Determinar de qué manera se relacionan los niveles de tenacidad con los niveles de depresión de los alumnos de 8 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato.

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Detectar los niveles de tenacidad de los alumnos de 8 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato a través de la aplicación de reactivos psicológicos que midan esta variable.
- Identificar los niveles de depresión de los alumnos de 8 a 12 años de edad de la Escuela de Educación Básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato.
- Desarrollar una medida de solución y prevención en base a la psicología positiva para a través de propiciar fortalezas como la tenacidad en niños(as), pre-adolescentes y adolescentes para enfrentar la presencia de depresión y lograr procesos de superación personal.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Antecedentes investigativos

De acuerdo a investigaciones previas relacionadas al tema de la investigación tenemos los siguientes aportes:

Se realizó un trabajo con niños y adolescentes de un programa de liderazgo infantil para instruirlos en el tema de los valores como: tolerancia, trabajo en equipo, amistad, respeto, generosidad, honradez, solidaridad, perseverancia, bondad, entre otros, a manera de prevención de la violencia. Con base en los datos obtenidos había serias deficiencias en cuanto a conceptos de valores y se reconoce la importancia de promover una educación más didáctica y entretenida para así lograr inculcar la enseñanza y que esta prevalezca. (Alpízar, et al., 2011).

Un estudio que consistía en analizar la tasa de sintomatología depresiva infantil en el ámbito escolar a partir del examen de las variables clínicas y escolares relacionadas con la sintomatología depresiva, para obtener un modelo predictor de la depresión que ayude a detectar y a entender mejor esta patología. La muestra estaba compuesta por 1104 estudiantes de 8 a 12 años de edad de distintos centros escolares de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Los participantes cumplieron el Cuestionario de Depresión para Niños (CDS) y el auto informe S-2 del Sistema de Evaluación de la Conducta de Niños y Adolescentes (BASC).

Los maestros tutores proporcionaron información sobre el rendimiento académico de cada estudiante. Los resultados mostraron una interacción entre el sexo y la edad de los alumnos, lo que apoyaría la perspectiva evolutiva del trastorno depresivo. En los chicos los niveles de sintomatología depresiva descendían con la

edad, pero en las chicas se daba un ligero repunte a la edad de 12 años. Los predictores más destacables de la depresión infantil eran el estrés social, la ansiedad, el sentido de incapacidad y la baja autoestima, lo que vendría a demostrar la vertiente emocional, social y cognitiva de la sintomatología depresiva. (Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe, De las Cuevas Carmen, 2013)

Por otro lado, el estudio objetivo de la somnolencia y las funciones ejecutivas en niños con depresión es poco conocida por eso se realizó un estudio sobre: La alteración del sueño que es una queja común en la depresión. Sin embargo, los datos objetivos sobre las alteraciones en la estructura del sueño asociadas a la depresión infantil han sido inconsistentes. El objetivo fue conocer si existen diferencias en la estructura del sueño, la somnolencia diurna y las funciones ejecutivas en niños con y sin depresión. Los resultados sugieren que las estructuras prefrontales son más vulnerables a la depresión que las estructuras que regulan el ritmo circadiano y homeostático del sueño. (Moo, Jesús, et al., 2011)

Un estudio acerca del optimismo y su relación con la depresión muestra que un estilo explicativo optimista consistente en explicar los acontecimientos positivos mediante atribuciones permanentes y globales y los negativos mediante atribuciones temporales y específicas se relaciona significativamente con menor sintomatología depresiva. Se discuten las implicaciones de estos resultados a la luz de del modelo reformulado de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) (como se citó en Sánchez y Méndez, 2009) y la teoría de la desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) (como se citó en Sánchez y Méndez, 2009). También se sugiere tener en cuenta nuevos conceptos como el de flexibilidad explicativa y otros factores que pueden influir, como la autoestima, la percepción de controlabilidad sobre las situaciones estresantes o el grado de importancia otorgado a las mismas. Las chicas presentan un estilo explicativo más optimista en la pre adolescencia y que los niños mayores presentan puntuaciones en depresión más elevadas. (Sánchez y Méndez, 2009)

En otro trabajo acerca de: Los cuidados de las madres a sus hijos durante su

crecimiento son fundamentales en el futuro de su salud mental. Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden generar graves alteraciones en su desarrollo el objetivo fue discutir con base en la clínica y las teorías del vínculo mamá-bebé, las manifestaciones clínicas de patologías del desarrollo mental de los primeros años de vida y acciones preventivas al respecto. Para esto se utilizó el método: Reporte de caso y correlación clínico-teórica. Se obtuvieron los siguientes resultados: Por ejemplo un caso de un niño de 36 meses de edad que llegó al servicio de psiquiatría infantil con un diagnóstico presuntivo de autismo. La reconstrucción de la historia temprana y la evolución positiva (mejoría en síntomas como la alteración en el lenguaje, el contacto y la relación con otros y consigo mismo) conduce a pensar que no se trata de un autismo primario. Se considera el diagnóstico diferencial de depresión anaclítica y que el paciente tiene una disarmonía evolutiva. Se llega a las conclusiones: Existen condiciones que deben darse en las primeras etapas de la vida para propiciar un desarrollo sano del psique-soma de los niños, por lo cual es importante concientizar a profesionales de la salud y padres de familia para aproximarse a la prevención de algunas patologías de la salud mental infantil y las implicaciones negativas resultantes al no darse. (Betancourt, 2009)

## **2.2 Fundamentación filosófica**

En cuanto a la fundamentación filosófica se va a laborar con el paradigma crítico-propositivo en cuanto el nivel académico puede tener lugar desde diversas ópticas y perspectivas disciplinarias entre las que tenemos la psicología, metodología didáctica, investigación educativa, historia de la educación entre otras.

El proceso de la enseñanza – aprendizaje como sistema social se encuentra presente en procesos lingüísticos puesto que el individuo por el proceso de aprendizaje se ha de acoplar a su grupo de pares sea estos positivos o negativos siendo sometidos a la reflexión crítica después por el carácter empírico de la enseñanza académica.



### **2.2.1 Fundamentación ontológica**

El contexto en el que se realizará la investigación será de carácter social siendo entendida desde la sociología como instrumento lógico del fenómeno educativo pues se ha de tener en cuenta que evitar y prevenir el desarrollo de problemas de depresión en las(os) niñas(os) mejorará los niveles de educación diseñando de esta manera estrategia, recursos y contenidos acordes a la población y a la cultura.

### **2.2.2 Fundamentación epistemológica**

La investigación nos permitirá conocer el fenómeno de causa y efecto de la presencia de depresión en las(os) niñas(os) y adolescentes así como la relación de la influencia de fortalezas emocionales como la tenacidad contra este problema para lograr hacer un estudio practico en cuanto a este tema y con el fin del desarrollo de las habilidades que se alcanzara así destrezas intelectuales en los estudiantes así también en los pedagogos encargados de la enseñanza se evidenciara la construcción de conocimientos científicos acorde a la fundamentación filosófica ética y moral.

### **2.2.3 Fundamentación axiológica**

Se desarrollara las aptitudes y destrezas propias del ser humano procurando de esta manera educar a los niños(as) y adolescentes en su inteligencia emocional desarrollando así la voluntad, el carácter como otras fortalezas de índole emocional y la afectividad.

### **2.2.4 Fundamentación psicopedagógica**

Los principios de la enseñanza académica se regirán al entendimiento parcial o total de los contenidos programáticos dispuestos en las unidades de las cátedras impartidas lo que contribuirá al fortalecimiento de los procesos axiológicos y consecuentemente a la formación del yo.

### **2.2.5 Fundamentación psicológica**

La investigación se enfoca en cuanto a la ciencia psicológica para lo cual se ha elegido una orientación en base a la psicología positiva y cognitivo-conductual para conocer el abordaje que dichas teorías le dan al problema seleccionado lo cual enmarcará el desarrollo de dicho trabajo y ayudará a la visión dialéctica de la problemática.

### **2.3 Fundamentación legal**

Según la constitución vigente de la república del Ecuador en el código de la Niñez y la Adolescencia menciona:

#### **Capítulo Tercero**

#### **Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria**

#### **Sección Quinta**

#### **Niñas, niños y adolescentes**

Art. 44.- El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas. Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad. Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivo-emocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales. (CÓDIGO ORGÁNICO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA, (2009) Corporación de estudios y publicaciones, legislación codificada. Quito Ecuador)

## 2.4 RED DE CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

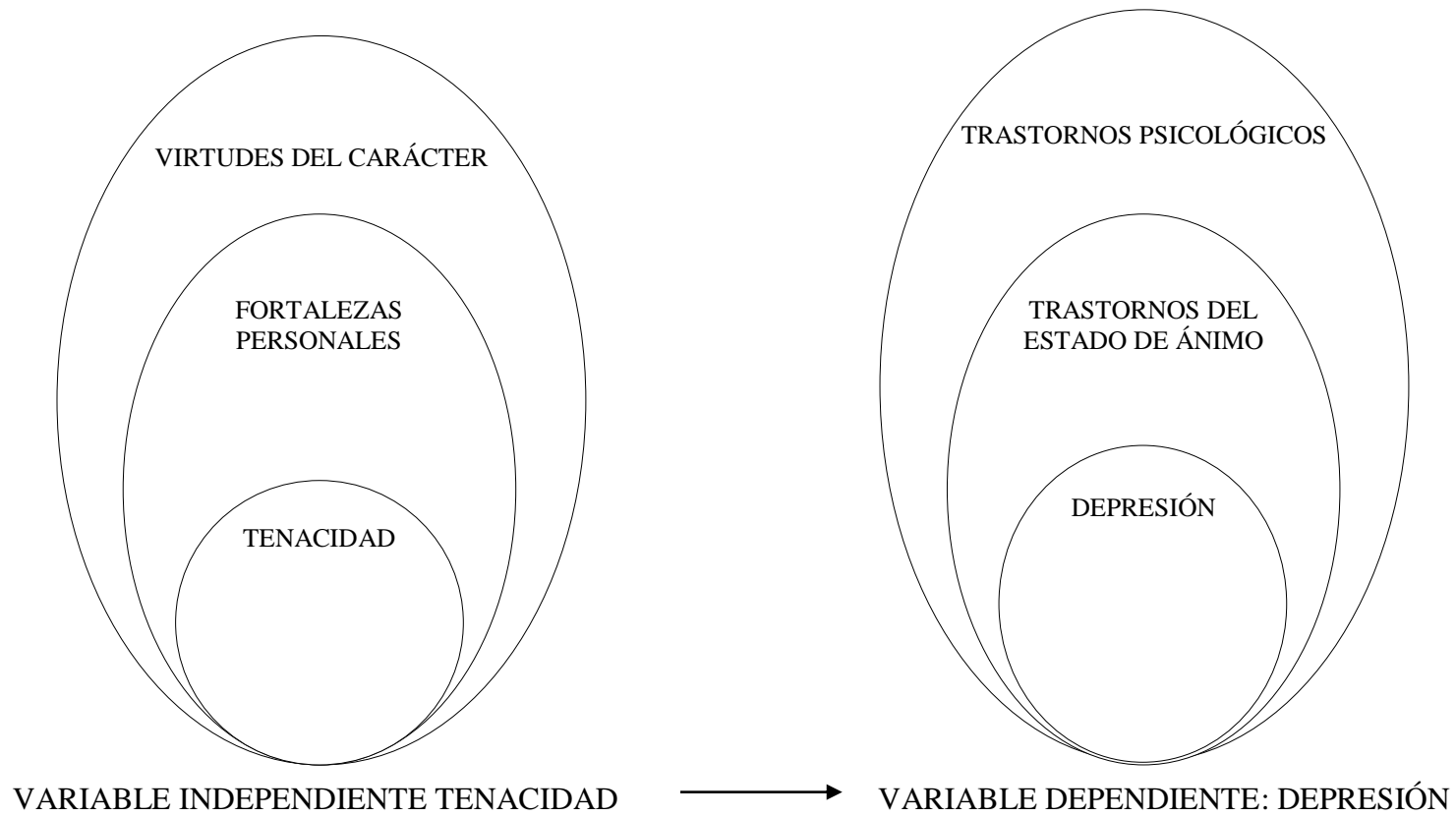


Gráfico No. 2 Categorías Fundamentales  
Elaborado por: Carvajal, M

## Subordinación Conceptual

### VI: Tenacidad

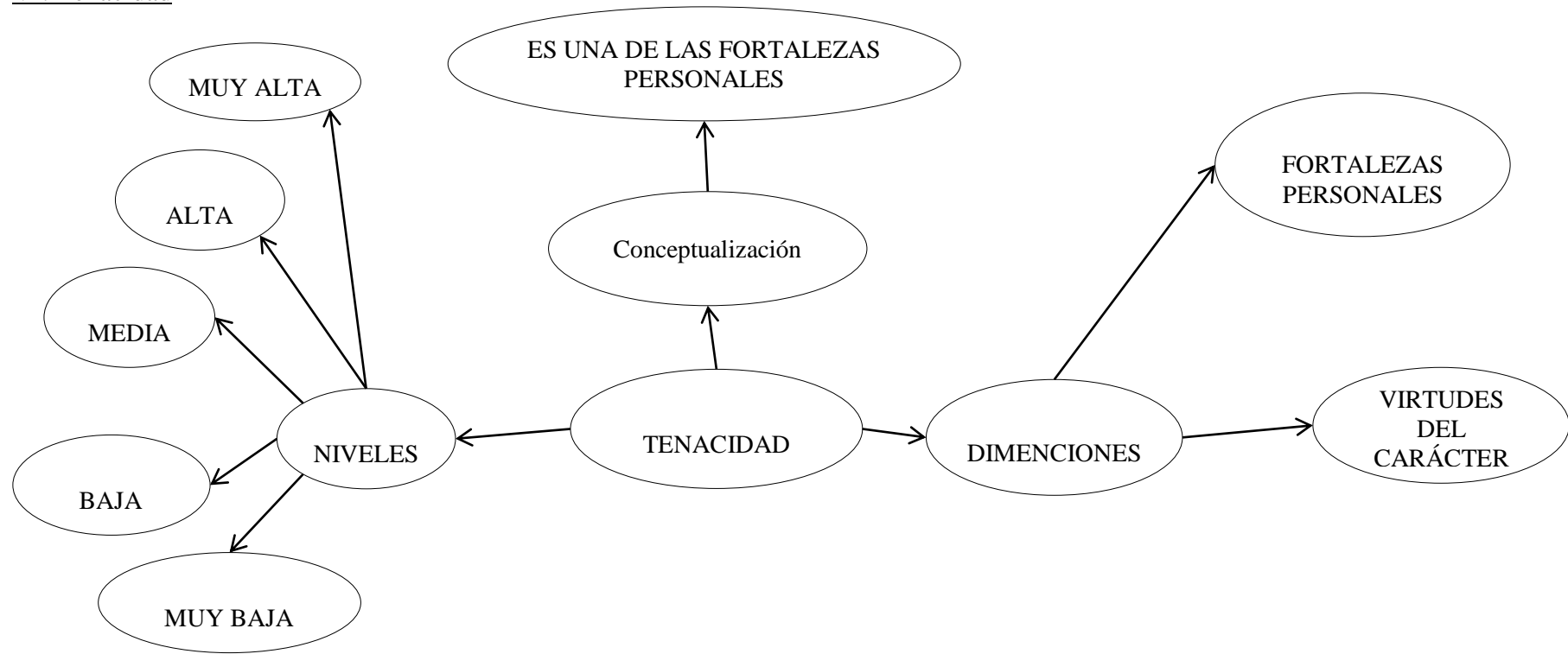
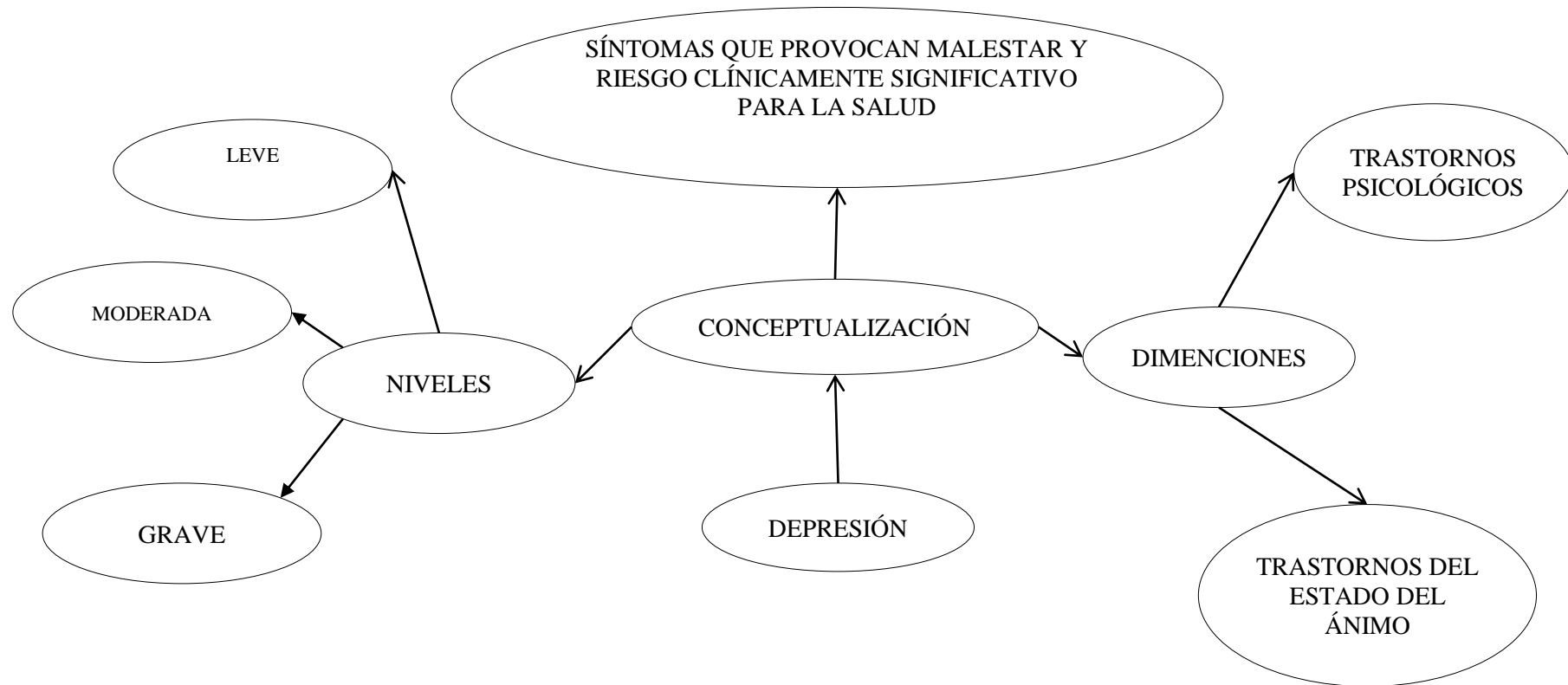


Gráfico No. 3 Subordinación Conceptual: Variable Independiente  
Elaborado por: Carvajal, M

**Subordinación Conceptual:**

VD: Depresión



**Gráfico No. 4 Subordinación Conceptual: Variable Dependiente**  
Elaborado por: Carvajal, M

## **2.5 Hipótesis**

En la investigación se propone una hipótesis:

Los niveles de tenacidad se relacionan con los niveles de depresión.

## **2.6 Señalamiento de Variables**

VARIABLE INDEPENDIENTE:

- LA TENACIDAD

### **2.6.1 TENACIDAD**

La tenacidad como fortaleza personal es sin duda una virtud del carácter estas llamadas virtudes las cuales son fuerzas internas que vienen de cada individuo y hacen eco a aspectos positivos de las personas que los potencian para una adecuada vivencia y si bien la capacidad intelectual y el talento han demostrado ser fundamentales para alcanzar el éxito, nuevas investigaciones describen factores de la personalidad que pueden ser entrenados y llegar a ser igual de importantes para conseguir metas.

Si bien el talento y la habilidad intelectual han demostrado importancia en la consecución de logros a través de la vida, estas son capacidades que, en gran medida, están determinadas por la genética. Sin embargo, la perseverancia si bien también tiene un factor genético es más factible de ser entrenada. (Acevedo, 2013)

La perseverancia significa concluir una tarea a pesar de los obstáculos, investigaciones han encontrado que esta fortaleza influencia positivamente el logro académico. Peterson y Park (1998) (como se citó en Grinhauz, 2012) han hallado que aquellos jóvenes que no pueden aprender tras un fracaso tienen más dificultades en persistir con sus objetivos. Sin embargo, son más persistentes

aquellos niños que atribuyen la causa del fracaso a factores menos estables y globales. En este sentido, la perseverancia estaría asociada positivamente con el optimismo.

“Por otra parte, existen estudios que evidencian que la experiencia de emociones positivas promueve la perseverancia frente al fracaso, es decir que la experiencia frecuente de dichas emociones se relacionaría con el mantenimiento de los esfuerzos para alcanzar los objetivos” Folkman & Moskowitz, (2000) (como se citó en Grinhauz, 2012) “Asimismo, la esperanza se relaciona estrechamente con la persistencia. Aquellos niños con esperanza afrontan los objetivos con una actitud de resistencia, persistencia y autoconfianza, incluso en las situaciones más desfavorables” Snyder, (2003) (como se citó en Grinhauz, 2012).

## **2.6.2 FORTALEZAS PERSONALES**

“En lugar de centrarse, como la psicología tradicional, en el estudio y tratamiento de la enfermedad mental, la Psicología Positiva pone el foco en las fortalezas humanas, las que nos permiten aprender, disfrutar, ser alegres, generosos, solidarios y optimistas” (De Paula, 2013).

En base a lo expresado por Seligman (2011): "La auténtica felicidad no sólo es posible, sino que se puede cultivar identificando y utilizando muchas de las fortalezas y rasgos que ya poseemos" (como se citó en De Paula, 2013).

Martin Seligman en su libro *la Auténtica felicidad presenta:*” los resultados de sus investigaciones que nos han dado una guía científica respecto a los factores y vivencias que nos hacen plenamente felices”.

“Una fortaleza se define que es un rasgo, una característica psicológica que se presenta en situaciones distintas y a lo largo del tiempo” Seligman (2011) (como se citó en De Paula, 2013).

Las fortalezas designadas por Seligman y Peterson son las vías o caminos para llegar a alcanzar las seis virtudes humanas que representa en conjunto y siguen igualmente un criterio de ubicuidad, es decir, que se valoran en casi todas las culturas y la mayor parte del mundo.

Es necesario e importante diferenciar las fortalezas del talento o capacidad. Si bien estos conceptos forman parte de la psicología positiva, tienen elementos que los diferencian.

En cuanto a las fortalezas son rasgos morales que se pueden entrenar y mejorar, no así el talento, como por ejemplo, correr muy rápido, o cantar bien, no son rasgos morales y no son fácilmente adquiribles, aunque se pueden desarrollar y optimar, pero se necesita que exista una base que es innata.

Por el contrario, hay fortalezas como el valor, la justicia o la amabilidad, se alcanzan forjarse incluso a partir de unos cimientos frágiles.

Conjuntamente las capacidades son de cierta forma relativamente automáticas, mientras que en las fortalezas es clave el concepto de voluntad. Usualmente cualquier persona puede lograr con el tiempo, esfuerzo y determinación suficientes desarrollar fortalezas personales, en lo referido a las capacidades no pueden adquirirse por medio de la voluntad.

Después de seleccionar las virtudes y fortalezas características de todo ser humano, Seligman y Peterson se propusieron construir un modo de medirlas y cuantificarlas, de esa forma nace el VIA Inventory of Strength, traducido al castellano se conoce como el Cuestionario VIA de Fortalezas Personales, que es un cuestionario de 245 ítems los cuales figuran con 5 posibles respuestas cada uno de ellos.

El interés de este cuestionario es que mide el grado en que un individuo posee cada una de estas 24 fortalezas que están ordenadas dentro del grupo de las 6



virtudes.

A través de un variado conjunto de preguntas, el profesional de la psicología será capaz de conocer cuáles son las fortalezas que caracterizan a una persona.

A partir del Instituto de Psicología Positiva de Madrid, dirigido por el catedrático Carmelo Vázquez Valverde, se ha impulsado la adaptación al castellano del cuestionario VIA, por este motivo es que desde comienzos del año 2006 es posible disponer de él en nuestro idioma y es normal esperar que en pocos años se convierta en un cuestionario de uso habitual.

Las categorías en las que se ubica a las 24 fortalezas personales que mide el VIA, se compendia o asocia en 6 tipos de virtudes que son las siguientes:

**I. SABIDURÍA Y CONOCIMIENTO:** Fortalezas cognitivas que implican la adquisición y el uso del conocimiento.

**1. Creatividad [originalidad, ingenio:** Pensar en nuevos y productivos caminos y formas de hacer las cosas. Incluye la creación artística pero no se limita exclusivamente a ella.

**2. Curiosidad (interés, amante de la novedad, abierto a nuevas experiencias):** Tener interés por lo que sucede en el mundo, encontrar temas fascinantes, explorar y descubrir nuevas cosas.

**3. Apertura de mente (juicio, pensamiento crítico):** Pensar sobre las cosas y examinar todos sus significados y matices. No sacar conclusiones al azar, sino tras evaluar cada posibilidad. Estar dispuesto a cambiar las propias ideas en base a la evidencia.

**4. Deseo de aprender (amor por el conocimiento):** Llegar a dominar nuevas materias y conocimientos, tendencia continúa a adquirir nuevos aprendizajes.

**5. Perspectiva (sabiduría):** Ser capaz de dar consejos sabios y adecuados a los demás, encontrando caminos no sólo para comprender el mundo sino para ayudar a comprenderlo a los demás.

**II. CORAJE:** Fortalezas emocionales que implican la consecución de metas ante situaciones de dificultad, externa o interna.

**6. Valentía (valor):** No dejarse intimidar ante la amenaza, el cambio, la dificultad o el dolor. Ser capaz de defender una postura que uno cree correcta aunque exista una fuerte oposición por parte de los demás, actuar según las propias convicciones aunque eso suponga ser criticado. Incluye la fuerza física pero no se limita a eso.

**7. Persistencia (perseverancia, laboriosidad):** Terminar lo que uno empieza. Persistir en una actividad aunque existan obstáculos. Obtener satisfacción por las tareas emprendidas y que consiguen finalizarse con éxito.

**8. Integridad (autenticidad, honestidad):** Ir siempre con la verdad por delante, no ser pretencioso y asumir la responsabilidad de los propios sentimientos y acciones emprendidas.

**9. Vitalidad (pasión, entusiasmo, vigor, energía):** Afrontar la vida con entusiasmo y energía. Hacer las cosas con convicción y dando todo de uno mismo. Vivir la vida como una apasionante aventura, sintiéndose vivo y activo.

**III: HUMANIDAD:** Fortalezas interpersonales que implican cuidar y ofrecer amistad y cariño a los demás.

**10. Amor (capacidad de amar y ser amado):** Tener importantes y valiosas relaciones con otras personas, en particular con aquellas en las que el afecto y el cuidado son mutuos. Sentirse cercano y apegado a otras personas.

**11. Amabilidad (generosidad, apoyo, cuidado, compasión, amor altruista,**

**bondad):** Hacer favores y buenas acciones para los demás, ayudar y cuidar a otras personas.

**12. Inteligencia social (inteligencia emocional, inteligencia personal):** Ser consciente de las emociones y sentimientos tanto de uno mismo como de los demás, saber cómo comportarse en las diferentes situaciones sociales, saber qué cosas son importante para otras personas, tener empatía.

**IV. JUSTICIA:** Fortalezas cívicas que conllevan una vida en comunidad saludable.

**13. Ciudadanía (responsabilidad social, lealtad, trabajo en equipo):** Trabajar bien dentro de un equipo o grupo de personas, ser fiel al grupo y sentirse parte de él.

**14. Justicia (equidad):** Tratar a todas las personas como iguales en consonancia con las nociones de equidad y justicia. No dejar que los sentimientos personales influyan en decisiones sobre los otros, dando a todo el mundo las mismas oportunidades. .

**15. Liderazgo:** Animar al grupo del que uno es miembro para hacer cosas, así como reforzar las relaciones entre las personas de dicho grupo. Organizar actividades grupales y llevarlas a buen término.

**V. MODERACIÓN:** Fortalezas que nos protegen contra los excesos.

**16. Perdón y compasión (Capacidad de perdonar, misericordia):** Capacidad de perdonar a aquellas personas que han actuado mal, dándoles una segunda oportunidad, no siendo vengativo ni rencoroso.

**17. Humildad/Modestia:** Dejar que sean los demás los que hablen de uno mismo, no buscar ser el centro de atención y no creerse más especial que los demás.

**18. Prudencia (discreción, cautela):** Ser cauteloso a la hora de tomar decisiones, no asumiendo riesgos innecesarios ni diciendo o haciendo nada de lo que después uno se pueda arrepentir.

**19. Auto regulación (autocontrol):** Tener capacidad para regular los propios sentimientos y acciones. Tener disciplina y control sobre los impulsos y emociones.

**VI. TRASCENDENCIA:** Fortalezas que forjan conexiones con la inmensidad del universo y proveen de significado la vida.

**20. Aprecio de la belleza y la excelencia (asombro, admiración, fascinación):** Saber apreciar la belleza de las cosas, del día a día, o interesarse por aspectos de la vida como la naturaleza, el arte, la ciencia.

**21. Gratitud:** Ser consciente y agradecer las cosas buenas que a uno le pasan. Saber dar las gracias.

**22. Esperanza (optimismo, visión de futuro, orientación al futuro):** Esperar lo mejor para el futuro y trabajar para conseguirlo. Creer que un buen futuro es algo que está en nuestras manos conseguir.

**23. Sentido del humor (diversión):** Gusto por la risa y las bromas, hacer sonreír a otras personas, ver el lado positivo de la vida.

**24. Espiritualidad (religiosidad, fe, propósito):** Pensar que existe un propósito o un significado universal en las cosas que ocurren en el mundo y en la propia existencia. Creer que existe algo superior que da forma a determina nuestra conducta y nos protege. (Seligman, 2011) (como se citó en De Paula, 2013).

Cada persona posee cinco fortalezas características. Cuando conocemos los resultados del test, la mayoría de ellas las sentimos como propias, pero es posible

que una o dos no nos resulten demasiado reales o afines a nosotros. Esto puede deberse a que a veces no somos conscientes de que “valemos” para algo, pero suele ser normal que las personas a nuestro alrededor sí se den cuenta.

La finalidad principal de este test es conocer nuestras fortalezas y ser conscientes de ellas, porque de su puesta en práctica cada día dependerá en buena medida nuestra felicidad. (De Paula Jorge, 2013)

### **2.6.3 VIRTUDES DEL CARÁCTER**

#### **Las virtudes.**

Los sistemas éticos son materiales: parten de la demostración de la existencia del sumo bien para el ser humano y proponen la vía para alcanzarlo. Entre los bienes máximos propuestos están la contemplación (vida teórica), el placer, la impasibilidad.

Frente a ellas, se levantan las morales formales, cuyo ejemplo más acabado es la de Kant. Sin embargo, el propio Kant se ve en la necesidad de darle contenido a su formalismo moral, lo que lleva a la ética de los valores. Según Zubiri, estos no serían esencias preestablecidas, sino posibilidades apreciables. Sin embargo, Aranguren apunta que al final "hay que definirse", la apropiabilidad de los valores ha de materializarse en apropiación efectiva, u esa apropiación sería precisamente la virtud. La ética de los valores regresaría al final a la ética de la virtud. (Aranguren, 1994)

“Aranguren (1994) va a estudiar la historia de las virtudes más relevantes. Es necesario hacerlo así ya que han aparecido en determinados momentos de la historia y además su contenido ha cambiado aunque hayan mantenido el nombre”.

La definición más acreditada de virtud es la de Aristóteles, se trata de una característica sustancial de una psique que no está dada por naturaleza sino por la

libre elección sistemática, en relación con asuntos prácticos, de un término medio situado entre dos excesos: seguir el camino recto sin torcerse a hacia uno u otro extremo. Valentía: entre la cobardía y la temeridad. Aristóteles ha pasado de la Idea de Bien a la idea de rectitud moral.

Además esa virtud es también fuerza moral para seguir ese camino recto, y se adquiere mediante la repetición de actos rectos. Se opone en ese sentido al vicio, que es un hábito no recto.

Aranguren repasa las virtudes cardinales de la escolástica, llamadas así porque funcionan como goznes sobre las que giran otras virtudes y son:

- La prudencia: determinación racional del bien.
  - La justicia: establecimiento de ese bien.
  - Fortaleza: firmeza de la adhesión al bien.
  - Templanza: moderación para evitar dejar arrastrarse por el mal.
- (Aranguren, 1994)

Las virtudes o fortalezas del carácter son un conjunto de rasgos positivos presentes en el ser humano que ayudan a que las personas tengan vidas satisfactorias. Su estudio forma parte de la psicología positiva, cuyo objetivo principal el promover el potencial humano centrándose en el estudio de aquellas experiencias que aportan a las personas una sensación subjetiva de bienestar, así como el estudio de los rasgos positivos individuales y el estudio de las instituciones que permiten que tengan lugar las experiencias y los rasgos positivos. (Muñoz, 2015)

Muchos investigadores afirman que no hay fortalezas y virtudes valoradas en todas las culturas del mundo. Algunos autores tales como Peterson y Seligman

consideran que esto no es cierto quisieron comprobar si en alguna cultura del mundo los padres de un niño pequeño no se preocuparían ante la posibilidad de que su hijo creciese siendo cobarde, deshonesto, con facilidad para el desánimo, pesimista y cruel. La investigación que llevaron a cabo se centró en lo que los primeros pensadores de tradiciones muy distintas han dicho sobre los componentes del carácter. Esta búsqueda implica la filosofía, la religión, la política, la educación, con un enfoque transcultural. Las preguntas son: ¿Convergen los catálogos de virtudes de los primeros pensadores dentro de estas disciplinas? ¿Se valorarían ciertas virtudes, a pesar de no estar en la tradición o en la cultura? Los autores han limitado su búsqueda a culturas antiguas cuya influencia es reconocida, lo mismo que su impacto sobre la civilización humana. Se concentraron en las tres tradiciones filosóficas que Smart (1999) (como se citó en Bernabeu, 2004) considera las “tres grandes”, China, India y Occidente, en su libro “World Philosophies”. Las tradiciones espirituales de las que emergen estas filosofías son el Taoísmo, el Budismo y el Hinduismo, la antigua Grecia, el Cristianismo y el Islam. Ejemplos de catálogos de virtudes que estudiaron: Los Diez Mandamientos, el Bhagavadgita. Las virtudes que temáticamente son similares pueden clasificarse bajo una “virtud esencial emergente”. De una cultura a otra las virtudes (en abstracto) pueden significar cosas distintas. Los autores se han fijado en los casos en que la similitud entre las virtudes es mayor que las diferencias. Las similitudes entre culturas son muy elevadas, lo que indica la convergencia de seis virtudes esenciales: valentía, justicia, humanidad, templanza, trascendencia y sabiduría.

1) Valentía. Que puede ser física, moral y psicológica. La valentía incluye el valor físico, pero también la integridad y la perseverancia. Superar la seguridad, el confort, y la complacencia. “Sin valentía, no podemos enfrentarnos a lo peor en nosotros mismos y en otros”.

2) Justicia. Generalmente se traduce como equidad (las recompensas deben ser acordes con las contribuciones o méritos, que la gente termine por tener lo que merece). Las culturas colectivistas tienden a preferir la noción de igualdad o de

necesidad para tomar decisiones de justicia (fairness). Todas las culturas comparten la creencia de que debería haber un estándar para proteger las nociones intuitivas de lo que es justo. Los ejemplos son virtudes de naturaleza cívica: justicia, liderazgo, ciudadanía, trabajo en equipo.

3) Humanidad. Virtudes en la relación con los demás, las fortalezas interpersonales. Virtud de humanidad: hacer más que lo que es solamente justo. Dentro de la psicología se consideran las virtudes de humanidad como altruismo o comportamiento pro social.

4) Templanza. Virtud del control sobre el exceso. En términos psicológicos es el auto eficacia o autorregulación: conocer y controlar las propias emociones, la motivación y el comportamiento sin una ayuda externa. Cuando se carece de esta virtud, aparecen serios problemas personales y sociales. “Por tanto, la templanza es una forma de negación de uno mismo, que finalmente termina siendo generosa hacia el yo o hacia los demás, la prudencia y la humildad son ejemplos de primer orden”.

5) Trascendencia. La conexión con algo más elevado, creer que hay sentido o motivos más grandes que uno mismo. Los autores distinguen religiosidad de espiritualidad, pero ambos conceptos son ejemplos del significado de la trascendencia. Son las creencias y las prácticas que se refieren a lo sagrado, al ser divino, a un poder más alto, o a una realidad última. Puede ser también la experiencia “terrenal” que nos inspira, los autores citan el asombro, la esperanza o la gratitud como sentimientos de la trascendencia.

6) Sabiduría. Relacionado según los autores no con la simple acumulación de conocimientos, sino más bien con vivir a través de dificultades, y emerger siendo una mejor persona, capaz de compartir lo que ha aprendido con los demás. La sabiduría es el buen juicio y el consejo sobre cuestiones vitales que son importantes pero también inciertas de acuerdo a la definición del Berlín Max Planck Institute. Se define esta virtud como: conocimiento por el que se ha hecho



un duro esfuerzo, y que luego se ha usado para el bien. La sabiduría es una forma de inteligencia noble.

Las virtudes esenciales en la historia y la cultura: algunos autores han estudiado las tradiciones filosóficas de China el Confucianismo, Taoísmo; del Sur de Asia Budistas, Hinduistas; de Occidente Atenas, Judeocristianas, Islámicas. a) No todas las seis grandes virtudes “High Six” están en todas las culturas, b) Hay una enorme variabilidad a través de distintas culturas en términos de lo que la cultura estima como valioso, c) Todas las tradiciones que han revisado provienen de sociedades civilizadas que no han existido separadas unas de otras, por lo que no se puede decir que estas seis virtudes caractericen a culturas más primitivas.

La psicología estudió el carácter en sus comienzos, pero desde los trabajos de Allport (1921, 1927) (como se citó en Bernabeu, 2004) sobre los rasgos de la personalidad estos se han dejado a cargo de la filosofía, por considerarse que no se pueden investigar con objetividad. Allport denominaba los rasgos de la personalidad “estructuras neuropsíquicas”, considerándolos entidades objetivas, sin valor moral, solamente con un valor adaptativo. Esta posición era un reflejo del positivismo de las ciencias sociales: “El hecho era territorio de la ciencia, el valor territorio de la filosofía” Sin embargo, Dewey afirmaba que el carácter y la virtud debían incluirse en el campo de estudio de la psicología y que los métodos empiristas podrían informar la discusión filosófica – la clasificación de este libro está en la visión que defendía Dewey. Por otra parte, la psicología se centró en los problemas personales y sociales (y en el negocio de tratarlos), dejando a un lado las fortalezas del buen carácter. Además, la psicología abandonó el estudio de la genialidad, debido a la controversia sobre las diferencias en tests de inteligencia y sus connotaciones políticas. El psicoanálisis añadió una “sospecha” sobre cualquier cualidad positiva de la persona, al definirla como una represión o un mecanismo de defensa inconsciente. Por último, los investigadores que trataron de investigar el carácter no obtuvieron conclusiones coherentes: Harsthorne y May estudiaron la conducta social de los niños en edad escolar, buscando rasgos generales de honestidad o deshonestidad: la conducta moral aparecía como un

comportamiento inconsistente (invalidando la estabilidad de esa virtud en concreto). Aunque revisiones de su investigación sí han encontrado consistencia entre distintas situaciones con respecto a la honestidad. A continuación los autores revisan los trabajos que, a pesar de esta corriente dominante, han estudiado hasta el momento algunos aspectos del carácter:

- Thorndike: propuso que la moralidad de una persona (carácter) podía ser medida en términos cuantitativos, lo mismo que la inteligencia.

- Erikson: las virtudes psicológicas se desarrollan cuando los individuos confrontan y resuelven una serie de desafíos sociales determinados (propios de cada estadio psicosocial). Así, las virtudes resultantes de cada edad serían: 0-1 año, confianza; 1-3 años, autonomía; 3-6 años, iniciativa; 6 años, competencia; pubertad-18 años, identidad; 18 a 25 años, intimidad; 25 a 50 años, generatividad; 50 hasta la muerte, integridad del ego.

- Maslow: Los motivos humanos se disponen de acuerdo a una jerarquía de necesidades: biológicas, estar libre de peligros (seguridad física y psíquica), vinculación (amar y ser amados), estima (de uno mismo y de los demás), necesidades cognitivas (conocer, comprender, descubrir), necesidades estéticas, auto-realización (“el uso completo y la explotación de talentos, capacidades, potencialidades”, 1970) (como se citó en Bernabeu, 2004) Para buscar la satisfacción de una necesidad tenemos que haber satisfecho la de un nivel más bajo en la jerarquía. Maslow propuso las características de los individuos auto-realizados, que se puede traducir de manera aproximada en una lista de virtudes.

Es interesante que distintos autores en la psicología hayan tratado el carácter dentro de una teoría de estadios.

- Greenberger et al.: Elaboró en los años 70 un modelo de “madurez psicosocial”, que aproximadamente correspondería a las siguientes fortalezas de carácter: creatividad, espiritualidad, persistencia, inteligencia social, amor, amor por el

aprendizaje, ciudadanía, apertura de mente y equidad.

- Jahoda, “Current concepts of positive mental health” (1958) (como se citó en Bernabeu, 2004): trataba de comprender el bienestar psicológico por sí mismo, no como ausencia de desorden o malestar. Revisó, lo que otros pensadores habían dicho sobre la salud mental, sobre todo clínicos. Las fortalezas del carácter que propuso en forma de “procesos que producen una salud mental positiva” fueron: inteligencia social, curiosidad, amor por el aprendizaje, integridad y perspectiva, apertura de mente, creatividad.

- Ryff: propuso seis dimensiones del bienestar personal: aceptación de uno mismo, relaciones positivas con otros, autonomía, control sobre el entorno, propósito en la vida, crecimiento personal.

- Tradición de las “Big Five” (Cinco Grandes): Esquema propuesto por Warren Norman (1963) (como se citó en Bernabeu, 2004) , rasgos de personalidad y virtudes que corresponden: neuroticismo – ninguno, extroversión- vitalidad, humor y juego, apertura-curiosidad, creatividad, apreciación de la belleza, relaciones positivas con los demás (agreeableness) – amabilidad, gratitud; responsabilidad- autorregulación, persistencia.

- Cawley, Martin, Johnson: Identificaron cuatro factores de virtud: empatía, orden, tener recursos, serenidad.

- Kohlberg: estadios de desarrollo moral; aunque las teorías de estadio sean útiles en un programa pedagógico, los autores consideran que los estudios de Kohlberg, pese a ser muy influyentes, no van en la misma dirección que su investigación. Entonces, ¿se puede hacer una teoría de estadios, evolutiva, sobre el buen carácter?, pero si se quiere enseñar el buen carácter, ¿no hay que tener una teoría (descriptiva al menos) de cómo evoluciona en infancia y adolescencia?.

- Vaillant: teoría de los mecanismos de defensa psicodinámicos.

- Gardner: seis tipos de inteligencia.

- Schwartz: catálogo de valores universales: logro, benevolencia, conformidad, hedonismo, poder, seguridad, auto-dirección, estimulación, tradición, universalismo.

Otra investigación relacionada con el carácter es la de la resiliencia. Kumpfer (1999) (como se citó en Bernabeu, 2004) propuso los siguientes factores de protección, que corresponden de forma aproximada a fortalezas del carácter: factores espirituales y motivacionales, competencias cognitivas, competencias de comportamiento y sociales, bienestar físico y competencias físicas. (Bernabeu, 2004)

Como resumen sobre las distintas definiciones, se podría decir que las virtudes, en concreto esas 6 virtudes básicas, representan de manera más abstracta las cualidades positivas que hacen a los seres humanos moral y éticamente buenos.

Para alcanzar esas virtudes se pueden utilizar como vehículos a las 24 fortalezas de carácter. Estas fortalezas de carácter son un escalón más concreto de esas virtudes. Son los procesos que las definen, por ello también se les llama valores en acción (VIA). Las fortalezas de carácter no son totalmente compartimentos estancos orientados a conseguir esas virtudes básicas donde están clasificadas.

Es verdad que para alcanzar la virtud de sabiduría y conocimiento; la curiosidad, la creatividad, el amor al conocimiento, la imparcialidad, la perspectiva ayudan mucho pero otras fortalezas como la prudencia, la persistencia, la integridad pueden ser también útiles. (Bienestar Responsable, 2015)

Estas fortalezas y virtudes del carácter son capacidades que pueden adquirirse a través de la voluntad y que representan rasgos positivos de la personalidad. La filosofía y la moral desde la antigüedad describen las virtudes como características centrales del carácter que representan valores universales. Las fortalezas por tanto

son los aspectos psicológicos en que se dividen las virtudes, es decir la forma identificable en la que se manifiesta una virtud humana.

Estas veinticuatro fortalezas seleccionadas por dichos investigadores representan el legado de la humanidad. Son la base en la que cimentar el crecimiento y la efectividad personal, el bienestar y el desarrollo de las potencialidades. Todas las personas en mayor o menor medida poseen fortalezas en su personalidad. Se trata de conocerlas y ampliarlas. Su desarrollo, entre otras bondades, favorece la prevención de trastornos mentales y conduce hacia la autenticidad. (Gili, 2015)

VARIABLE DEPENDIENTE:

- DEPRESIÓN

#### **2.6.4 DEPRESIÓN**

“La depresión infantil es un tema de actualidad por su relativa frecuencia e impacto socio-sanitario, y constituye una amenaza potencial para la vida de las personas que la padecen si no es identificada y tratada a tiempo. La depresión en la edad adulta está asociada con la depresión en la infancia y en la adolescencia, por lo que, en la actualidad, se da prioridad a la detección precoz de la sintomatología depresiva en la población infantil” Najman, (2008) (como se citó en Bernaras, et al., 2013).

“La presencia de la depresión a edades tempranas se ha relacionado con problemas en el ajuste psicosocial, presentando los niños con sintomatología depresiva dificultades en el ámbito familiar, escolar y en las relaciones con los compañeros” Levendosky, Okun, Parker, (1995) (como se citó en Bernaras, et al., 2013).

El entorno escolar es uno de los espacios donde los niños pasan la mayor parte del día, no obstante, la falta de conocimiento de los docentes con respecto a los

trastornos depresivos puede dar lugar a que los niños con dicha sintomatología no sean diagnosticados a tiempo y, en consecuencia, los síntomas tempranos que enmascaran la depresión se vayan afianzando. Por esta razón, los centros escolares se convierten en contextos privilegiados para llevar a cabo iniciativas de identificación y de prevención de la depresión infantil. (Bernaras, et al., 2013)

“La Organización Mundial de la Salud afirma que la depresión es hoy en día la segunda causa de enfermedad entre la población de 15 a 44 años de edad para ambos sexos (OMS, 2011), y diversos estudios indican que la perspectiva evolutiva es un elemento a tener en cuenta en el estudio de la depresión” Cicchetti, Rogosch, Toth, (1994); Compas, Hinden, Gerhardt, (1995) (como se citó en Bernaras, et al., 2013).

“El comienzo de los trastornos depresivos mayores suele producirse entre los 11 y los 12 años de edad, aunque el inicio de la sintomatología depresiva menos severa se observa principalmente hacia los 7 y los 8 años” Del Barrio, 2000; Kovacs, Freinberg, Crouseovak, Paulauskas, Filkenstein, (1984) (como se citó en Bernaras, et al., 2013).

En cuanto a las posibles diferencias en función de la edad y el sexo, son varios los estudios que evidencian una mayor prevalencia de síntomas depresivos en niños que en niñas de edades comprendidas entre los 6 y los 12 años como los de López Soler y López-Pina, (1998); Torres, (1992); Vinaccia, (2006) (como se citó en Bernaras, et al., 2013). No obstante, se encontró a partir de los 12 años la incidencia es mayor en las chicas. En la investigación realizada por Torres (1992) (como se citó en Bernaras, et al., 2013), el 4.7% de los participantes de entre 8 y 10 años presentaba sintomatología depresiva severa, mientras que en el caso de los escolares de entre 11 y 12 años ese porcentaje se reducía al 2.5%. Si además se atendía al sexo de los participantes, los resultados indicaban que los varones más jóvenes (8-10 años) presentaban niveles más altos de depresión (4.7%) que las niñas (3%) y que los participantes de mayor edad (11-12 años) (2.5%). En otra investigación realizada con población clínica y que contaba con niños de edades

comprendidas entre los 8 y los 12 años, hallaron tres trastornos internalizantes que variaban en función del sexo: los niños presentaban una mayor prevalencia de problemas afectivos y de ansiedad, mientras que las niñas principalmente mostraban quejas somáticas. López, Alcántara, Fernández, Castro, López-Pina, (2010) (como se citó en Bernaras, et al., 2013).

Cabe mencionar que en el contexto escolar, el estudio de la relación entre la sintomatología depresiva y el rendimiento académico despierta un gran interés en autores como Herman, Lambert, Reinke y Ialongo, (2008) (como se citó en Bernaras, et al., 2013); Lehtinen, Räikkönen, Heinonen, Raitakari y Keltikangas-Järvinen, (2006) (como se citó en Bernaras, et al., 2013). En este sentido, la oficina regional Europea de la Organización Mundial de la Salud recientemente ha publicado un estudio sobre el impacto de la salud y de las conductas saludables en el rendimiento escolar (Suhrcke y de Paz Nieves, 2011) (como se citó en Bernaras, et al., 2013). En ese documento se reconoce que los problemas de depresión y de ansiedad tienen un efecto negativo y significativo sobre los resultados educativos a corto y largo plazo. Los niños con síntomas depresivos difícilmente pueden concentrarse en sus estudios y les resulta difícil obtener unas buenas calificaciones (Cole, 1991; Patterson y Stoolmiller, 1991; Roeser, van der Wolf y Strobel, 2001) (como se citó en Bernaras, et al., 2013), aumentando este hecho su sentido de incapacidad tanto social como académico (autoconcepto académico negativo). Aunque el estado anímico de los niños puede interferir en su rendimiento académico (Roeser, 2001) (como se citó en Bernaras, et al., 2013), también es cierto que el bajo rendimiento escolar constituye un factor de riesgo para sufrir depresión (Herman, Lambert, Ialongo y Ostrander, 2007) (como se citó en Bernaras, et al., 2013), ya que el desempeño académico pobre alimenta el autoconcepto negativo que el niño va forjándose como estudiante en sus años escolares. Además, existen estudios que afirman que el riesgo de depresión es acumulativo, puesto que los fracasos escolares del estudiante contribuyen a incrementar su percepción de falta de competencia (Cole, 1990) (como se citó en Bernaras, et al., 2013). De hecho, el autoconcepto académico ha sido identificado como un predictor del rendimiento académico (Marsh y Hau, 2003) (como se citó

en Bernaras, et al., 2013). Existe un acuerdo generalizado que indica que tanto los niños como los adolescentes con sintomatología depresiva tienen una autoestima más baja que aquellos que no están deprimidos (Bos, Huijding, Muris, Vogel y Biesheuvel, 2010; Kaslow, Brown y Mee, 1994; Orth, Robins y Roberts, 2008) (como se citó en Bernaras, et al., 2013).

Orth, Robins y Meier (2009) (como se citó en Bernaras, et al., 2013), basándose en tres estudios longitudinales con muestra no clínica, concluyen que la baja autoestima y la depresión tienen una relación directa, y rechazan la hipótesis de la amortiguación de la autoestima, según la cual los efectos de las situaciones estresantes en la depresión son mayores para los individuos con baja autoestima. (Hammen, 2005; Metalsky, Joiner, Hardin, Abramson, 1993) (como se citó en Bernaras, et al., 2013).

Respecto a los problemas de relación, los niños que no son aceptados socialmente por sus iguales son más propensos a sufrir la soledad y a manifestar un estado de ánimo depresivo (Brendgen, Vitaro, Turgeon y Poulin, (2002); Kochenderfer y Ladd, (1996); Sletta, Valas, Skaalvik y Sobstad, (1996) (como se citó en Bernaras, et al., 2013). Cabe señalar que diversos estudios longitudinales han confirmado que las dificultades en las relaciones sociales contribuyen significativamente a la predicción de la depresión infantil (Cole, 1991; Patterson y Stoolmiller, 1991) (como se citó en Bernaras, et al., 2013). En esta misma línea, estudios longitudinales más recientes (Katz, Conway, Hammen, Brennan y Najman, 2011; Qualter, Brown, Munn y Rotenberg, 2010) (como se citó en Bernaras, et al., 2013) han verificado que los problemas de relación entre iguales en la infancia predicen la sintomatología depresiva en esa etapa, y también en la edad adolescente. Basándonos en el modelo conductual de Lewinsohn (1974) (como se citó en Bernaras, et al., 2013) ahí explica que las personas deprimidas no reciben suficiente refuerzo positivo de los demás ello debido a que sus habilidades en su área social son desacertadas para las relaciones interpersonales. Este déficit en las relaciones sociales conlleva la disminución de actividades placenteras, lo que a su vez refuerza el estado depresivo. No obstante, algunos investigadores han



encontrado que los déficits en las habilidades sociales son consecuencias y no causas de la depresión (Cole y Milstead, 1989) (como se citó en Bernaras, et al., 2013). Otros estudios señalan que el estrés social puede ser la consecuencia de las relaciones negativas con los iguales (rechazo social) durante la infancia (Boivin, Hymel y Bukowski, (1995); Nangle, Erdley, Newman, Mason, y Carpenter, (2003) (como se citó en Bernaras, et al., 2013). Por otra parte, Flook, Repetti y Ullman (2005) (como se citó en Bernaras, et al., 2013) trataron de aportar una explicación global a los efectos de la sintomatología depresiva en el contexto escolar. Estos autores analizaron la asociación entre las relaciones con los iguales, el rendimiento académico y los síntomas internalizantes, y concluyeron que el desarrollo social, cognitivo y emocional están interrelacionados ( Flook, Repetti, Ullman, 2005) (como se citó en Bernaras, et al., 2013).

“Por lo tanto, la depresión afecta a todas las áreas del funcionamiento humano (cognitivo, emocional, somático y comportamental), y representa un importante problema de salud en la etapa infantil, que puede repercutir en el ámbito educativo y, posteriormente, en la etapa adulta” (Bernaras et al., 2013).

En relación a la presencia de depresión en niños(as) y adolescentes y como esto interfiere en el contexto educativo durante muchos años se creyó que los adolescentes y los niños, no fueron afectados por la depresión, ya que supuestamente este grupo de edad no tenía problemas existenciales. Hoy, reconocemos que los niños(as) y adolescentes son tan susceptibles a la depresión en la edad adulta y que este es un trastorno que debe ser tomado en serio en todos los grupos de edad. En las últimas décadas se produjo un aumento en el número de casos de depresión en niños(as) y adolescentes.

Los preadolescentes se enfrentan a muchas situaciones nuevas y las presiones sociales que favorecen a las condiciones propias de presentar fluctuación estado de ánimo y cambios significativos en el comportamiento.

Algunos, sin embargo, más sensibles y sentimentales, francamente pueden

desarrollar depresión con síntomas notables de descontento, la confusión, la soledad, la incompreensión y actitudes rebeldes. Esta imagen puede indicar depresión, aunque los sentimientos de tristeza no son los más obvios.

Todos los seres humanos están familiarizados con las emociones de alegría y tristeza. Las personas sanas experimentan estas emociones de una manera predecible, por lo general una respuesta a un estímulo externo. Estas emociones son experimentadas por los individuos sanos, en cierta medida y por un período de tiempo adecuado a la situación.

Las personas que sufren de depresión experimentan una profunda tristeza al parecer no guardan relación con los estímulos externos durante un largo período.

La depresión es una reacción a la pérdida, un evento que ocurrió en el pasado; la tristeza y la depresión pueden estar asociados, aunque tienen muchas características en común son diferentes sentimientos. (Antonini, 2013)

“En tanto observado la misma angustia interna, la misma pérdida de interés en un mundo seco, vacío, el mismo aislamiento de otras personas, la misma soledad y la misma sensación de vacío interior” (Lipovetsky, 2000).

### **2.6.5 TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO**

Los trastornos del ánimo son un grupo heterogéneo y prevalente de enfermedades médicas multisistémicas, que se manifiestan con grados variables de depresión, euforia o irritabilidad y se asocian a un significativo deterioro físico y social. Considerando la demostrada eficacia de los tratamientos actuales, resulta paradójico que muchos pacientes permanezcan subdiagnosticados y subtratados, pese al profundo nivel de discapacidad y el gran uso de los recursos de salud general que puede acompañar a estos trastornos.

Los trastornos del ánimo se manifiestan clínicamente a nivel de:

- las emociones (sentimientos o sensaciones subjetivas),
- la conducta (actitudes o formas de actuar en la vida cotidiana)
- el funcionamiento neurovegetativo (funciones y ritmos biológicos básicos).

En años recientes, diferentes corrientes de la psiquiatría han convergido, alcanzando substanciales consensos, que se han ido plasmando en los rigurosos sistemas nosológicos actualmente en vigor en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV; y Clasificación Internacional de Enfermedades, ICD-10.

### **Animo, afecto y episodio anímico**

El ánimo es el estado mantenido de emocionalidad interna de una persona, mientras que el afecto es la expresión externa de un cierto contenido emocional en un momento dado. Es normal experimentar un amplio rango de ánimos y afectos, respondiendo a condicionantes externos e internos. Generalmente existe la capacidad de controlar sus manifestaciones; cuando el ánimo de una persona se enferma y se produce un episodio anímico, existe una pérdida de esa sensación de control, aparece aflicción subjetiva, alteraciones neurovegetativas y cambios persistentes en la capacidad funcional del individuo. Por lo general, el individuo retorna a su normalidad anímica, una vez superado el episodio.

Cambios en algunos aspectos emocionales, como la tristeza durante un duelo o la aflicción subjetiva en momentos difíciles o de cambio, no constituyen necesariamente enfermedad. Por otra parte, es común que se trivialice o minimice la existencia de alteraciones patológicas del ánimo. Aún existe escepticismo acerca de la naturaleza médica de los trastornos del ánimo, aunque esté demostrado que son enfermedades sindromáticas, recurrentes, heredables y altamente tratables con tratamientos somáticos eficacia terapéutica que se potencia al asociar tratamiento psicoterapéutico.

Un episodio anímico puede ser de elevación patológica episodios de manía e

hipomanía o de caída o disminución patológica del ánimo episodio depresivo mayor y distímico.

La naturaleza del episodio presente y la de eventuales episodios anímicos previos, determinan qué tipo de trastorno del ánimo sufre un individuo.

## **Definiciones**

### **Episodio depresivo**

El episodio depresivo se manifiesta con:

#### **Síntomas emocionales:**

- Ánimo deprimido o triste y/o irritabilidad gran parte del día, casi todos o todos los días.
- Pérdida de interés, motivación o placer (anhedonia) en las actividades que antes disfrutaba incluida la vida sexual.
  
- Sentimientos de culpa exagerados y baja autoestima.
  
- Pesimismo y desesperanza que a menudo lleva a ideas de muerte y a pensamientos o acciones suicidas.

#### **Síntomas conductuales:**

Alteraciones de la actividad psicomotora que puede ir desde la agitación severa hasta el inmovilismo catatónico y Síntomas vegetativos:-aumento o disminución del apetito con o sin cambio de peso; aumento o disminución del sueño; fatiga o falta de energía; dificultad para concentrarse, para recordar o tomar decisiones.

A menudo, la persistencia del síndrome depresivo lleva a retraimiento social,

disminución de la actividad normal y de la productividad, pudiendo llegar a un total abandono de sí mismo en los casos más severos.

Con cierta frecuencia los síntomas depresivos se encuentren enmascarados tras dolores persistentes o crónicos, que no tienen una clara explicación o que no responden a los tratamientos habituales.

**Episodio depresivo mayor.** Se define por la presencia de al menos cinco síntomas, uno de los cuales debe ser ánimo deprimido o anhedonia, por espacio de dos semanas o más.

**Trastorno distímico.** Deben coexistir un ánimo levemente deprimido en forma crónica (dos o más años) y, al menos, tres síntomas adicionales, no requiriéndose un deterioro funcional marcado para hacer el diagnóstico.

### **Episodio maniforme**

Un episodio de elevación patológica del ánimo se manifiesta con:

#### **Síntomas emocionales:**

- Ánimo eufórico, expansivo o irritable en forma persistente e inapropiada
- Autovaloración u optimismo exagerados o clara grandiosidad

#### **Síntomas conductuales:**

- Verborrea y lenguaje apresurado.
- Aceleramiento del pensamiento que se manifiesta como ideofugalidad.
- Distraibilidad.

- Aumento de la actividad orientada a objetivos o intencionada o aumento de la actividad psicomotora, pudiendo llegar a la agitación.

- Involucramiento excesivo en actividades placenteras y potencialmente riesgosas frecuentes indiscreciones y juicios sociales inadecuados sumado a conductas impulsivas.

### **Síntomas vegetativos:**

- Disminución de la necesidad de dormir pudiendo llegar a ausencia de sueño espontáneo por varios días consecutivos o incluso semanas, a menudo con la sensación de aumento significativo de la energía corporal y sexual y cambios en el apetito.

**Episodio maníaco.** Requiere de la presencia de al menos cuatro síntomas, debe incluir ánimo elevado o irritable y debe persistir por una semana o más, causando marcado deterioro funcional.

**Episodio hipomaníaco.** Difiere de la manía en que los síntomas son más leves, pueden persistir sólo por cuatro días y no debe haber un marcado deterioro funcional.

### **Episodios mixtos**

La presencia simultánea de síntomas depresivos mayores y maníacos define el episodio "mixto", antes también llamado "manía disfórica".

Los episodios de manía, mixtos o depresivos mayores severos, pueden alcanzar suficiente gravedad y presentar síntomas psicóticos alucinaciones, ideas delirantes o alteraciones en el curso del pensamiento.

La presencia de psicosis durante episodios anímicos mayores es sólo un índice de

severidad pudiendo sugerir un curso y evolución determinados que tiene importantes implicaciones terapéuticas, pero no constituye cuestionamiento al diagnóstico de trastorno del ánimo.

### **Formas clínicas**

Los trastornos del ánimo se dividen en trastornos depresivos y trastornos bipolares antes llamados maníaco-depresivos.

Un episodio depresivo mayor, puede ocurrir en el contexto de un: "trastorno depresivo mayor, episodio único" o "recidivante", según corresponda; o, alternativamente, ser manifestación de un "trastorno bipolar", si en el pasado ha presentado al menos un episodio de manía o mixto trastorno bipolar I o de hipomanía sin historia de episodios mixtos o maníacos trastorno bipolar II.

### **Epidemiología**

#### **Prevalencia**

Los trastornos del ánimo afectan a individuos de todas las edades y pertenecientes a todos los grupos sociales y étnicos. Son altamente prevalentes en la población general, llegando en algunos estudios a prevalencias de más del 10%. En el contexto de la consulta médica general las tasas de prevalencia para episodio depresivo mayor sobrepasan el 15%. El riesgo de sufrir un trastorno bipolar durante la vida es de alrededor de un 1% y es equivalente para hombres y mujeres.

**Sexo.** El riesgo de sufrir un episodio depresivo mayor durante la vida de la mujer es de por lo menos un 25%, según estudios en el mundo industrializado. Este riesgo es el doble del observado para los hombres, sin que exista una explicación sólida para tal diferencia. El 10% de las mujeres sufre un episodio depresivo mayor durante el puerperio.

**Edad.** Los trastornos depresivos mayores y los bipolares pueden comenzar en niños o ancianos, pero más del 50% de los casos lo hace entre los 20 y los 50 años.

**Impacto.** En los EEUU, el trastorno depresivo mayor produce más discapacidad social y física que la mayoría de las enfermedades crónicas más prevalentes enfermedades pulmonares, artritis, hipertensión arterial y diabetes, generando un mayor costo en camas hospitalarias y disminución de la productividad laboral.

El trastorno depresivo mayor se ubica sólo debajo de la patología cardiovascular severa en este respecto.

**Mortalidad.** La mortalidad por suicidio alcanza al 15-30% en los trastornos depresivo mayor y bipolar. Más del 60% de los casos de suicidios en la población general estaban cursando un episodio depresivo mayor. La mortalidad por muerte natural y por otras causas también se encuentra elevada en la población con trastornos del ánimo, pero los datos son algo confusos debido a una suerte de encubrimiento por la comorbilidad médica. Ilustrando lo anterior, estudios recientes en USA muestran que la mortalidad acumulada en los 6 meses después de un infarto miocárdico sube desde menos de un 3% en el paciente eutímico (ánimo normal), hasta más del 15% cuando existe depresión mayor concomitante. Varios estudios sugieren que cuando existe comorbilidad con otra patología médica, la falta de resolución del trastorno del ánimo ensombrece el pronóstico de ésta.

**Acceso a tratamiento.** Más de 2/3 de los trastornos depresivos mayores sólo son diagnosticados después de 1 año de evolución. Estudios en USA muestran que un 60% de los casos de trastorno depresivo mayor recidivante, que han persistido clínicamente deprimidos por 1 año o más, no recibieron tratamiento adecuado.

La situación es obviamente más sombría para formas menos refractarias del trastorno.



## **Etiología**

La causa precisa de los trastornos del ánimo no es conocida, pero existe abundante información que muestra que en su génesis participan factores biológicos y psicosociales.

Aunque separados en forma artificial, ya que existen claras evidencias de la interacción entre ellos, los factores biológicos, psicológicos y ambientales se conjugan con una ponderación variable y propia de cada sujeto afectado, condicionando la aparición de episodios anímicos específicos en diferentes momentos de la vida.

Así, un individuo con gran carga genética podría manifestar la enfermedad incluso con una modesta contribución psicosocial y viceversa.

## **Aspectos biológicos**

**Factores genéticos.** El trastorno depresivo mayor es 1,5 a 3 veces más frecuente en los familiares de primer grado de las personas con este trastorno que en la población general. También en estos familiares existe un riesgo aumentado de trastorno distímico, dependencia al alcohol en familiares adultos y de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en sus hijos.

Los familiares de primer grado de pacientes con trastorno bipolar I presentan tasas aumentadas de trastorno bipolar I, trastorno depresivo mayor hasta un 24 % para ambas patologías y trastorno bipolar II hasta un 5%. Una situación similar se observa con los familiares de primer grado de los sujetos con trastorno bipolar II, siendo mayores las tasas para el mismo trastorno, seguido por los trastorno bipolar I y trastorno depresivo mayor. Los familiares de primer grado de pacientes ciclotímicos sufren de trastorno depresivo mayor y bipolar I o II con mayor frecuencia que la población general.

La tasa de concordancia para trastorno bipolar es de aproximadamente un 19% en mellizos dicigóticos pero alcanza un 79% en gemelos monocigóticos. Estudios de adopción han mostrado una mayor prevalencia de trastornos del ánimo entre los familiares biológicos de pacientes con trastorno bipolar, pero no en sus familiares adoptivos.

Avances recientes de mapeo genómico humano y análisis de ligación genética han aumentado la probabilidad que se determine la base genética del trastorno bipolar. La probable heterogeneidad genética de los trastornos del ánimo sugiere un modo complejo de herencia y la posibilidad de que varios genes contribuyan a la vulnerabilidad individual para sufrirlos.

Análisis de hermanos afectados por trastorno bipolar y estudios que incluyen numerosas familias con alta prevalencia de trastornos del ánimo, encontraron evidencias de la existencia de un gen de susceptibilidad ubicado en el cromosoma 18. Otras investigaciones han encontrado un comienzo más temprano o mayor gravedad de la enfermedad en generaciones posteriores "anticipación" genética en al menos un subgrupo de familias afectadas por trastorno bipolar.

En otras enfermedades, la anticipación genética es causada por la expansión de secuencias inestables de DNA, generalmente a través del padre, fenómeno que ha sido también observado en algunas familias bipolares.

**Factores neuroquímicos.** En la década de los 60 surgieron formulaciones teóricas sobre los mecanismos neuroquímicos subyacentes a los trastornos del ánimo, en relación a los efectos antidepressivos de los agentes tricíclicos y de los inhibidores de la monoaminoxidasa, ambos descubiertos fortuitamente. Estos hallazgos, sumados al dramático efecto depresógeno de la reserpina, condujo a la hipótesis de déficit o exceso de aminas biogénicas para explicar depresión o manía, respectivamente.

Un vasto número de estudios han comunicado varias anormalidades en productos

metabólicos de la serotonina, dopamina y norepinefrina, en sangre, orina y líquido cefalorraquídeo de pacientes con trastornos del ánimo.

Luego de tres décadas de investigación, que han incluido aspectos del funcionamiento cerebral, sistemas de neurotransmisores y sus metabolismos, fisiología de receptores y los mecanismos de transducción de señales intracelulares, se han ido plasmando hipótesis más complejas que involucran la interacción, a diferentes niveles de varios sistemas de neurotransmisión.

-Factores presinápticos incluyen la regulación de los niveles y la captación de precursores de neurotransmisores y la síntesis, almacenamiento, liberación, recaptura, y degradación de neurotransmisores.

-Los factores postsinápticos incluyen la regulación de la función y unión a receptores, acoplamiento de los receptores y de las proteínas G, sistemas de segundos mensajeros y de fosforilación de proteínas, liberación de calcio intracelular, regulación de canales iónicos, expresión génica, síntesis proteica y otras funciones celulares.

Todos los antidepresivos elevan, a través de diversos mecanismos, la concentración de monoaminas o serotonina a nivel sináptico, fenómeno que ocurre de inmediato. La demora observada en el comienzo de la respuesta clínica para todos los agentes antidepresivos conocidos, sugiere que alteraciones compensatorias de los receptores a ambos lados de la hendidura sináptica tienen mayor relevancia que el aumento agudo en la disponibilidad de neurotransmisores.

Una disminución en la sensibilidad de los receptores beta-adrenérgicos postsinápticos parece ser común a virtualmente todos los tratamientos antidepresivos eficaces. Se ha propuesto que también serían relevantes cambios de sensibilidad en receptores postsinápticos serotoninérgicos, como también receptores presinápticos adrenérgicos tipo alfa 2, estos últimos involucrados en el

control de la liberación tanto de norepinefrina como serotonina presináptica. La existencia de antidepresivos puramente noradrenérgicos (desipramina o maprotilina), otros puramente serotoninérgicos (paroxetina) e incluso algunos dopaminérgicos (nomifensina, bupropión o amineptino), ha llevado a plantear sendas hipótesis con particular énfasis en un determinado sistema de neurotransmisión. Otras evidencias sugieren que una hiperreactividad del sistema colinérgico o una hipoactividad del sistema GABAérgico tendrían papeles etiopatogénicos significativos en el trastorno depresivo mayor. De cualquier forma, parecen ser consustanciales a la actividad antidepresiva los cambios beta-adrenérgicos postsinápticos, cambios presinápticos de autoreceptores alfa-adrenérgicos y serotoninérgicos y aparentemente una transmisión serotoninérgica aumentada.

La abundante información sobre neurotransmisores y sus metabolitos en orina, plasma y líquido cefalorraquídeo, como también las mediciones de receptores adrenérgicos o serotoninérgicos periféricos, ha generado datos a menudo contradictorios, por lo que una cabal comprensión de los mecanismos neuroquímicos presentes en los trastornos del ánimo es un desafío para el futuro. A pesar de los significativos avances en nuestro entendimiento de los mecanismos fisiológicos y moleculares que gobiernan la neuroquímica cerebral, hasta la fecha no se dispone de un procedimiento de laboratorio que permita "diagnosticar" o subtipificar clínicamente los trastornos del ánimo. Tampoco es posible que alguna prueba biológica permita guiar la elección del tratamiento más apropiado para pronosticar su eficacia.

**Factores neuroendocrinos.** Las manifestaciones neurovegetativas observadas en los trastornos del ánimo pueden ligarse a los centros hipotalámicos que gobiernan la ingesta de alimentos, la libido y los ritmos circadianos. Abundantes investigaciones han intentado detectar y ligar endocrinopatías subclínicas con los trastornos del ánimo.

El hipercortisolismo ha sido un consistente hallazgo por más de 3 décadas en

pacientes con trastorno depresivo mayor, muchos de los cuales tienen respuestas alteradas al factor hipotalámico liberador de corticotrofina y al test de supresión con dexametasona. Múltiples estudios han demostrado similares alteraciones en otras enfermedades (trastornos alimentarios, alcoholismo, trastornos psicóticos, etcétera), restándole especificidad y valor clínico.

Por otra parte, es posible detectar hipotiroidismo subclínico y una respuesta anormal de TSH a TRH en un importante subgrupo de pacientes con trastorno depresivo mayor. Además, algunas formas del trastorno bipolar en la mujer se asocian a alteraciones detectables del sistema tiroideo, particularmente cuando existen ciclos rápidos, disforia prominente y una respuesta pobre a los tratamientos habituales, como también algunos cuadros depresivos del puerperio.

Aunque los hallazgos descritos sugieren un mal funcionamiento hipotalámico y que otros estudios apuntan a alteraciones hipofisarias, la interacción exacta entre factores neuroendocrinos y los sistemas de neurotransmisión cerebral, está aún lejos de ser entendida con claridad. Desafortunadamente, los valiosos aportes que estos estudios han hecho al desarrollo actual de la neurociencia, tienen aún una limitada relevancia clínica.

**Factores cronobiológicos.** Existen evidencias que sugieren que los trastornos del ánimo se acompañan de alteraciones en los ritmos circadianos, incluyendo la temperatura corporal y hormonas como el cortisol, la melatonina y la hormona del crecimiento. Sin embargo, no es claro si estas alteraciones tienen un papel etiopatogénico, gatillador de episodios o son sólo epifenómenos, por lo que su aporte como marcadores diagnósticos, terapéuticos o pronósticos aún no se refleja en la realidad clínica. En la arquitectura del sueño de muchos pacientes se ha demostrado un acortamiento en la latencia del período de movimientos oculares rápidos (REM) durante un episodio depresivo mayor. Además, se ha constatado un sueño superficial, a menudo no reparador, con una disminución neta de las etapas tres y cuatro. Se ha demostrado que la privación de sueño tiene capacidades antidepresivas agudas, que se pierden al dormir. Por otra parte, la privación de

sueño prolongada es un factor gatillante de episodios de elevación anímica patológica en individuos vulnerables.

### **Factores neurobiológico-conductuales**

Los trastornos del ánimo evolucionan, en la mayoría de los casos, con recidivas episódicas de depresión mayor o manía, siendo el curso natural de la enfermedad de un empeoramiento progresivo de la calidad de vida. La recurrencia de episodios probablemente no es aleatoria. A menudo los episodios anímicos mayores se hacen más frecuentes con el tiempo, lo que ha llevado a postular una suerte de sensibilización conductual en los trastornos del ánimo. La sensibilización conductual ha sido descrita en respuesta a la estimulación repetida con estimulantes, como cocaína y anfetamina, o con impulsos eléctricos y se refiere a un aumento en la respuesta conductual, requiriéndose de dosis o estimulaciones cada vez menores para producir un mismo efecto. El fenómeno electrofisiológico conocido como "kindling" aumento progresivo de la respuesta y reactividad eléctrica del cerebro al ser estimulado repetidamente, es homologado al curso natural de los trastornos del ánimo en el sentido que estresores psicosociales, generalmente presentes como gatilladores de episodios al comienzo de la enfermedad, se hacen progresivamente menos relevantes en episodios subsecuentes.

Así, luego de varios episodios anímicos mayores durante la vida, estos comienzan a desencadenarse espontáneamente, sin que medien estresores ambientales significativos. El modelo basado en el kindling de las convulsiones límbicas, vía sensibilización de sustratos orgánicos, podría dar cuenta de muchos aspectos del curso de los trastornos del ánimo, incluyendo la posible predisposición generada por experiencias estresantes tempranas en la vida, el empeoramiento gradual de los episodios anímicos según progresa el trastorno, el acortamiento progresivo de la latencia entre el comienzo de un episodio y el momento de su máxima severidad, la progresiva aceleración en la frecuencia de los ciclos y la gradual aparición de autonomía y espontaneidad de la enfermedad. En sus etapas

avanzadas resulta muy sugerente que la forma más recidivante y probablemente más severa de trastorno anímico, el trastorno bipolar, sea tratado efectivamente sólo por un par de agentes terapéuticos: las sales de litio, capaces de bloquear algunas formas de sensibilización conductual, y los fármacos anticonvulsivantes como la carbamazepina y el ácido valproico.

### **Aspectos psicosociales**

Desde comienzos de siglo se han ido gestando modelos psicológicos que intentan explicar la etiología y las manifestaciones de la enfermedad anímica. Los enfoques psicodinámicos tempranos tendieron a ver la depresión como una intensa fijación en la etapa oral del desarrollo psicosexual. Luego, el pensamiento freudiano, elaborando esta y otras ideas, propondría que pérdidas reales o fantasiosas de una persona "objeto" ambivalentemente amada, llevan a un estado regresivo con introyección y rabia hacia el objeto perdido, resultando en sentimientos autodespreciativos y de culpa. Sin embargo, la visión de la depresión como agresividad autodirigida es controversial y otros enfoques psicodinámicos tienden a separar agresión de depresión y a ver como problemas primarios de esta última, la incapacidad de alcanzar expectativas personales idealizadas y una baja en la autoestima.

A mediados de siglo surgieron teorizaciones, que posteriores estudios clínicos han apoyado, enfatizando la relevancia del vínculo afectivo principal en etapas tempranas de la vida y sus posibles accidentes (separaciones o pérdidas de la figura maternal) y del proceso de separación-individuación, en el desarrollo de depresión.

Alrededor de los años setenta se desarrolló la psicología del self, proponiendo que aquellos individuos que tienen una visión menoscabada de sí mismos y que carecen de "auto-objetos" confortantes, se sienten frecuentemente abrumados, desamparados, inservibles y deprimidos.

Este enfoque explicaría los sentimientos de desolación y vacío, propio de los estados depresivos comúnmente observados en algunos trastornos de personalidad, como los de tipo narcisista y limítrofe o bordilíneo.

Como producto de algunos cambios a nivel teórico y de cierta convergencia entre diferentes corrientes psicodinámicas, se comienza a esbozar un enfoque más amplio de la depresión que considera la presencia de deficiencias significativas del desarrollo particularmente vinculares que dejarían al individuo exquisitamente sensible a los sentimientos de pérdida o privación, los que son remecidos o activados por subsecuentes eventos vitales "psicodinámicamente relevantes". Estos sentimientos reactivados precipitarían episodios de baja autoestima, auto reproche, pérdida de la valoración de sí mismo y desesperanza.

En forma algo paralela, autores como Ellis y Beck sentaron las bases del modelo cognitivo, que identifica a un estilo de pensar negativa y distorsionadamente como el precursor psicológico de la depresión.

Tales visiones distorsionadas de sí mismo, del entorno y del futuro, habrían sido aprendidas tempranamente en la vida y mantenidas como "errores" cognitivos típicos del individuo depresivo, causando desesperanza y desamparo al enfrentar situaciones vitales difíciles.

Por último, el enfoque conductual usa la teoría del aprendizaje y se afirma en la psicología experimental para proponer que la depresión surge de la exposición del individuo a un inadecuado balance entre refuerzos positivos y negativos.

El modelo de la "desesperanza aprendida", plantea que la exposición a estímulos aversivos inevitables y la pérdida de control sobre experiencias que refuerzan positivamente, termina por generar pasividad y desamparo, reacción que tiende a repetirse en el futuro frente a estresores similares.

Más allá de las diferentes teorizaciones sobre las bases psicológicas de los



trastornos del ánimo, se ha observado una cierta vulnerabilidad a desarrollar depresión clínica en individuos con alteraciones de la personalidad, particularmente aquellos con un estilo muy perfeccionista, inflexible o rígido, y los emocionalmente muy dependientes.

### **Diagnóstico y otros aspectos clínicos**

El diagnóstico de un trastorno del ánimo requiere la identificación de estados o episodios anímicos, los que pueden presentarse nítidamente como una elevación o caída patológica del ánimo o bien, como ocurre a menudo, entremezclado con irritabilidad y ansiedad.

### **Síndrome depresivo**

Las dicotomías endógena-reactiva y neurótica-psicótica han sido abandonadas y hoy tiende a prevalecer un enfoque biopsicosocial, en el contexto del cual, una vez alcanzados los criterios para un episodio de depresión mayor, las disquisiciones sobre endogenicidad o reactividad, son menos relevantes.

Hoy se dispone de especificaciones aplicables a los trastornos del ánimo destinadas a aumentar la especificidad diagnóstica, las que proporcionan subgrupos más homogéneos y facilitan la determinación de tratamientos y pronósticos. Estas especificaciones se refieren a gravedad, psicosis, remisión o cronicidad. También estipula la presencia de síntomas melancólicos típicamente despertar precoz angustioso, anorexia, alteración psicomotora severa y fundamentalmente pérdida de la habilidad para experimentar placer; catatónicos cuadro clínico dominado por profunda alteración motora y negativismo extremo; o atípicos síntomas ansiosos, reactividad anímica e inversión de los síntomas vegetativos típicos como hipersomnia e hiperfagia.

Es también relevante distinguir los trastornos del ánimo con patrón estacional habitualmente episodios depresivos leves a moderados con síntomas vegetativos

invertidos y fatiga o falta de energía, que ocurren regularmente en otoño o invierno o con inicio en el postparto.

El trastorno distímico es visto hoy con mayor interés al demostrarse su significativo impacto psicosocial y por su asociación frecuente con episodios depresivos mayores sobreimpuestos depresión doble.

### **Trastornos secundarios del ánimo**

Otra subclasificación relevante de los trastornos del ánimo es aquella que los divide en primarios y secundarios. Los trastornos del ánimo se identifican como secundarios:

1.-Cuando son debidos a una enfermedad médica no psiquiátrica, en la cual la alteración anímica se considera producto de efectos fisiológicos directos de dicha enfermedad.

2.-Cuando son inducidos por una sustancia droga, medicamento, exposición a un tóxico, etcétera.

El trastorno del ánimo secundario puede presentarse con síntomas depresivos (con o sin cumplimiento total de los criterios para un episodio depresivo mayor), con síntomas maníacos o con síntomas mixtos. Para hacer un diagnóstico de este tipo se ha de establecer claramente la presencia de la enfermedad médica primaria y su relación etiológica con el trastorno anímico, a través de un mecanismo fisiológico. Los trastornos del ánimo debidos a enfermedad médica de tipo depresivo tienen un riesgo suicida particularmente alto, especialmente en enfermedades crónicas, incurables y dolorosas.

Las enfermedades médicas que pueden causar alteraciones anímicas son muchas. Entre las más importantes se incluyen las enfermedades neurológicas degenerativas, patología vascular cerebral, enfermedades metabólicas, endocrinas

y autoinmunes, como también cuadros infecciosos y algunos tipos de cáncer como lo demuestra la asociación clínica entre depresión y cáncer pancreático.

Los trastornos del ánimo se consideran inducidos por sustancias sólo cuando se producen en asociación con estados de intoxicación o abstinencia, y se deben distinguir de los trastornos del ánimo primarios, que pueden preceder al inicio del consumo de la sustancia o producirse tras largos períodos de abstinencia. El trastorno del ánimo inducido por sustancias puede cursar con síntomas depresivos, maníacos o mixtos.

Entre las sustancias capaces de inducir trastornos del ánimo por intoxicación se encuentran el alcohol, alucinógenos, estimulantes, inhalantes, opiáceos, sedantes y ansiolíticos. Otros medicamentos que pueden provocar síntomas anímicos significativos son anestésicos y analgésicos, anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihipertensivos, antiparkinsonianos y, en general, todos los medicamentos psicotrópicos. También poseen algún riesgo en este sentido los antiulcerosos, cardiotrópicos, contraceptivos orales, relajantes musculares, esteroides y sulfonamidas. Son particularmente depresogénicos la reserpina y los corticoides.

### **Curso y pronóstico**

Los trastornos del ánimo son altamente recidivantes y su curso natural tiende a ser progresivo en términos de frecuencia y gravedad de los episodios. Más de la mitad de los individuos que presentan un episodio depresivo mayor severo presentan un segundo episodio, probabilidad que se eleva a un 75 y a un 90%, para un tercer y cuarto episodio respectivamente. Luego de un episodio depresivo mayor, cerca de la mitad de los afectados presenta síntomas significativos a un año plazo, y sólo un 40% está completamente libre de trastorno anímico.

Hasta un 10% de los episodios depresivos mayores evolucionan hacia un trastorno bipolar I. Evidencias clínicas sugieren que los episodios depresivos graves a menudo con síntomas psicóticos, especialmente con gran enlentecimiento

psicomotor, y que se manifiestan antes de la tercera década de vida, sugieren un curso bipolar, sobre todo cuando existe historia familiar de bipolaridad. Contribuyen al inicio, persistencia o exacerbación del trastorno depresivo mayor la preexistencia de un trastorno distímico, sobre el que se agrega un episodio depresivo mayor "depresión doble", una resolución parcial del episodio depresivo mayor, la coexistencia de enfermedades médicas crónicas y la dependencia de sustancias.

Alrededor de 2/3 de los pacientes que cursan un episodio depresivo mayor tienen ideas suicidas y hasta un 75% de éstos lleva a cabo algún tipo de acto autodestructivo. De los pacientes con un episodio depresivo mayor que han intentado suicidarse, más de la mitad consuma finalmente el suicidio y al menos el 80% de éstos anuncia sus intenciones suicidas a alguien cercano. En conjunto, los episodios depresivos severos se asocian a tasas de suicidio entre 10 y 20%.

Los trastornos bipolares son aún más recidivantes que los trastornos depresivos. Luego de un primer episodio maníaco, más del 90% de los sujetos presenta otros episodios. Alrededor de 2/3 de los episodios maníacos e hipomaníacos ocurren inmediatamente antes o después de un episodio depresivo mayor. No deben considerarse bipolares aquellos pacientes que presentan elevaciones patológicas del ánimo sólo como consecuencia del uso de antidepresivos.

Sugieren una mejor respuesta al litio la presencia de antecedentes familiares de manía, como la secuencia "manía-depresión-eutimia", la naturaleza más puramente eufórica de los episodios maníacos y un curso estacional.

El trastorno bipolar I evoluciona naturalmente con una frecuencia promedio de 4 episodios por cada 10 años, con disminución progresiva de los intervalos interepisodios.

Hasta un 30% de los trastornos bipolares I y un 15% de los II evolucionan con síntomas crónicos, sin remisión interepisodios y un curso de funcionamiento

psicosocial declinante. Alrededor de un 15% de los trastornos bipolares II se convierten en I y un porcentaje similar de todos los bipolares cursan con ciclos rápidos 4 o más episodios por año. El patrón de ciclos rápidos se asocia a un peor pronóstico.

Los trastornos distímico y ciclotímico comienzan habitualmente en la adolescencia y tienden a tener un curso crónico. Entre un 15 y un 50% de los ciclotímicos evoluciona hacia un trastorno bipolar I o II.

La mortalidad por suicidio llega al 15% de los individuos con trastorno bipolar y con cierta frecuencia los episodios maníacos o mixtos graves cursan con agresividad o conducta violenta.

### **Tratamiento y criterios de derivación**

El mejor conocimiento de la evolución de los trastornos del ánimo y la demostración de su naturaleza altamente recidivante han provocado un desplazamiento del énfasis terapéutico desde el alivio sintomático hacia la detección precoz, la intervención terapéutica enérgica, el tratamiento de mantención y la prevención de recaídas.

Este enfoque busca optimizar la calidad de vida de los afectados en el largo plazo. Así, el tratamiento de los trastornos del ánimo incluye fases aguda, continuada y preventiva.

La evaluación de los trastornos mayores del ánimo debe siempre incluir un estudio de laboratorio básico que incluye hemograma, función hepática, renal y tiroidea, electrolitos y ECG.

Es también recomendable descartar la presencia de tóxicos o abuso de drogas, así como sífilis e infección por el virus del SIDA. En casos calificados, EEG y tomografía o resonancia magnética cerebral ayudan al diagnóstico diferencial.

## **Trastornos depresivos**

El manejo clínico de los trastornos depresivos en su fase aguda debe comenzar con la evaluación de peligro vital que el cuadro pudiera involucrar. Es absolutamente mandatorio realizar un cuidadoso interrogatorio sobre ideación suicida en todo paciente deprimido. Extremo retraimiento, intensa desesperanza o ideas de muerte que se acompañen o no de planes suicidas aunque no parezcan factibles o letales, acciones autodestructivas previas o un inadecuado sistema de apoyo o cuidado familiar, deben motivar la evaluación inmediata por el especialista. Un porcentaje importante de estos casos requiere hospitalización. La presencia de psicosis, síntomas catatónicos u otras formas de compromiso significativo de la integridad fisiológica del paciente, como también el curso recidivante o refractario al tratamiento, representan cuadros que deben ser manejados por un psiquiatra con experiencia.

En el estudio de todo paciente con un trastorno mayor del ánimo se debe descartar un cuadro médico no psiquiátrico subyacente.

Una vez hecho el diagnóstico de un trastorno depresivo mayor, y descartado un cuadro bipolar, se inicia un tratamiento con antidepresivos. Estos pueden ser antidepresivos cíclicos, inhibidores de la monoamino-oxidasa (IMAO) o inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Ningún medicamento puede ser recomendado como óptimo para todos los pacientes. Generalmente se elige un antidepresivo basado en su perfil de efectos colaterales, buscando que estos se adapten de la mejor forma posible a los síntomas y las vulnerabilidades fisiológicas del paciente.

Los antidepresivos sedativos como los tetracíclicos, la mayoría de los tricíclicos y la trazodona, son más apropiados para pacientes ansiosos o insomnes, mientras que aquellos más bien activantes como los ISRS y los IMAO clásicos son una buena elección para el paciente anérgico o apático.

Los tricíclicos poseen un efecto quinidínico sobre el aparato conductor cardiaco, por lo que están contraindicados en algunos pacientes cardiópatas. La historia de uso de antidepresivos en el paciente o familiares cercanos, así como el riesgo de sobredosis suicida, también deben ser considerados en la elección de medicamentos.

La presencia de psicosis obliga al uso combinado de antidepresivos y neurolépticos y se ha sugerido que depresiones con características atípicas responden mejor a IMAO.

La terapia electroconvulsiva es probablemente el tratamiento de elección en episodios depresivos en que no se puede usar antidepresivos, casos refractarios graves, (depresión o manía) pacientes debilitados, embarazadas (sobre todo en el primer trimestre), como también en cuadros graves con psicosis, catatonia o alto riesgo de suicidio.

El tratamiento antidepresivo debe mantenerse por un mínimo de 6 a 7 meses, con lo que se ha demostrado un índice de mejoría cercano al 80%. Ameritan tratamiento de mantención indefinida los trastornos depresivos mayores con varias recidivas, particularmente cuando algún episodio ha sido grave o de alto riesgo vital, o cuando existe una fuerte historia familiar de trastornos del ánimo.

Las razones más comunes de refractariedad al tratamiento de la depresión mayor son la falta de adhesión por parte del paciente, dosis insuficientes o un período demasiado corto de tratamiento antidepresivo. La falta de respuesta a la terapia luego de 4 semanas puede ser abordada ajustando la dosis, usando potenciadores del efecto de los antidepresivos como el litio, los estimulantes y las hormonas tiroideas o combinando antidepresivos que actúan por distintos mecanismos.

Por lo general, los efectos verdaderamente elevadores del ánimo se comienzan a observar a partir de la tercera semana de tratamiento, aunque los signos de normalización vegetativa pueden evidenciarse antes.

El fracaso terapéutico de más de un tipo de antidepresivos, potenciados, combinados y mantenidos adecuadamente, es indicación de terapia electroconvulsiva, la que continúa siendo el método antidepresivo más efectivo y rápido, y a veces también más seguro.

El trastorno distímico puede ser tratado con antidepresivos, también con buena respuesta, requiriéndose tratamientos más prolongados. En el caso de depresiones con curso estacional se ha demostrado la efectividad del tratamiento con luz brillante.

### **Trastornos bipolares**

El episodio depresivo mayor que ocurre en el contexto de un trastorno depresivo mayor no es distinguible clínicamente de uno que ocurre durante el curso de un trastorno bipolar. Sin embargo, es crítico para el adecuado tratamiento hacer la distinción entre ambos, basándose en una cuidadosa historia y en los antecedentes familiares. El manejo clínico del trastorno bipolar es a menudo complejo, requiriendo frecuentes evaluaciones y ajustes terapéuticos, debiendo estar a cargo del especialista familiarizado con el manejo médico de estos pacientes.

Las depresiones bipolares pueden responder al uso exclusivo de litio, pero los casos más graves obligan al uso combinado de antidepresivos y estabilizadores del ánimo. En cuadros bipolares no tratados con estabilizadores del ánimo, el uso de antidepresivos se asocia con vuelcos a manía o hipomanía por lo que no deben utilizarse solos. Algunos estudios sugieren que el uso de antidepresivos puede precipitar un curso de ciclos rápidos, aumentar presentaciones mixtas o manía refractaria.

Los pacientes con trastorno bipolar I o II que presentan un episodio depresivo mayor, deben recibir estabilizadores del ánimo o ajustar sus dosis, si los estuvieran recibiendo profilácticamente. El litio, y en alguna medida los anticonvulsivantes como la carbamazepina, tienen propiedades antidepresivas e



idealmente pudieran ser la única intervención farmacológica, al menos en depresiones bipolares leves.

Es necesario agregar antidepresivos cuando el episodio depresivo "irrumpe" en presencia de tratamiento profiláctico con estabilizadores, o en los episodios más graves. Todos los antidepresivos tienen la propiedad potencial de provocar un vuelco hacia manía, riesgo que es muy alto si no se usan estabilizadores del ánimo concomitantemente. La terapia electroconvulsiva tiene indicación en la depresión bipolar en casos similares a los descritos para el trastorno depresivo mayor.

Los episodios de manía moderada o severa generalmente requieren una intervención urgente, y a menudo hospitalización. El litio, al igual que carbamazepina y ácido valproico, posee capacidades antimaniacas efectivas y son el tratamiento de elección de la manía aguda. Casos muy graves, en que no es posible esperar que comience el efecto terapéutico de los estabilizadores del ánimo, requieren tratamiento combinado de éstos con benzodiazepinas y neurolepticos. El papel de la perturbación del sueño como inductor de manía justifica el uso de sedantes, mientras que los neurolepticos están ciertamente indicados en la primera etapa del tratamiento de manías en etapa III con psicosis.

Ha sido muy bien demostrada la eficacia del litio mayor al 70% en numerosos estudios como agente preventivo o atenuador de las recidivas de manía y depresión en los trastornos bipolares. El impacto del tratamiento profiláctico se traduce en una menor frecuencia, intensidad y duración de los episodios anímicos mayores.

El uso de litio requiere monitorización sistemática de sus niveles plasmáticos, así como de la función renal y tiroidea, ya que es capaz de enlentecer la acción de la hormona tiroestimulante en la tiroides y de la hormona antidiurética en el túbulo distal del riñón. Niveles plasmáticos de litio en el rango de 0,8-1,0 mmol/l son más eficaces, pero se asocian a mayor riesgo de toxicidad que niveles entre 0,6 y 0,7 mmol/l. Niveles inferiores a 0,5 mmol/l probablemente no son efectivos por sí

solos y no tendrían capacidad profiláctica. Carbamazepina y ácido valproico son eficaces antimaníacos y agentes profilácticos de segunda línea. Los episodios mixtos y el curso bipolar con ciclos rápidos podrían ser mejor tratados con anticonvulsivantes que con litio. (Bitrán, 2008)

### **2.6.6 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS**

“Disfunción perjudicial por la cual una conducta es juzgada como atípica, perturbada, inadaptada e injustificable” (Myers, 2005) (como se citó en Universidad de Alicante, 2009).

Criterios fundamentales:

Conducta inadecuada, inaceptable o molesta socialmente.

Conducta inadaptada o perjudicial:

Malestar clínicamente significativo

Interferencia (incapacita, deterioro e interfiere).

Conducta injustificable o irracional.

#### **PERSPECTIVA PRECIENTÍFICA**

Trastornos atribuidos a fuerzas extrañas, como el movimiento de las estrellas, los poderes divinos o los espíritus malignos.

Tratamientos: exorcismos golpear, quemar o castrar, extracción de dientes u otras partes del cuerpo, sangrías, etc.

#### **PERSPECTIVA MÉDICA**

Los trastornos psicológicos son enfermedades mentales se pueden diagnosticar sobre la base de sus síntomas y curarse mediante terapia, que puede incluir un tratamiento en un hospital psiquiátrico o psicofarmacología.

## PERSPECTIVA BIOPICOSOCIAL

Los trastornos psicológicos son producto de la combinación e interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Papalia, D.E.WendkosOlds, (1996) y McGraw-Hill, (2009) (como se citó en Universidad de Alicante, 2009)

Según el DSM-IV-R por trastorno psicológico cabría entender un conjunto de síntomas distintivos que provocan un malestar, discapacidad o riesgo clínicamente significativos para la salud de una persona.

Se emplea el término trastorno psicológico para destacar que se trata de trastornos cuyo origen no es biológico o en todo caso, vienen muy fuertemente determinados por la historia de aprendizajes de esa persona.

Desde la terapia cognitivo-conductual, los trastornos psicológicos vienen ocasionados por historias de aprendizaje disfuncionales o desadaptativas. Estas historias de aprendizaje determinan la forma en la que la persona piensa y se comporta. (Centro de Psicología Aaron Beck de Granada, 2015)

Los trastornos psicológicos desde una visión se pueden observar como la enfermedad mental o como problema de conducta: Cuando los psicólogos de línea cognitivo conductual hablan de conducta: incluyen los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones, que tienen leyes o códigos especiales de condicionamiento, que están acopiadas en la teoría de los marcos relacionales. Entonces es indudable los pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones influyen en nuestro estado y en nuestra felicidad.

La enfermedad del cerebro existe, sería cuando es atacado por virus, tumores, etc.

o cuando por alguna causa física no funciona bien. Estamos hablando de trastornos orgánicos y de algunas enfermedades que se suponen de origen físico, como la psicosis o el trastorno bipolar; aunque no se conocen los procesos que las provocan. En esos casos, la labor del psicólogo viene apoyada por la medicación y una labor fundamental es conseguir que el paciente cumpla las prescripciones de su médico. La labor del psicólogo es, de nuevo, conseguir una mejor calidad de vida para estas personas. Las tareas que se suelen enfrentar con técnicas cognitivas, entrenamiento en habilidades sociales o de aceptación para ayudar al paciente a aceptar su enfermedad y tener una vida más plena.

En otros casos hay discusión sobre si las causas son orgánicas o no, por ejemplo, la depresión. Se habla de que los neurotransmisores se desequilibran y que es la causa de sentirnos deprimidos y comportarnos como tales. El problema, según los biologicistas, es que tenemos una enfermedad mental, porque nuestro cerebro funciona mal. Podría ser, pero hay que tener en cuenta que los neurotransmisores están al servicio de la conducta y que cambian cuando cambiamos nuestra conducta: si nos enfadamos la adrenalina se dispara, si nos deprimimos los neurotransmisores se desequilibran. Hay una categoría diagnóstica la depresión endógena, que separa la depresión reactiva a situaciones concretas de la que se supone que se debe a causas físicas. Esta categoría está ya en desuso porque realmente se ha empleado cuando el profesional no ha encontrado una causa a la que atribuir la depresión.

Los problemas de conducta producen sufrimiento y trastornos psicológicos y son el campo de los psicólogos. Si nos comportamos inadecuadamente. Por ejemplo, queriendo ser perfectos o negándonos a sufrir, nos produciremos problemas psicológicos. Es preciso conocer las leyes que rigen nuestros pensamientos, sentimientos, sensaciones y emociones para no comportarnos de forma que nos hagamos daño a nosotros mismos.

Otra de las causas de sufrimiento psicológico que puede dar lugar a trastornos son las relaciones humanas. Las relaciones de pareja son una fuente fundamental de

felicidad, pero también de sufrimiento cuando no van como nos gustaría. Lo mismo pasa con las amistades y también en las relaciones laborales.

En nuestras formas de enfrentar nuestros problemas actuales podemos emplear esquemas de comportamiento aprendidos en la infancia que no son adecuados y que siendo adultos podríamos cambiarlos. Sin embargo, no lo hacemos porque los hemos automatizado y ni siquiera somos conscientes de que existen otras alternativas. Por ejemplo, nos comportamos con personas que nos hacen daño como lo hacíamos cuando éramos pequeños y no podíamos más que someternos a ellas; pero ahora podríamos comportarnos de otra forma sin correr los mismos riesgos que los que correríamos en nuestra infancia. (Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia, Madrid, 2012)

### **Clasificación de las principales enfermedades mentales**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) clasifica a los trastornos mentales y del comportamiento en una síntesis con nueve categorías, de acuerdo a la causa que lo origina:

- Trastornos Orgánicos y sintomáticos: Demencia, Delirium y otros trastornos por disfunciones físicas.
- Trastornos por consumo de psicotrópicos: Intoxicación aguda, Síndrome de dependencia y de abstinencia.
- Trastornos Esquizotípicos e ideas delirantes: se encuentran la Esquizofrenia, Psicosis.
- Trastornos del humor o afectivos: Trastorno bipolar, Episodio depresivo, Ciclotimia, Distimia.
- Trastornos Neuróticos: Trastorno de ansiedad: fóbico, agorafobia,

ansiedad generalizada. Obsesivo-compulsivo, De adaptación, Reacción a estrés severo, Amnesia. Neurosis Somatización o Hipocondría, Neurastenia.

- Trastornos por disfunciones fisiológicas: Trastornos alimentarios: vigorexia, megarexia, diabulemia, Anorexia, Bulimia, Trastornos del sueño no orgánico: Insomnio. Hipersomnio, Sonambulismo/terror nocturno, Trastorno del reloj biológico, Disfunción sexual-Eyaculación precoz.
- Trastornos de personalidad y del comportamiento: Trastorno paranoide, esquizoide y disocial. Inestabilidad emocional, Trastorno ansioso de la personalidad, Manías, Transexualidad, Travestismo, Trastorno de orientación sexual.
- Trastornos del desarrollo como el Retraso mental: Trastornos del lenguaje disfasia y del habla. Afasia por epilepsia. Agrafía, Trastorno generalizado del desarrollo, Autismo, Síndrome de Rett, Síndrome de Asperger.
- Trastornos del comportamiento en infancia y adolescencia: se refiere a los Hiperquinéticos: de atención y de conducta, Trastornos de conducta disocializado, desafiante, depresivo, Mutismo selectivo, Tics, Enuresis, Tartamudez, Desorden lingüístico. (García, 2012)

Se requiere de un sistema multiaxial mezcla una evaluación en varios ejes, cada uno de los cuales concierne a un área distinta de información que puede ayudar al profesional de la psicología en el ámbito clínico en el planeamiento del tratamiento y en relación al pronóstico de resultados.

La clasificación multiaxial DSM-IV comprende y se incluyen cinco ejes:

Eje I Trastornos clínicos

Otras complicaciones que pueden ser centro de atención clínica

Eje II Trastornos de la personalidad

Retraso mental

Eje III Enfermedades médicas

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales

Eje V Evaluación de la actividad global

El uso del sistema multiaxial o de los cinco ejes facilita una evaluación completa y sistemática que abarcan a los distintos trastornos mentales y enfermedades médicas, de los problemas psicosociales y ambientales, y del nivel de actividad, que podrían pasar desapercibidos si el objetivo de la evaluación se centrara en el simple problema objeto de la consulta.

Un sistema multiaxial suministra un formato adecuado para organizar y comunicar información clínica, para captar la complejidad de las situaciones clínicas y para describir la diversidad de los individuos que presentan el mismo diagnóstico.

Igualmente, el método multiaxial promueve la aplicación del modelo biopsicosocial en el trabajo de la clínica, enseñanza e investigación.

En algunos centros o situaciones los clínicos pueden preferir no utilizar el sistema multiaxial.

***Eje I: Trastornos clínicos***

***Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica***

El Eje I describe todos los trastornos incluidos en la clasificación excepto los trastornos de la personalidad y el retraso mental que se han incluido en el Eje II.

Los principales grupos de trastornos incluidos en el Eje I constan en el cuadro que aparece más adelante. También se anotan en el Eje I otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica.

Cuando un individuo sufre más de un trastorno del Eje I, deben registrarse todos. Cuando se presenta más de un trastorno del Eje I, debe indicarse en primer lugar el diagnóstico principal o el motivo de consulta. Cuando una persona presente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, se supondrá que el diagnóstico principal o el motivo de consulta corresponden al Eje I, a menos que el diagnóstico del Eje II vaya seguido de la frase «diagnóstico principal» o «motivo de consulta». En el caso de no presentarse ningún trastorno del Eje I, este hecho debe codificarse como Z03.2 [V71.09]. Si hay que aplazar un diagnóstico del Eje I hasta recoger alguna información adicional, este hecho se codificará como R69 [799.9].

## **Eje II: Trastornos de la personalidad**

### Retraso mental

El Eje II incluye los trastornos de la personalidad y el retraso mental. También puede utilizarse para hacer constar mecanismos de defensa y características desadaptativas de la personalidad.

Enumerar los trastornos de la personalidad y el retraso mental en un eje separado asegura que se tomará en consideración la posible presencia de trastornos de la personalidad y retraso mental, anomalías éstas que pudieran pasar desapercibidas cuando se presta atención directa a trastornos del Eje I, habitualmente más floridos. La codificación de los trastornos de la personalidad en el Eje II no implica que su patogenia o la índole de la terapéutica apropiada sean fundamentalmente diferentes de las implicadas en los trastornos codificados en el



## Eje I.

Cuando una persona tiene más de un trastorno del Eje II, situación relativamente frecuente, deben hacerse constar todos los diagnósticos. Cuando un individuo presenta simultáneamente un trastorno del Eje I y otro del Eje II, y el diagnóstico del Eje II es el principal o el motivo de consulta, este hecho debe indicarse añadiendo la frase «diagnóstico principal» o «motivo de consulta» tras el diagnóstico del Eje II. Cuando no se presenta ningún trastorno del Eje II, este hecho debe codificarse como Z03.2 [V71.09]. Si hay que aplazar un diagnóstico del Eje II, pendientes de recoger alguna información adicional, debe codificarse como R46.8 [799.9].

El Eje II también puede utilizarse para indicar ciertas características desadaptativas de personalidad que no cumplen los mínimos necesarios para constituir un trastorno de la personalidad en estos casos no debe utilizarse ningún número de código. También puede indicarse en el Eje II el uso habitual de mecanismos de defensa desadaptativos.

## **Eje III: Enfermedades médicas**

El Eje III incluye las enfermedades médicas actuales que son potencialmente relevantes para la comprensión o abordaje del trastorno mental del sujeto. Estos estados están clasificados fuera del capítulo «Trastornos mentales» de la CIE-10 y fuera del cap. V de la CIE-9-MC.

La distinción multiaxial entre trastornos de los Ejes I, II y III no implica que existan diferencias fundamentales en su conceptualización, ni que los trastornos mentales dejen de tener relación con factores o procesos físicos o biológicos, ni que las enfermedades médicas no estén relacionadas con factores o procesos comportamentales o psicológicos.

La razón para distinguir enfermedades médicas es la de alentar la minuciosidad de

la evaluación y mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud mental.

Las enfermedades médicas pueden relacionarse con los trastornos mentales de diferentes modos. En algunos casos es evidente que la enfermedad médica constituye un factor causal directo para el desarrollo o empeoramiento de síntomas mentales, y que los mecanismos implicados en este efecto son fisiológicos. Cuando se supone que un trastorno mental es consecuencia fisiológica directa de la enfermedad médica, en el Eje I debe diagnosticarse un trastorno mental debido a enfermedad médica, y esa enfermedad debe registrarse tanto en el Eje I como en el Eje III. Por ejemplo, cuando un hipotiroidismo es causa directa de síntomas depresivos, su designación en el Eje I es F06.32 Trastorno del estado de ánimo debido a hipotiroidismo, con síntomas depresivos [293.83], y se hace constar de nuevo el hipotiroidismo en el Eje III como E03.9 [244.9].

Cuando la relación etiológica entre la enfermedad médica y los síntomas mentales esté insuficientemente probada para garantizar un diagnóstico en el Eje I de trastorno mental debido a enfermedad médica, debe codificarse en el Eje I el trastorno mental apropiado p. ej., trastorno depresivo mayor, y la enfermedad médica sólo se codificará en el Eje III.

Hay otros casos en los que deben registrarse las enfermedades médicas en el Eje III a causa de su importancia para la comprensión general o el tratamiento del sujeto afecto del trastorno mental.

Un trastorno del Eje I puede ser una reacción psicológica a una enfermedad médica del Eje III p. ej., la presencia de un F43.20 Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo [309.0] como reacción al diagnóstico de carcinoma de mama. Algunas enfermedades médicas pueden no estar relacionadas directamente con el trastorno mental, pero pueden tener implicaciones importantes para su pronóstico o tratamiento p. ej., cuando el diagnóstico en el Eje I es F32.9

Trastorno depresivo mayor [296.2] y en el Eje III es I49.9 Arritmia [427.9], la elección de farmacoterapia está influida por la enfermedad médica; o cuando una persona con diabetes mellitus ingresa en un hospital por una exacerbación de una esquizofrenia y debe ser controlada la administración de insulina.

Cuando una persona tiene más de un diagnóstico clínicamente relevante en el Eje III, deben hacerse constar todos ellos. Si no hay ningún trastorno del Eje III, este hecho debe indicarse anotando «Eje III: ninguno». Si hay que aplazar un diagnóstico del Eje III, a la espera de recoger alguna información adicional, este hecho se indicará anotando «Eje III: aplazado».

#### **Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales**

En el Eje IV se registran los problemas psicosociales y ambientales que pueden afectar el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico de los trastornos mentales Ejes I y II. Un problema psicosocial o ambiental puede ser un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, un estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona. Los denominados estresantes positivos, como una promoción laboral, sólo deben hacerse constar si constituyen un problema o conducen a él, como cuando una persona tiene dificultades para adaptarse a una situación nueva.

Además de desempeñar un papel en el inicio o exacerbación de un trastorno mental, los problemas psicosociales también pueden aparecer como consecuencia de la psicopatología, o pueden constituir problemas que deben tomarse en consideración en el planeamiento de la intervención terapéutica general.

Cuando una persona tiene problemas psicosociales o ambientales múltiples, el clínico debe tomar nota de todos aquellos que juzgue relevantes. En general, el clínico sólo debe hacer constar aquellos problemas psicosociales y ambientales

que hayan estado presentes durante el año anterior a la evaluación actual. Sin embargo, el clínico puede decidir el registro de problemas psicosociales y ambientales acaecidos antes del año anterior si han contribuido claramente al trastorno mental o se han constituido en un objetivo terapéutico p. ej., experiencias previas de combate conducentes a un trastorno por estrés postraumático.

En la práctica, la mayor parte de los problemas psicosociales y ambientales se indicarán en el Eje IV. No obstante, cuando un problema psicosocial o ambiental constituya el centro de la atención clínica, se hará constar también en el Eje I, con un código derivado del apartado «Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica».

Por razones de conveniencia los problemas se han agrupado en las siguientes categorías:

- Problemas relativos al grupo primario de apoyo: por ejemplo, fallecimiento de un miembro de la familia, problemas de salud en la familia, perturbación familiar por separación, divorcio o abandono, cambio de hogar, nuevo matrimonio de uno de los padres, abuso sexual o físico, sobreprotección de los padres, abandono del niño, disciplina inadecuada, conflictos con los hermanos; nacimiento de un hermano.
- Problemas relativos al ambiente social: por ejemplo, fallecimiento o pérdida de un amigo, apoyo social inadecuado, vivir solo, dificultades para adaptarse a otra cultura, discriminación, adaptación a las transiciones propias de los ciclos vitales tal como la jubilación.
- Problemas relativos a la enseñanza: por ejemplo, analfabetismo, problemas académicos, conflictos con el profesor o los compañeros de clase, ambiente escolar inadecuado.

- Problemas laborales: por ejemplo, desempleo, amenaza de pérdida de empleo, trabajo estresante, condiciones laborales difíciles, insatisfacción laboral, cambio de trabajo, conflictos con el jefe o los compañeros de trabajo.
- Problemas de vivienda: por ejemplo, falta de hogar, vivienda inadecuada, vecindad insaludable, conflictos con vecinos o propietarios.
- Problemas económicos: por ejemplo, pobreza extrema, economía insuficiente, ayudas socioeconómicas insuficientes.
- Problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria: por ejemplo, servicios médicos inadecuados, falta de transportes hasta los servicios asistenciales, seguro médico inadecuado.
- Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: por ejemplo, arrestos, encarcelamiento, juicios, víctima de acto criminal.
- Otros problemas psicosociales y ambientales: por ejemplo, exposición a desastres, guerra u otras hostilidades, conflictos con cuidadores no familiares como consejeros, asistentes sociales, o médicos, ausencia de centros de servicios sociales.

Al utilizar el registro de evaluación multiaxial, el clínico debe identificar las categorías relevantes de problemas psicosociales y ambientales e indicar los factores específicos implicados en ellos. Si no se utiliza un formulario de registro con un listado de categorías de problemas, el clínico simplemente puede enumerar los problemas específicos del Eje IV.

### **Eje V: Evaluación de la actividad global**

El Eje V incluye la opinión del clínico acerca del nivel general de actividad del sujeto. Esta información es útil para planear el tratamiento y medir su impacto, así

como para predecir la evolución.

El registro de la actividad general en el Eje V puede hacerse utilizando la escala de evaluación de la actividad global EEAG. La EEAG puede ser particularmente útil al seguir la evolución del progreso clínico de los sujetos en términos globales, utilizando una medida simple. La EEAG sólo debe ser cumplimentada en relación a la actividad psicosocial, social y laboral. Las instrucciones especifican: «no incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales. En la mayoría de los casos las evaluaciones de la EEAG deben referirse al período actual es decir, el nivel de actividad en el momento de la evaluación puesto que las evaluaciones de la actividad actual reflejarán generalmente la necesidad de tratamiento o intervención.

En algunos centros clínicos puede ser útil cumplimentar la EEAG tanto en el momento de la admisión como en el del alta. La EEAG también puede cumplimentarse en otros períodos de tiempo por ejemplo mejor nivel de actividad alcanzado por lo menos en algunos meses durante el último año. La EEAG se hace constar en el Eje V del modo siguiente: «EEAG =», seguido por la puntuación de la EEAG de 1 a 100, anotando a continuación entre paréntesis el período de tiempo reflejado en la evaluación, por ejemplo, «actual», «mayor nivel en el último año», «en el alta».

En algunos centros clínicos puede ser útil evaluar la incapacidad social y laboral y verificar los progresos en la rehabilitación, independientemente de la gravedad de los síntomas psicosociales.

Con esta intención, se ha incluido una escala de evaluación de la actividad social y laboral EEASL. Se han propuesto dos escalas adicionales que también pueden ser útiles en algunos centros: la escala de evaluación global de la actividad relacional EEGAR y la escala de mecanismos de defensa.

## **Escala de evaluación de la actividad global EEAG**

Hay que considerar la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuum de salud-enfermedad. No hay que incluir alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas o ambientales. Código: Utilizar los códigos intermedios cuando resulte apropiado, p. ej., 45, 68, 72.

91-100 Actividad satisfactoria en una amplia gama de actividades, nunca parece superado por los problemas de su vida, es valorado por los demás a causa de sus abundantes cualidades positivas. Sin síntomas.

81-90 Síntomas ausentes o mínimos (p. ej., ligera ansiedad antes de un examen), buena actividad en todas las áreas, interesado e implicado en una amplia gama de actividades, socialmente eficaz, generalmente satisfecho de su vida, sin más preocupaciones o problemas que los cotidianos p. ej., una discusión ocasional con miembros de la familia.

71 - 80 Si existen síntomas, son transitorios y constituyen reacciones esperables ante agentes estresantes psicosociales (p. ej., dificultades para concentrarse tras una discusión familiar); sólo existe una ligera alteración de la actividad social, laboral o escolar p. ej., descenso temporal del rendimiento escolar.

61-70 Algunos síntomas leves p. ej., humor depresivo e insomnio ligero o alguna dificultad en la actividad social, laboral o escolar p. ej., hacer novillos ocasionalmente o robar algo en casa, pero en general funciona bastante bien, tiene algunas relaciones interpersonales significativas.

51-60 Síntomas moderados p. ej., afecto aplanado y lenguaje circunstancial, crisis de angustia ocasionales o dificultades moderadas en la actividad social, laboral o escolar p. ej., pocos amigos, conflictos con compañeros de trabajo o de escuela.

41-50 Síntomas graves p. ej., ideación suicida, rituales obsesivos graves, robos en

tiendas o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar p. ej., sin amigos, incapaz de mantenerse en un empleo.

31-40 Una alteración de la verificación de la realidad o de la comunicación p. ej., el lenguaje es a veces ilógico, oscuro o irrelevante o alteración importante en varias áreas como el trabajo escolar, las relaciones familiares, el juicio, el pensamiento o el estado de ánimo p. ej., un hombre depresivo evita a sus amigos, abandona la familia y es incapaz de trabajar; un niño golpea frecuentemente a niños más pequeños, es desafiante en casa y deja de acudir a la escuela.

21-30 La conducta está considerablemente influida por ideas delirantes o alucinaciones o existe una alteración grave de la comunicación o el juicio p. ej., a veces es incoherente, actúa de manera claramente inapropiada, preocupación suicida o incapacidad para funcionar en casi todas las áreas p. ej., permanece en la cama todo el día; sin trabajo, vivienda o amigos.

11-20 Algún peligro de causar lesiones a otros o a sí mismo p. ej., intentos de suicidio sin una expectativa manifiesta de muerte; frecuentemente violento; excitación maníaca u ocasionalmente deja de mantener la higiene personal mínima p. ej., con manchas de excrementos o alteración importante de la comunicación p. ej., muy incoherente o mudo.

1-10 Peligro persistente de lesionar gravemente a otros o a sí mismo p. ej., violencia recurrente o incapacidad persistente para mantener la higiene personal mínima o acto suicida grave con expectativa manifiesta de muerte. 0 Información inadecuada. (DSM-IV, 1995)



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 ENFOQUE**

El enfoque que se utilizara durante la investigación será predominantemente cuantitativo porque se recabará información y será sometida a un análisis matemático y cualitativo puesto que el tema es de orientación psicológica la misma que pertenece a las ciencias humanas a partir de esto se tendrá una guía metodológica a seguir es decir toda aquella información que se obtenga de las diferentes fuentes de consulta colaborará con el objetivo de conocer todo el contexto que rodea al problema como la contrastación de las variables y la hipótesis como tal se tomará dentro de la misma una guía bibliográfica en cuanto a lo referente a la psicología positiva centrándose en el tema de la tenacidad y la depresión infantil.

Dentro del enfoque se seguirá una línea de investigación en cuanto a la ciencia psicológica para lo cual se ha elegido una orientación en base a la psicología positiva y cognitivo-conductual para conocer el abordaje que dichas teorías le dan al problema seleccionado lo cual enmarcará el desarrollo de dicho trabajo y ayudará a la visión dialéctica de la problemática.

#### **3.2 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **INVESTIGACIÓN DE CAMPO**

En cuanto a este tipo de investigación el trabajo se orientará a conocer acerca de cuál es la realidad de los niveles de depresión en niños(as) y adolescentes y cómo influye la fortaleza de la tenacidad en la población estudiantil de la unidad

educativa y de qué manera se relacionan las variables entre sí para lo cual se contará con instrumentos como reactivos o pruebas psicológicas que van a medir los niveles de tenacidad y depresión.

## **INVESTIGACIÓN BIBLIOGRAFICA – DOCUMENTAL**

En este caso se deberá optar por toda aquella información acerca de las variables tanto al tema de la psicología positiva con relación a la tenacidad y depresión para lo cual se recurrirá a las principales fuentes de bibliografía como libros, documentos, archivos, publicaciones, videos, Internet.

Los cuales aportarán al sustento teórico de la investigación así como al objetivo de conocer y aprender todo cuanto esté documentado acerca del tema.

### **3.3 NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Los niveles que se llevarán a cabo en la investigación serán en primer punto explicativo por cuanto en la investigación se buscará comprobar la hipótesis y descubrir las causas del fenómeno de la depresión en la población estudiantil primaria, secundaria y determinar los factores determinantes para que se dé dicho problema.

En segundo punto se tomará un nivel exploratorio por cuanto se reconocerán las variables de interés investigativo en relación al tema y se sondeará de manera más directa el problema en cuanto a lo investigado previamente al mismo para lograr aportar con nuevo conocimiento y el soporte teórico.

### **3.4 POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de la que se basara la investigación es de 396 alumnos en las edades comprendidas entre los 8 y 12 años de la Escuela de educación básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato.

De esta población se ha tomado una muestra la cual se obtuvo aplicando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 PQN}{Z^2 PQN + Ne^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) 396}{(1.96)^2 (0.5) (0.5) + 396(0.05)^2}$$

$$n = \frac{3.84 (0.25)396}{3.84 (0.25)+0.99}$$

$$n = \frac{0.96 (396)}{0.96+0.99}$$

$$n = \frac{380,16}{1.95}$$

$$n = 195$$

La muestra obtenida es de 195

### 3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

#### MATRIZ DE OPERACIÓN DE VARIABLES

##### VARIABLE INDEPENDIENTE: TENACIDAD

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS INSTRUMENTOS
<p>Tenacidad: Fuerza que impulsa a continuar con empeño y sin desistir en algo que se quiere hacer o conseguir (google.com, 2015).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- MUY ALTA</li> <li>- ALTA</li> <li>- MEDIA</li> <li>- BAJA</li> <li>- MUY BAJA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Ser constante en las actividades y prever los obstáculos.</li> <li>-Vencer los obstáculos.</li> <li>-La perseverancia es una señal de seguridad.</li> <li>-No Superación de los obstáculos.</li> <li>-Nunca mantenerse firmes en el logro de las metas que se puedan lograr.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Los fracasos no me desaniman?</li> <li>- En desacuerdo</li> <li>- Algo de acuerdo</li> <li>- Un poco de acuerdo</li> <li>- Bastante de acuerdo</li> <li>- Muy de acuerdo</li> <li>¿Soy muy esforzado/a?</li> <li>¿Siempre acabo lo que empiezo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reactivo psicológico</li> <li>Reactivo psicológico Ficha</li> <li>Prueba psicológica o test</li> </ul>

**Cuadro No. 1 Operacionalización Variable Independiente**  
Elaborado por: Carvajal, M

**VARIABLE DEPENDIENTE: DEPRESIÓN**

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICAS INSTRUMENTOS
<p>El término depresión alude también a un trastorno, es decir a un síndrome depresivo para el cual se han especificado ciertos parámetros de duración (p. ej., los síntomas aparecen la mayor parte del día, casi cada día, durante un período mínimo de 2 semanas), incluye al menos cinco síntomas y éstos provocan un malestar clínicamente significativo, curso o historia natural (p. ej., los síntomas representan un cambio respecto a la actividad previa) y disfuncionalidad (p. ej., los síntomas provocan deterioro social, escolar), y, además, se han descartado algunas posibles causas (p. ej., enfermedades médicas, ingestión de medicamentos o drogas, duelo, esquizofrenia).</p>	-Leve	Estado de ánimo con frecuencia de tristeza	-Frecuencia de sentir tristeza. Siempre... Muchas veces.... Nunca...	<p>Entrevista a los guías de curso Reactivos psicológicos</p>
	-Moderada	Presencia de llanto	-Frecuencia de llanto Siempre... Muchas veces.... Nunca...	
	-Grave	Frecuencia de sentimientos de culpabilidad	-Frecuencia de sentimientos de culpabilidad Siempre... Muchas veces.... Nunca...	
		Permanencia de estado de ánimo disfórico	- Sentimientos de soledad y rechazo Siempre... Muchas veces.... Nunca...	

**Cuadro No. 2 Operacionalización Variable Dependiente**  
**Elaborado por: Carvajal, M**

### **3.6 RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN**

De acuerdo al enfoque que guía la investigación para llegar a obtener la información se utilizarán los siguientes métodos de recolección de la misma

Observación esta técnica servirá de soporte en cuanto a que permitirá palpar la realidad de cerca y recoger datos en cuanto a lo que se está observando en esta se utilizará una relación indirecta por cuanto se estudiara el hecho a través de informaciones orales o escritas de personas testigos del hecho y será no participante por cuanto se recogerá la información desde afuera del grupo social estudiado es decir los estudiantes para no intervenir en sus actividades e individual porque será un solo investigador el que participe en la investigación.

Se hará uso de la entrevista y la encuesta para lo cual se elaborará un cuestionario estructurado hacia el objetivo que se quiere conocer en este caso las causas del desarrollo de tenacidad y como incide en la depresión de las(os) estudiantes de la institución y se contará con la participación de los docentes guías de los cursos.

Los datos obtenidos son procesados y analizados a posterior en función de los siguientes puntos:

A través de la validez de los resultados obtenidos por los reactivos psicológicos aplicados y la confiabilidad de los mismos así como de las fuentes de recolección, se procederá a la presentación de los datos en la representación escrita en la cual se expondrán los datos generales del problema.

Se hará uso de gráficos para mostrar relaciones entre los datos de las dos variables y para reflejar los datos y la información en cuanto a números.

Los reactivos cumplen con los objetivos requeridos para la investigación como es el Cuestionario adaptado para medir la Tenacidad Infantil y el Inventario de Depresión Infantil de Beck.

### 3.7 PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

En base a lo indicado en lo anterior luego se procederá al análisis de los resultados estadísticos de los gráficos seleccionando aquellos en relación a los objetivos y para contrastar la hipótesis, se interpretarán los resultados de manera que nos ayuden a corroborar aquellos esquemas científicos que fundamentan la investigación así los datos que se obtendrán de los medios de recolección mencionados en relación de la tenacidad y la depresión en niñas(os) que ayudará a la comprobación de la hipótesis expuesta en la investigación.

<b>PREGUNTAS BÁSICAS</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
¿Para qué?	Para alcanzar los objetivos de la investigación
¿De qué personas u objeto?	Estudiantes de la Escuela de educación básica “General Córdova”
¿Qué aspectos?	Tenacidad y Depresión
¿Quién, Quienes?	María Carvajal
¿Cuándo?	Año 2014
¿Dónde?	Escuela de educación básica “General Córdova”
¿Cuántas veces?	Una
¿Qué técnicas de recolección?	Reactivos psicológicos
¿Con que?	Cuestionario de tenacidad infantil e Inventario de depresión de Beck
¿Cuándo?	En el período Noviembre 2014 – Mayo 2015

**Cuadro No. 3 Preguntas Básicas**  
**Elaborado por Carvajal, M**

## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Verificación de la hipótesis

##### Hipótesis

Los niveles de tenacidad se relacionan con los niveles de depresión.

##### Tabla de contingencia depresión \* tenacidad

Recuento

	Tenacidad				Total
	Baja	media	Alta	muy alta	
Leve	1	5	5	0	11
depression moderada	1	15	28	1	45
Grave	5	29	23	7	64
Total	7	49	56	8	120

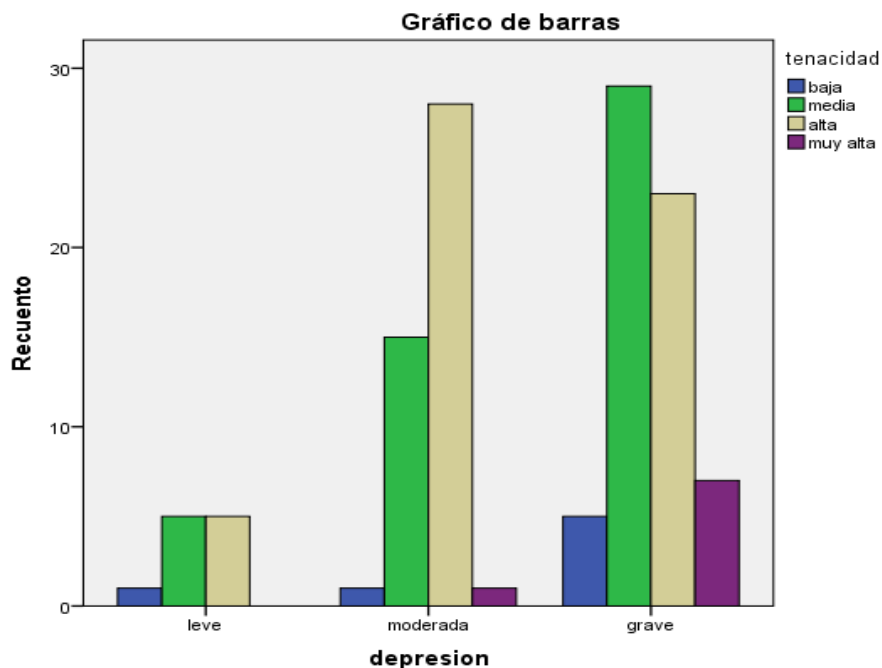
**Cuadro No. 4 Tabulación de resultados SPSS**

**Elaborado por Carvajal, M**

##### Análisis.

Los resultados indican que de los que tienen depresión leve 54% tienen tenacidad media, el 54% tenacidad alta y 2% tenacidad baja.





**Gráfico No. 5 Tabulación de resultados SPSS**  
Elaborado por Carvajal, M

### **Interpretación.**

Se observa que de la muestra aplicada se encontraron 120 casos de depresión de los cuales los índices de tenacidad más predominantes son las escalas media y alta. Se utilizaron los siguientes reactivos: El inventario de depresión infantil de Beck y un Cuestionario adaptado de tenacidad infantil.

Detallando por escalas existen 11 casos de depresión leve de los cuales que equivale al 9.2% de la población de los cuales 1 caso presenta tenacidad leve, 5 tenacidad media, 5 tenacidad alta y 0 tenacidad muy alta.

Existen 45 casos de depresión moderada de los cuales que equivale al 38% de la población; 1 caso presenta tenacidad leve, 15 tenacidad media, 28 tenacidad alta y 1 tenacidad muy alta.

Existen 64 casos de depresión grave de los cuales que equivale al 53% de la población; 5 casos presenta tenacidad leve, 29 tenacidad media, 23 tenacidad alta

y 7 tenacidad muy alta.

Para obtener la verificación de la hipótesis y ver la relación existente entre las dos variables se utilizó las pruebas de chi-cuadrado las cuales ayudan a comprender los datos e índices y porcentajes de la existencia o no de relación entre las variables tanto independiente y dependiente del problema de investigación.

### Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	10,361a	6	,110	,109		
Razón de verosimilitudes	11,463	6	,075	,093		
Estadístico exacto de Fisher	9,680			,103		
Asociación lineal por lineal	,019b	1	,889	,922	,484	,077
N de casos válidos	120					

a. 7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,64.

b. El estadístico tipificado es -,139.

**Cuadro No. 5 Chi Cuadrado**  
**Elaborado por Carvajal, M**

Se aplicó la prueba chi cuadrado y se encuentra que no existe relación entre depresión y tenacidad ( $X^2(6) = 9,680, p > 0,05, N = 120$ )

## **Verificación**

- Se aplicó la prueba chi cuadrado y se encuentra que no existe relación entre depresión y tenacidad debido a los resultados arrojados de los reactivos para medir la tenacidad y la depresión en los(as) niños(as) de la muestra.

Los niños(as) que presentan diferentes grados de depresión muestran índices adecuados de tenacidad descartando con esto que los niveles bajos de tenacidad influirían en la presencia de niveles altos de depresión y viceversa que los niveles altos de tenacidad influirían en la disminución de los niveles de depresión o ausencia de depresión.

## 4.2 Análisis de aspectos cuantitativos

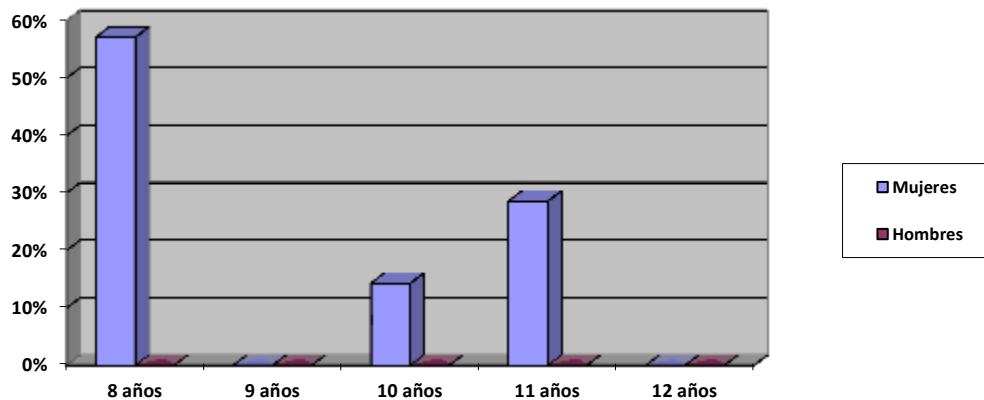
### TENACIDAD

Tenacidad baja				
Edad	Número de Mujeres	Porcentaje		
		Número de Hombres		Porcentaje
8 años	4	57%	0	0%
9 años	0	0%	0	0%
10 años	1	14%	0	0%
11 años	2	29%	0	0%
12 años	0	0%	0	0%

**Cuadro No. 6 Resultados Tenacidad Baja**  
Elaborado por Carvajal, M

#### Análisis Cuantitativo:

Se observa que en la escala de tenacidad baja existe 57% en las niñas y 0% en los niños de 8 años, 0% en las niñas y 0% en los niños de 9 años, 14% en las niñas y 0% en los niños de 10 años, 29% en las niñas y 0% en los niños de 11 años, 0% en las niñas y 0% en los niños de 12 años.



**Gráfico No. 6 Tenacidad Baja resumen**  
Elaborado por Carvajal, M

#### Interpretación:

Se observa la presencia de bajos niveles de tenacidad en la población de 8 años en cuanto a las niñas tal vez puede estar vinculado a que en etapas tempranas de edad se están forjando las virtudes y fortalezas personales necesarias para formar el carácter.

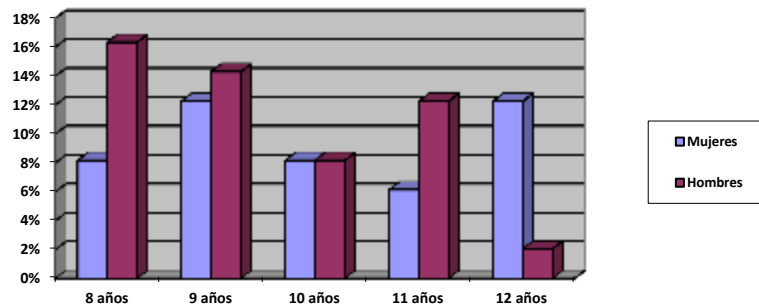
### Tenacidad media

Tenacidad media				
Edad	Número de Mujeres	Porcentaje	Número de Hombres	Porcentaje
8 años	4	8%	8	16%
9 años	6	12%	7	14%
10 años	4	8%	4	8%
11 años	3	6%	6	12%
12 años	6	12%	1	2%

**Cuadro No. 7 Resultados Tenacidad Media**  
Elaborado por Carvajal, M

#### Análisis Cuantitativo:

Se observa que en la escala de tenacidad media existe 8% en las niñas y 16% en los niños de 8 años, 12% en las niñas y 14% en los niños de 9 años, 8% en las niñas y 8% en los niños de 10 años, 6% en las niñas y 12% en los niños de 11 años, 12% en las niñas y 2% en los niños de 12 años.



**Gráfico No. 7 Tenacidad Media resumen**  
Elaborado por Carvajal, M

#### Interpretación:

Esto muestra buenos puntajes en la población y resalta la muestra de niños de 8 y 9 años y las niñas de 9 y 12 años lo que indica que existe en esta población la motivación para realizar o conseguir algo puede estar asociado a buenos procesos de resiliencia.

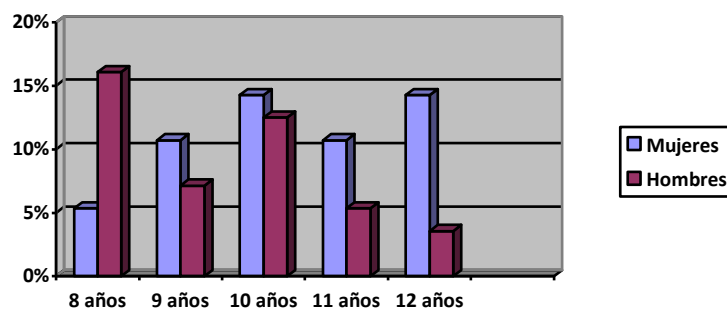
## Tenacidad Alta

Tenacidad Alta				
Edad	Número de Mujeres	Porcentaje	Número de Hombres	Porcentaje
8 años	3	5%	9	16%
9 años	6	11%	4	7%
10 años	8	14%	7	13%
11 años	6	11%	3	5%
12 años	8	14%	2	4%

**Cuadro No. 8 Resultados Tenacidad Alta**  
Elaborado por Carvajal, M

### **Análisis Cuantitativo:**

Se observa que en la escala de tenacidad alta existe 5% en las niñas y 16% en los niños de 8 años, 11% en las niñas y 7% en los niños de 9 años, 14% en las niñas y 13% en los niños de 10 años, 11% en las niñas y 5% en los niños de 11 años, 14% en las niñas y 4% en los niños de 12 años.



**Gráfico No. 8 Tenacidad Alta resumen**  
Elaborado por Carvajal, M

### **Interpretación:**

Esto muestra buenos puntajes en la población y resalta la muestra de niños de 8 años y las niñas de 10 y 12 años lo que indica que existe en esta población la motivación para realizar o conseguir algo puede estar asociado a buenos procesos de resiliencia.

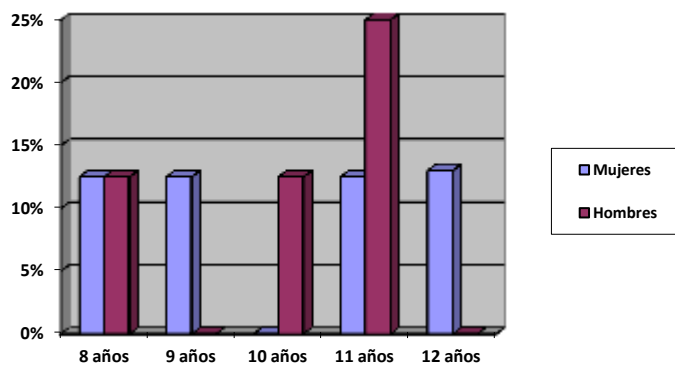
## Tenacidad Muy Alta

Tenacidad Muy Alta				
Edad	Número de Mujeres	Porcentaje	Número de Hombres	Porcentaje
8 años	1	12,5%	1	12,5%
9 años	1	12,5%	0	0%
10 años	0	0%	1	12,5%
11 años	1	12,5%	2	25%
12 años	1	12,5%	0	0%

**Cuadro No. 9 Resultados Tenacidad Muy Alta**  
Elaborado por Carvajal, M

### **Análisis Cuantitativo:**

Se observa que en la escala de tenacidad muy alta de un total de 8 casos en general existe 13% en las niñas y 13% en los niños de 8 años, 13% en las niñas y 0% en los niños de 9 años, 0% en las niñas y 13% en los niños de 10 años, 13% en las niñas y 25% en los niños de 11 años, 13% en las niñas y 0% en los niños de 12 años.



**Gráfico No. 9 Tenacidad Muy Alta resumen**  
Elaborado por Carvajal, M

### **Interpretación:**

Esto muestra buenos puntajes en la población y resalta la muestra de niños de 10 años lo que indica que existe en esta población la motivación para realizar o conseguir algo puede estar asociado a buenos procesos de resiliencia y existen puntajes relativamente comunes en el resto de la población.

En cuanto a las preguntas más representativas del cuestionario de tenacidad se obtuvo los siguientes datos:

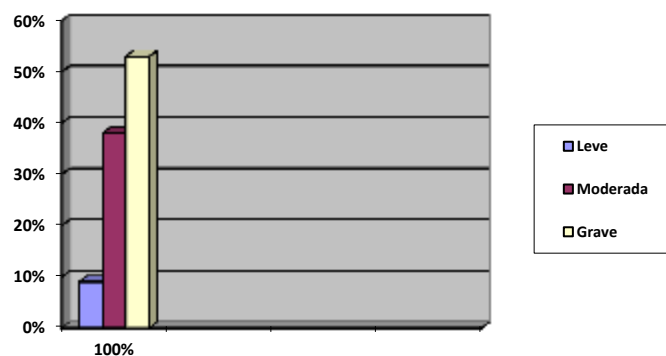
### DEPRESIÓN

Depresión	Número de casos	Porcentaje
Leve	11	9%
Moderada	45	38%
Grave	64	53%

**Cuadro No. 10 Resultados Depresión**  
Elaborado por Carvajal, M

#### Análisis Cuantitativo:

Se observa que de los 120 casos que existen de depresión están distribuidos en porcentajes de 9% de la escala leve, 38% la escala moderada y 53% la escala grave de una muestra de entre hombres y mujeres de 8 a 12 años de edad.



**Gráfico No. 10 Depresión resumen**  
Elaborado por Carvajal, M

#### Interpretación:

Existen niveles de atención ya que gran parte de la muestra presentan elevados índices de depresión moderada y grave donde cuyo origen podría deberse a problemas familiares como disfunción familiar debilidad en vínculos paternos filiales y de familia en general sumado a la presencia de baja autoestima y problemas de socialización entre escolares.



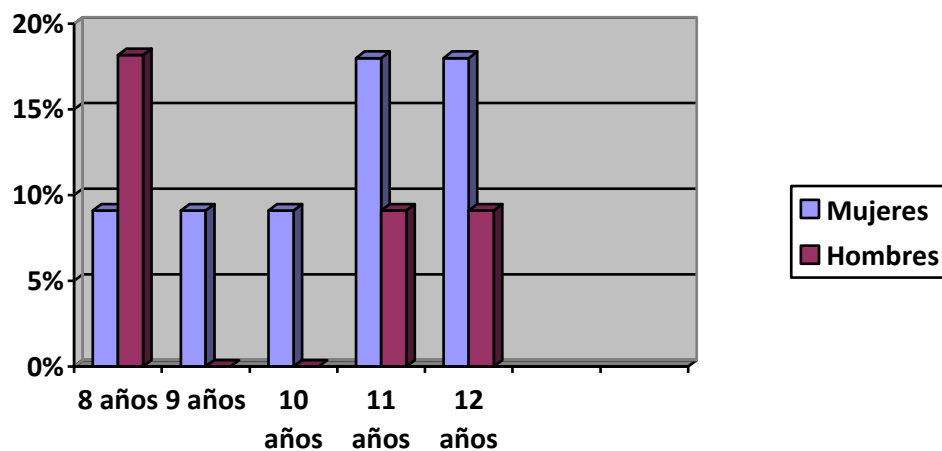
### Depresión leve

Depresión leve				
Edad	Número de casos Mujeres	Porcentaje	Número de casos Hombres	Porcentaje
8 años	1	9%	2	18%
9 años	1	9%	0	0%
10 años	1	9%	0	0%
11 años	2	18%	1	9%
12 años	2	18%	1	9%

**Cuadro No. 11 Resultados depresión leve**  
Elaborado por Carvajal, M

#### Análisis Cuantitativo:

Se observa que en la escala de depresión leve existe 9% en las niñas y 18% en los niños de 8 años, 9% en las niñas y 0% en los niños de 9 años, 9% en las niñas y 0% en los niños de 10 años, 18% en las niñas y 9% en los niños de 11 años, 18% en las niñas y 9% en los niños de 12 años.



**Gráfico No. 11 Depresión leve resumen**  
Elaborado por Carvajal, M

#### Interpretación:

Se observa en el gráfico que existen índices más altos en esta escala en relación a los niños de 8 años y las niñas de 11 y 12 años lo que indica que se encuentran en un estadio de depresión menor puede ser debido a la presencia de problemas de socialización entre escolares y/o familiares y está afectando de forma leve a esta población en esta escala.

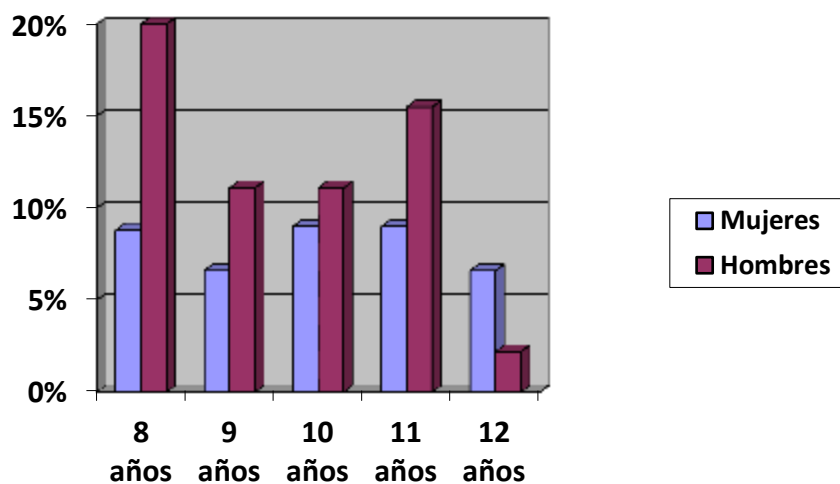
### Depresión moderada

Depresión moderada				
Edad	Número de casos Mujeres	Porcentaje	Número de casos Hombres	Porcentaje
8 años	4	9%	9	20%
9 años	3	7%	5	11%
10 años	4	9%	5	11%
11 años	4	9%	7	16%
12 años	3	7%	1	2%

**Cuadro No. 12 Resultados depresión moderada**  
Elaborado por Carvajal, M

#### Análisis Cuantitativo:

Se observa que en la escala de depresión moderada existe 9% en las niñas y 20% en los niños de 8 años, 7% en las niñas y 11% en los niños de 9 años, 9% en las niñas y 11% en los niños de 10 años, 9% en las niñas y 16% en los niños de 11 años, 7% en las niñas y 2% en los niños de 12 años.



**Gráfico No. 12 Depresión moderada resumen**  
Elaborado por Carvajal, M

#### Interpretación:

Se observa en el gráfico que existen índices más altos en esta escala en relación a los niños de 8, 9, 10 y 11 años lo que indica que se encuentran en un estadio de depresión un poco alto que esto puede ser debido a la presencia de problemas de socialización entre escolares y/o familiares y está afectando de forma grave a esta población en esta escala.

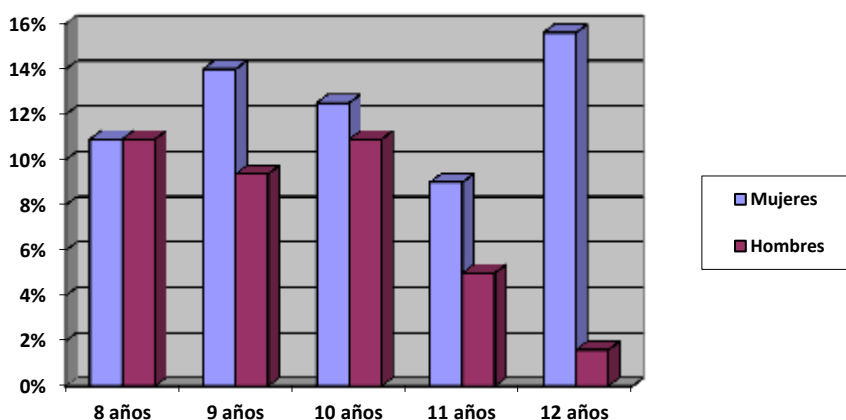
## Depresión grave

Depresión grave				
Edad	Número de casos Mujeres	Porcentaje	Número de casos Hombres	Porcentaje
8 años	7	11%	7	11%
9 años	9	14%	6	9%
10 años	8	13%	7	11%
11 años	6	9%	3	5%
12 años	10	16%	1	2%

**Cuadro No. 13 Resultados depresión grave**  
Elaborado por Carvajal, M

### **Análisis Cuantitativo:**

Se observa que en la escala de depresión grave existe 11% en las niñas y 11% en los niños de 8 años, 14% en las niñas y 9% en los niños de 9 años, 13% en las niñas y 11% en los niños de 10 años, 9% en las niñas y 6% en los niños de 11 años, 16% en las niñas y 2% en los niños de 12 años.



**Gráfico No. 13 Depresión grave resumen**  
Elaborado por Carvajal, M

### **Interpretación:**

Se observa en el gráfico que existen índices más altos en esta escala en relación a las niñas 9, 10 y 12 años lo que indica que se encuentran en un estadio de depresión alto que esto puede ser debido a la presencia de problemas de socialización entre escolares y/o familiares y está afectando de forma grave a esta población en esta escala.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 CONCLUSIONES**

- Después de aplicados los reactivos psicológicos para medir los niveles de tenacidad y los niveles de depresión en niñas(os) los cuales se aplicaron a una muestra de 195 niñas(os) entre las edades de 8 a 12 años de una institución educativa los mismos están en el nivel primario de educación, se obtiene que en cuanto a los niveles de tenacidad los resultados del reactivo aplicado muestra que independientemente de los niveles de depresión existen niveles buenos o adecuados de tenacidad en los(as) niñas(os) de la población lo que muestra que en el área de las fortalezas personales hay un refuerzo adecuado y presencia de procesos resilientes.
- En cuanto a los resultados del reactivo de depresión se obtiene que hay presencia de considerables casos de depresión en un total de 120 casos entre niños y niñas debido a multifactores: sociales, escolares, familiares y personales lo cual es notable en algunas preguntas o ítems del reactivo psicológico de depresión que hacen mención o se relacionan con esta temática.
- Se observa a través de la verificación de la relación entre la variable de la tenacidad y la variable de depresión que aun cuando existen numerosos casos de depresión en las(os) niñas(os) esto no interfiere para que tengan buenos niveles de tenacidad lo cual les ayuda a enfrentar su situación de afectación en el área emocional o del estado de ánimo, también favorece para que no haya interferencia en el área académica debido a que la tenacidad está involucrada en la voluntad de trabajo ya sea en lo educativo o en sus actividades diarias lo cual es un aliciente para poder tratar adecuadamente el tema de la depresión infantil desde otra óptica

para darle un abordaje adecuado y tratarla ayudándonos de información nueva con ello dar el tratamiento y solución más efectivas.

## **5.2 RECOMENDACIONES**

- Trabajar en incentivar y reforzar los niveles altos de tenacidad en las(os) niñas(os) tanto en el medio educativo a través de las(os) docentes así como en el medio familiar con la ayuda de información y entrenamiento en base a psicoeducación sobre motivación infantil y comunicación asertiva en la familia.
- Aplicar técnicas psicopedagógicas dentro del aula de clases para lograr la motivación necesaria y una mejoría en la autoestima y autoconcepto de las(os) niñas(os) con la ayuda de un(a) psicólogo(a) externo(a) a la institución para orientar a los docentes y que posteriormente se evalúen los resultados de dicho experimento.
- Se debe trabajar con el medio familiar para determinar si hay problemas de disfunción familiar, problemas de pareja entre los padres u otros problemas de atención clínica para subsanar dichos problemas si los hay partiendo de la raíz del problema que provoca la depresión en las(os) niñas(os) para lo cual es recomendable buscar orientación psicológica y tratamiento con terapias interpersonales y terapia familiar para los padres o tutores y las(os) niñas(os) en alguna institución externa a la institución educativa ya que esta no brinda dichos servicios.

## **CAPÍTULO VI**

### **PROPUESTA**

#### **6.1 DATOS INFORMATIVOS**

##### **6.1.1 Título**

Programa de técnicas psicológicas basadas en la psicología positiva para incentivar la resiliencia como factor protector para ayudar en el tratamiento de la presencia de depresión en niñas(os) dentro de las aulas de clases o en el medio educativo.

##### **6.1.2 Institución ejecutora**

La aplicación del modelo se realizará en la escuela de educación básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua.

##### **6.1.3 Beneficiarios**

Niñas(os) que presentan depresión y requieren de la ayuda del medio educativo para el tratamiento de dicho problema.

##### **6.1.4 Ubicación**

La institución se encuentra ubicada en el sector del Barrio La Joya al norte de la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua.

##### **6.1.5 Tiempo estimado para la ejecución:**

Se estima un tiempo de tres meses.

**Inicio:** Octubre 2015 **Fin:** Diciembre 2015

##### **6.1.6 Equipo técnico responsable:**

Profesionales

### **6.1.7 Costo**

**Se estima un costo aproximado de \$300 lo cual se detalla a continuación:**

Materiales de oficina \$50

Copias e impresiones \$100

Transporte \$50

Imprevistos \$50

Alimentación \$50

### **6.2 Antecedentes de la Propuesta**

Se estudió una muestra de 195 evaluadas(os) entre los que están niñas(os) de 8 a 12 años de edad y pertenecen a una institución de educación primaria de la cual se obtuvo una población de 120 casos que sirvieron de análisis y comprobación de si existía relación o no entre los niveles de tenacidad y los de depresión en las(os) niñas(os) donde de los 120 casos que representa el 100% de la población se obtuvo que existen altos porcentajes de niveles buenos de tenacidad y esto no tiene relación alguna con la presencia de depresión.

Se contó con la colaboración de la institución educativa en cuanto a la aplicación de los reactivos para medir la tenacidad y la presencia de depresión en los alumnos se aplicaron los reactivos en dos fases se hizo uso de entrevistas a los docentes luego se calificaron los reactivos obteniendo resultados que indican que hay preocupantes índices de depresión que van desde la escala leve, moderada y grave siendo la escala grave la más numerosa con el 53% de la población seguido de la escala moderada con el 38% y por último la escala leve con el 9%, de la población en relación a la tenacidad existe un mayor número de puntuaciones en la escala alta con el 47% seguido de la escala media con el 41% y con un porcentaje relativamente menor la muy alta con el 7% y la baja con el 5% estos

datos ayudan a conocer que la tenacidad es una de las fortalezas personales que se encuentran muy destacadas en las(os) niños a pesar de tener depresión en diversos niveles esto indica que en el medio educativo existe el apoyo motivacional aunque no está demás reforzarlo para que las(os) niñas(os) a pesar de las situaciones conflictivas tengan ese valor de perseverar y forjarse ideales de acuerdo a su ciclo evolutivo.

La situación del medio familiar es un punto eje en la comprensión del contexto que rodea la presencia de depresión en niñas(os) ya que se observa presencia de negligencia familiar en cuanto a la preocupación por el estado de ánimo de los hijos por parte de padres o tutores en un pequeño porcentaje sumado a la inestabilidad en la funcionalidad de algunos hogares, así a las diferencias étnicas entre los alumnos de dicha institución lo cual interfiere en el trato social entre pares lo cual influye en su autoconcepto y autoestima que se encuentran en plena cimentación dentro de su psicoevolución.

### **6.3 Justificación**

En base con lo encontrado en la investigación se hace necesario complementar la investigación con un correcto abordaje del problema al cual se le quiere dar una solución práctica y viable conociendo que no existe relación entre tenacidad y depresión ya que se forjó dicha hipótesis para abordar desde elementos de la psicología positiva sabiendo que la depresión al ser una alteración del estado de ánimo la cual es necesario tratar con prontitud y responsabilidad para asegurar el correcto desarrollo psicológico de las(os) niñas(os) y debido a los altos índices de depresión que se comprueban en la investigación es de gran importancia aportar con propuestas de solución que ayuden en el tratamiento de dicho problema psicológico que requiere el conocimiento de la información necesaria y la aplicación de conocimientos teóricos en torno a la psicología infantil abordada desde cualquiera de las corrientes psicológicas existentes destacando que en esta investigación se dará un enfoque con bases en psicología positiva.



Sabiendo que los niveles de tenacidad se encuentran en adecuadas escalas entonces se hace necesario potenciar y reforzar dichos niveles para ayudar en el transcurso de un tratamiento psicológico terapéutico para la depresión lo cual es necesario para atender a tiempo este problema que involucra a toda la sociedad ya que este afecta no sólo a quien la vive en este caso las(os) niñas(os) sino al medio educativo que debe responder a las demandas y necesidades de las(os) niñas(os) para lo cual se requiere enfocar en investigaciones en el área psicológica infantil para ayudar a este objetivo de las instituciones educativas para psicoeducar a los padres o tutores responsables de la custodia de las(os) niñas(os) y de velar por su bienestar tanto físico como social, psicológico para esto no repercuta en su psique y desarrollo psicoevolutivo en etapas posteriores como la adolescencia y adultez.

## **6.4 Objetivos**

### **6.4.1 General:**

- Aplicar el Programa de técnicas psicológicas basadas en la psicología positiva para incentivar la resiliencia como factor protector para ayudar en el tratamiento de la presencia de depresión en las(os) niñas(os) dentro de las aulas de clases o en el medio educativo de la escuela de educación básica “General Córdova” de la ciudad de Ambato provincia de Tungurahua.

### **6.4.2 Específicos**

- Lograr el refuerzo necesario y constante en fortalezas personales en las(os) niñas(os).
- Contribuir con información al medio educativo en el abordaje del tema de la depresión en niñas(os).
- Estimular un ambiente que genere confianza en las(os) niñas(os) para expresarse libremente y que sientan la motivación que necesitan para superar los

problemas.

## **6.5 Análisis de factibilidad**

La propuesta sugerida tiene factibilidad siempre y cuando se cuente con la colaboración del medio educativo y se consiga el apoyo económico de la misma.

## **6.6 Fundamentación científico técnica**

A diferencia de la aproximación tradicional basada en el paradigma del déficit que trabaja con la identificación de factores de riesgo y protectores de la salud, la Psicología Positiva se define como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales permiten adoptar una perspectiva más abierta respecto del potencial humano, sus motivaciones y capacidades (Sheldon & King, 2001) (como se citó en Grinhauz, 2012).

Este trabajo se propone realizar una breve revisión teórica sobre los principales términos asociados a la Psicología Positiva y las investigaciones efectuadas en el ámbito de la infancia acerca de las virtudes y fortalezas.

El objetivo de la *Psicología Positiva* es ampliar el foco de la psicología clínica más allá del sufrimiento e investigar desde la rigurosidad del método científico cómo acrecentar el bienestar psicológico en la vida de las personas y cómo potenciar las cualidades positivas que todos los seres humanos poseen.

Para abordar este propósito, la Psicología Positiva plantea que para el desarrollo de una vida plena hacen falta tres elementos: el primer elemento, consiste en incrementar la experimentación de emociones positivas durante la mayor parte del tiempo. (Castro, 2011) (Como se citó en Grinhauz, 2012)

El segundo elemento, plantea que el placer se deriva del compromiso con la tarea efectiva y con la capacidad de experimentar *flow*. Si la persona es conciente de sus

fortalezas personales, al aplicarlas en una tarea concreta, alcanzará un alto grado de compromiso en esa actividad.

El tercer elemento, tiene que ver con el significado de vida y consiste en la aplicación de las fortalezas personales para ayudar a los demás y hacer que los demás puedan desarrollar sus potencialidades. Este proceso se da a través de las instituciones: la familia, el trabajo, la escuela, la comunidad (Seligman, Parks, Steen, 2006; Steger, 2009) (como se citó en Grinhauz, 2012)

“Posteriormente, Seligman (2009) (como se citó en Grinhauz, 2012) propuso sumar a esta conceptualización tripartita una cuarta vía: el establecimiento de relaciones sociales positivas”. Seligman (2011) (como se citó en Grinhauz, 2012) “anunció *la teoría del bienestar* bajo el nuevo modelo denominado *PERMA*, cuyas letras hacen alusión a cada uno de los cinco elementos esenciales para el bienestar: las emociones positivas (*Positive emotions*), el compromiso (*Engagement*), las relaciones positivas (*positive Relations*), el significado de la vida (*Meaning*) y la competencia o autopercepción de logros (*Accomplishment*)”.

“Conforme al segundo elemento anteriormente explicitado que se interesa por el reconocimiento de las fortalezas que pueda tener una persona, la Psicología Positiva ha vuelto a centrar la atención científica en el estudio del carácter interesándose en los aspectos de la personalidad que son moralmente valiosos”. (Cosentino, 2010; Seligman & Csikszentmihai, 2000) (Como se citó en Grinhauz, 2012)

Una de las principales premisas fundamentales de la Psicología Positiva es que la prevención de la psicopatología es más eficaz cuando los esfuerzos se centran en la construcción, detección y potenciación de las fortalezas de las personas, en lugar de sólo centrarse en la reparación de sus déficits.

Así, las intervenciones desde la Psicología Positiva muestran mejores resultados si se inician desde temprano y se sostienen en el tiempo.

De esta manera, la mejora de las fortalezas y virtudes de los niños puede conducir a una prevención eficaz de conductas consideradas riesgosas tales como el consumo de drogas o alcohol. Adentrarse en las fortalezas de los jóvenes aumenta las posibilidades de afrontar las dificultades con éxito y de tener herramientas para hacer frente a las futuras batallas.

La psicología educativa se beneficiaría al centrar su atención en estas fortalezas que puedan tener los niños (Hughes, 2000) (como se citó en Grinhauz, 2012). De acuerdo con estudios realizados en este ámbito, aquellos docentes que priorizaron las experiencias positivas y enfatizaron el desarrollo de las habilidades en los niños, lograron que éstos tuvieran mayor probabilidad de experimentar un desarrollo psicológico positivo (Akin-Little, Little & Delligatti, 2004) (como se citó en Grinhauz, 2012). Al respecto, Seligman y Csikszentmihalyi (2000) (como se citó en Grinhauz, 2012) sostienen que promover competencias en los niños es más que arreglar lo que está mal en ellos; es identificar y fortalecer sus cualidades predominantes, y ayudarles a encontrar los espacios en los que puedan expresarlas. Promover las fortalezas de los niños y jóvenes puede incrementar cambios que favorezcan el manejo exitoso de las dificultades actuales y las que deberán afrontar en el futuro. (Terjesen, Jacofsky, Froh, DiGiuseppe, 2004) (como se citó en Grinhauz, 2012)

“En este sentido, Jenson, Olympia, Farley y Clark (2004) (como se citó en Grinhauz, 2012) plantean que aquellas escuelas en las cuales se fomenta el desarrollo de las competencias y el logro de metas realistas tienen más probabilidad de incrementar la motivación y disminuir los comportamientos problemáticos en los niños”.

“Por ello, los psicólogos que trabajan con familias, colegios y otras organizaciones, deberían crear ambientes en los que se desarrollen estas fortalezas. Las intervenciones que fomenten las potencialidades deberían, también, formar parte de todo tratamiento ya que reducen los síntomas, previenen las recaídas y aumentan la calidad de vida” (Lampropoulos, 2001) (como se citó

en Grinhauz, 2012).

Catalano, Berglund, Ryan, Lonczak, y Hawkins (2002) (como se citó en Grinhauz, 2012) realizaron una revisión sobre los programas de aplicación de la Psicología Positiva en niños. Encontraron un total de veinticinco intervenciones de los que veintiuno mostraron efectos significativos. Dentro de estos resultados se puede mencionar un mayor afianzamiento de los niños a la escuela y un mayor rendimiento escolar. A su vez, mostraron una menor predisposición a cometer actos de violencia o a tener problemas con el alcohol.

Asimismo, aumentaron un 50% las tasas de graduación en las escuelas y la asistencia a las universidades. Sin embargo, Catalano et al. (2002) (como se citó en Grinhauz, 2012) plantean que estos programas se realizaron sólo con poblaciones que se encontraban con problemas de conducta o en riesgo de abuso de alcohol y drogas, siendo su objetivo principal la reducción o la prevención de tales problemas. Estos autores proponen que estas intervenciones se realicen también en niños que no se encuentren en riesgo y con el solo objetivo de promover los puntos fuertes en ellos para una prevención eficaz.

Considerando lo anteriormente mencionado, se presentan a continuación una de las virtudes que propone la Psicología Positiva junto con los beneficios que trae aparejado su desarrollo y potenciación en niños.

El Coraje, se trata de una virtud asociada a fortalezas que implican perseguir conscientemente objetivos plausibles tolerando la incertidumbre de si podrán ser conseguidos o no. Las cuatro fortalezas que pertenecen a este grupo son: valentía, persistencia, integridad y vitalidad.

La valentía consiste en hacer lo correcto aun corriendo riesgos. Estudios mostraron la relación que hay entre este punto fuerte de carácter y la recuperación de enfermedades físicas y de trastornos psicológicos. (Peterson, Park, Seligman, 2006) (como se citó en Grinhauz, 2012)

La perseverancia significa concluir una tarea a pesar de los obstáculos. Investigaciones han encontrado que esta fortaleza influencia positivamente el logro académico. Peterson y Park (1998) (como se citó en Grinhauz, 2012) han hallado que aquellos jóvenes que no pueden aprender tras un fracaso tienen más dificultades en persistir con sus objetivos. Sin embargo, son más persistentes aquellos niños que atribuyen la causa del fracaso a factores menos estables y globales. En este sentido, la perseverancia estaría asociada positivamente con el optimismo.

“Por otra parte, existen estudios que evidencian que la experiencia de emociones positivas promueve la perseverancia frente al fracaso, es decir que la experiencia frecuente de dichas emociones se relacionaría con el mantenimiento de los esfuerzos para alcanzar los objetivos” (Folkman & Moskowitz, 2000) (como se citó en Grinhauz, 2012). “Asimismo, la esperanza se relaciona estrechamente con la persistencia. Aquellos niños con esperanza afrontan los objetivos con una actitud de resistencia, persistencia y autoconfianza, incluso en las situaciones más desfavorables” (Snyder, 2003) (como se citó en Grinhauz, 2012).

Para lograr esta inteligencia emocional en los niños y potenciar esta virtud sobretodo la fortaleza de la tenacidad o perseverancia se puede recurrir a promover procesos de resiliencia y crecimiento personal para lo cual la resiliencia distingue dos componentes: La resistencia frente a la destrucción, es decir la capacidad para proteger la propia integridad bajo presión y más allá de la resistencia, la capacidad de forjar un comportamiento vital positivo pese a las circunstancias difíciles (Vanistendael y Lecomte, 2002) (como se citó en Grinhauz, 2012). El concepto incluye además, la capacidad de una persona o sistema social de afrontar adecuadamente las dificultades, de una forma socialmente aceptable.

“La resiliencia es un proceso, un conjunto de fenómenos armonizados, en el cual el sujeto se cuele en un contexto afectivo, social y cultural. Es el arte de navegar en los torrentes” (Cyrułnik, 2002) (como se citó en Grinhauz, 2012).

“La resiliencia habla de una combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida” (Suárez, 1995) (como se citó en Muñoz, 2014).

Se caracteriza por ser un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que nos da la gran posibilidad de tener una vida sana, viviendo en un medio insano. Estos procesos se desarrollan a través del tiempo, en interacción del sujeto con su ambiente familiar social y cultural. De este modo la resiliencia no puede ser vista o pensada como un atributo con el que nacen los niños, ni que la adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo entre éstos y su medio (Rutter, 1992) (como se citó en Muñoz, 2014).

El desarrollo óptimo resulta de la interacción entre las capacidades de la persona y el medio social y físico. El desarrollo tiene lugar en las interacciones activas entre el niño, su familia, la escuela, la comunidad y la cultura en la que vive y su estudio sigue el modelo transaccional derivado del ecológico-sistémico de Bronfenbrenner (1987) (como se citó en Muñoz, 2014), teniendo en cuenta las tareas correspondientes a cada etapa del desarrollo. Si consideramos la ecología del ser humano como fuente de recursos y posibilidades para un desarrollo sano, la promoción de la resiliencia, pasa por ser una responsabilidad compartida por todos los profesionales de las diferentes disciplinas y distintos niveles de influencia relacionados con el individuo.

El enfoque de resiliencia entiende el desarrollo humano dentro de un contexto específico, para comprender el proceso es necesario considerar el entorno físico y social, la etapa evolutiva y la cultura del individuo. La promoción de la resiliencia es por tanto, una responsabilidad compartida por los profesionales en contacto con la infancia y adolescencia.

La naturaleza de la resiliencia es dinámica, puede variar en el tiempo y con las circunstancias. Es el resultado de un equilibrio entre factores protectores, factores de riesgo y personalidad del ser humano. No es un estado definido y estable, es un

camino de crecimiento. Se trata de estudiar los procesos, lo que plantea nuevos desafíos metodológicos.

La resiliencia está por construirse, para ser inventada por cada uno, en función de sí mismo y de su contexto. Es un proceso complejo que hace probablemente intervenir a la voluntad y, desde luego, a la inteligencia emocional. Así la resiliencia nos hace olvidar los determinismos de la genética o el medio para abrir el campo a la creatividad y la libertad.

Es sorprendente ver cuántos niños llegan a desarrollar una resiliencia en situaciones difíciles, como es el divorcio de sus padres. Esta situación frecuentemente de riesgo y de dolor, es un momento en el que el niño debe superar muchos desafíos y la mayor parte de ellos salen airosos. Parece como si el estudio del riesgo y los efectos negativos hubieran cerrado nuestros ojos a la realidad de la resiliencia.

Se propone un enfoque preventivo, alternativo al tradicional de riesgo, basado en el respeto y la aceptación incondicional del otro (no su comportamiento) y considerar el derecho al afecto de todo ser humano. Vivir el amor y la afectividad unido al desarrollo de características que revelen la capacidad de una persona de resistir la adversidad y salir fortalecido de ella, son una magnífica puerta de entrada para emprender una reflexión sobre los elementos a considerar en la prevención y convertir el cariño y la afectividad en reconstituyentes terapéuticos de experiencias presentes y futuras.

Es necesario integrar este concepto en la educación. La resiliencia se manifiesta como un proceso de acción sistémica en el que intervienen diferentes factores para promover el desarrollo integral del niño a pesar de sus condiciones de vida difíciles.

La resiliencia es un continuo que refuerza las opciones y oportunidades de las personas mediante la aplicación de sus capacidades y recursos internos para



enfrentarse a situaciones de riesgo, o que pongan en peligro su desarrollo, superarlas, mejorar su calidad de vida y hacer posible sus proyectos de futuro. (Muñoz, 2014)

La resiliencia, concepto en el que coinciden la pediatría, la educación, y otras disciplinas, propone trabajar no sólo sobre los factores de riesgo que pueden poner en peligro a los niños y adolescentes, también, sobre la capacidad de los individuos para afrontar las dificultades, poniendo en juego sus aptitudes. Las investigaciones en resiliencia han cambiado la percepción del ser humano, pasando de un modelo centrado en el riesgo, a un modelo de prevención basado en las potencialidades y en los recursos que el ser humano posee y en relación con su entorno. (Manciaux, 2004) (como se citó en Muñoz, 2014)

Este modelo consiste en reconocer que los seres humanos estamos desprotegidos y somos vulnerables ante la fuerza de un evento que en sí mismo puede causar daño, pero todos poseemos un escudo protector que es la resiliencia, lo que evitará que esas fuerzas actúen inexorablemente sobre nosotros, porque nos sirven como filtro que atenúa los posibles efectos de esos sucesos y en ocasiones, logra transformarlos en factores de protección, así la amenaza se convierte en oportunidad. (Muñoz, 2014)

Según Wolin (1995) (como se citó en Muñoz, 2014), “este modelo modifica considerablemente la actitud mental, la forma de ver y pensar respecto a los niños y adolescentes, por parte de los maestros y personas que trabajan en la promoción del bienestar social, porque centra su atención y su esfuerzo en identificar y fortalecer los factores protectores, que son los recursos con que cuentan aquellos con quienes se pretende trabajar, más que en los factores de riesgo”.

Una actitud mental basada en este modelo, permite reconocer en los niños y adolescentes la capacidad de ayudarse a sí mismos y convertir al maestro o profesional de la enseñanza en un apoyo, un guía y compañía eficaz para ellos por salir adelante, porque se basa en las fortalezas y oportunidades que ofrecen ellos

mismos y su realidad, esperanza y tener expectativas altas en relación con el proceso de recuperación y aprendizaje.

Partiendo de lo mencionado se trabajará en base a las siguientes técnicas tanto psicológicas y pedagógicas a través de los siguientes lineamientos:

- **Cómo fortalecer a las(os) niñas(os).**

La pedagogía contemporánea se ve enfrentada al desafío de adaptarse a la imagen cambiante de la concepción de niño. La visión del niño se ha modificado profundamente a lo largo del siglo XX, como muestra la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 29 de Noviembre de 1989. El concepto de infancia a su vez ha evolucionado, y estos cambios sociales, tecnológicos y de pensamiento han contribuido a recrear sistemas de protección, produciéndose un profundo cambio en la consideración social y jurídica de los menores, no solo por las consideraciones aportadas por diferentes profesionales desde las distintas ramas científicas, como la pedagogía y la psicología, sino también por el estudio de la realidad social. La Ley 1/96 de Protección Jurídica del Menor establece en su exposición de motivos la consideración de los menores de edad como sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social, de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás.

La pedagogía tiene que integrar esta nueva visión, no sólo en el plano teórico, sino también en su aplicación. El punto de vista de la resiliencia invita a una pedagogía respetuosa con el niño en tanto que es partícipe de su propia formación y ofrecer la protección necesaria para su desarrollo equilibrado e integral.

Grotberg, quién en 1995 (como se citó en Muñoz, 2014) elaboró un modelo para saber qué actitudes son necesarias para favorecer en las personas su capacidad de recuperarse de la adversidad, explica que estas actitudes tienen que ver con el fortaleciendo del ambiente social, los recursos personales y las habilidades

sociales que promueven la resiliencia:

- Ambiente social facilitador: Se refiere a redes de apoyo social, como grupos comunitarios, religiosos; también a modelos positivos y a la aceptación incondicional del niño o adolescente por parte de su familia, amigos y escuela.

Por tanto en el programa se trabajará o se enfocará en los siguientes puntos:

- Es necesario que el niño cuente con:
  - Personas a su alrededor que le quieran incondicionalmente y en quienes confiar pueden ser algún(a) maestra(o) y/o sus compañeros de salón.
  - Personas que le pongan límites para aprender a evitar peligros o problemas para ello se brindará la información necesaria a los docentes y los padres o tutores y la familia.
  - Personas que le muestren por medio de su conducta, la manera correcta de proceder (modelos para actuar).
  - Personas que le ayuden a conseguir su autonomía.
  - Personas que le cuiden cuando se encuentre enfermo, en peligro o necesite aprender.
  - Recursos personales: Es la fuerza psicológica interna que desarrolla el niño en su interacción con el mundo. Así también la autoestima, autonomía, control de impulsos, empatía, optimismo, sentido del humor y fe o creencia en un ser superior o en la fraternidad universal.

Para lograr esto se va a trabajar en los siguientes objetivos

- Es necesario que el niño:
  - Se sienta una persona por la que otros sienten aprecio y amor.
  - Sea feliz cuando hace algo bueno para los demás y les demuestre su afecto.
  - Sea respetuoso consigo mismo y con los demás.
  - Esté dispuesto a responsabilizarse de sus actos.
  - Se sienta seguro de que todo saldrá bien.
  - Habilidades sociales: Ser capaz de manejar situaciones de conflicto, de tensión o problemas personales. Es necesario que el niño perciba que puede:
    - Hablar sobre lo que le asusta o le inquieta.
    - Buscar maneras de resolver sus problemas
    - Controlarse cuando tiene ganas de hacer algo peligroso o que no está bien.
    - Contar con alguien que le escuche y le ayude cuando lo necesita.
- **Cambiar la mirada, psicoeducar a las(os) niñas(os).**

De acuerdo a la psicología positiva de Seligman es necesario para promover las fortalezas personales trabajar también en la resiliencia que se construye en el tiempo, es un proceso, un camino que se cuenta como el relato de una vida. Así, la

resiliencia puede llevarnos a abrir nuevos horizontes en nuestras prácticas profesionales en el campo de la prevención.

La resiliencia no es única, ni se adquiere de una vez para siempre, es una capacidad que resulta de un proceso dinámico evolutivo. Esto implica tener otra mirada sobre la realidad, con la vista puesta en el mejor uso de las estrategias de intervención. (Muñoz, 2014)

Esta capacidad de mirar de otro modo, desde lo que construye, necesita una reflexión desde cada institución y un trabajo posterior conjunto.

Todavía dirigimos nuestros ojos hacia los déficits, impidiendo ver las cualidades y los puntos fuertes de cada sujeto. Cambiar la mirada hacia lo positivo nos invita a cambiar también nuestras prácticas, rechazando toda ideología que signifique apoyar al fuerte y abandonar al débil. El verdadero cambio de paradigma es cambiar la mirada, pero “nada hay más difícil, que cambiar la mirada” (Kuhn 2000) (como se citó en Muñoz, 2014).

La escuela promueve y permite a los niños tener un espacio en el cual se sientan con libertad y puedan desarrollar la creatividad favoreciendo la construcción de procesos de autoayuda como la resiliencia frente a situaciones adversas de la siguiente forma:

- Creando una cualidad de escucha, apoyo e interés por el niño.
  
- Establecer reglas y límites claros con expectativas altas, pero sin sobrecargar al niño y niña, respetando su etapa de desarrollo.
  
- Favorecer que las(os) niñas(os) participen de forma activa del niño o niña en la vida de la familia, de la escuela o de la comunidad.

Estos elementos que favorecen la resiliencia, tienen implicaciones fundamentales

para la educación y las políticas de infancia. Confirman la importancia y la pertinencia de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989) (como se citó en Muñoz, 2014), en la que se encuentran los elementos base de la resiliencia:

- El respeto al niño, su persona e integridad.
- La protección del niño contra diversos riesgos y peligros.
- La prevención de amenazas contra la salud y la integridad.
- La participación del niño, respeto a su palabra y la valoración de su opinión.

Además la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989), es un marco de derechos y reglas, límites y exigencias. Por ejemplo, el estudio de la resiliencia en niños víctimas de abuso sexual, muestra la importancia del proceso de justicia.

La justicia comienza por exponer el derecho, situar las culpas y afirmar la inocencia. Este proceso contribuye a la reconstrucción de la autoestima de la víctima, para ayudarles a desarrollar la resiliencia.

- Para orientar y trabajar con los alumnos en el medio educativo, la resiliencia nos lleva a las proposiciones siguientes:
  - Es necesario prevenir los riesgos: Los programas preventivos deben estar orientados a eliminar o limitar los riesgos y las amenazas para los niños. Es el papel de las acciones de información, formación, sensibilización de desarrollo de competencias para reconocer una situación de riesgo y protegerse.
- No hay invulnerabilidad: Ningún programa de prevención llevará a suprimir los riesgos.

No hay fatalidad: No hay determinismo absoluto. Frente a situaciones aparentemente sin esperanza, es muchas veces posible encontrar o construir el camino de la resiliencia. La prevención se propone favorecer en el niño las competencias que le permitan desarrollar su resiliencia.

- Es necesario cambiar de perspectiva: Tener una mirada positiva sobre las personas y sus capacidades. Esto implica incluir sistemáticamente en las investigaciones y estudios sociales, preguntas sobre los aspectos positivos del desarrollo y de la salud.
- Favorecer la resiliencia de una persona cercana: Construir la resiliencia gracias a un vínculo afectivo fuerte con otra persona, con apoyo de un amigo, de un familiar, de un profesor, de una red de conocidos.

Es importante un cambio de perspectiva de la prevención, no dirigimos al niño como una víctima potencial, sino como personas que tienen recursos para desarrollar su propia resiliencia y que además pueden volverse un recurso para otros. Los trabajos sobre la resiliencia y las investigaciones están empezando, pero nos abren una puerta a la esperanza.

Una forma de prevención es la protección y desde la escuela son esenciales los vínculos afectivos como factor de protección para cada uno de los niños, haciéndoles competentes para adaptarse y saber afrontar y superar los riesgos, mediante programas de desarrollo de la competencia social y personal. Proporcionando autonomía y desarrollando factores protectores como la autoestima, la percepción del control de lo que sucede y habilidades sociales.

La prevención consiste en desarrollar en los niños el descubrimiento de sus cualidades y potenciarlas para conseguir su realización personal y activar en ellos sus capacidad de resiliencia que no es otra cosa que el fin último de la educación, conseguir una sociedad más justa, más libre, solidaria y comprometida porque hemos formado un ser humano más justo libre y comprometido.

La tarea del profesional comprometido con este modelo preventivo y con la intención de intentar activar en los niños su resiliencia, durante su proceso de desarrollo escolar, consistirá en ayudarlos a reconocer y fortalecer los vínculos afectivos que los unen, la confianza básica que tienen en sí mismos y en su familia, a encontrar los recursos internos que poseen, mediante una revisión de su historia personal, encontrando aquellas actitudes y comportamientos considerados como exitosos, analizando con ellos que factores pueden haber contribuido a que logren un éxito y motivarles a que los empleen con mayor frecuencia, al mismo tiempo que van descubriendo nuevas variaciones a esas estrategias de comportamiento que puedan resultar igualmente exitosas.

El papel que tiene la prevención, que puede tanto evitar o minimizar la gravedad de eventuales secuelas producidas por situaciones adversas, como impedir la repetición en otros de esas situaciones, cual es el caso del maltrato. Es aquí donde la resiliencia puede tener un papel decisivo y los profesionales trabajar para hacer que surja, se desarrolle y dure en aquellas personas que han sufrido la violencia. (Muñoz, 2014)

Cyrułnik et al (2004) (como se citó en Muñoz, 2014) afirma “que la resiliencia de un niño se construye en la relación con el otro, mediante una “labor de punto” que teje el vínculo, tejer la resiliencia. La resiliencia no resulta de suma de factores internos y externos, sino de su interacción permanente, que teje el destino de una vida”.

La resiliencia implica un deber de reconocer y favorecer las capacidades del niño para desarrollarse. Muestra la importancia estructuradora de la confianza. Los seres humanos necesitamos de la confianza de los demás en nosotros. Para un niño lo importante es verse reconocido, verse aceptado, solo se puede ser uno mismo si alguien te confirma que te reconoce como persona.

Es una cuestión de tiempo, para que empecemos a poner en marcha intervenciones educativas que promuevan y doten a nuestros niños de un rico capital psíquico,



para que puedan afrontar las dificultades que la vida va a ponerles enfrente, para superarlas y salir reforzados de ellas. (Muñoz, 2014)

### ✓ **Desarrollo de competencias a pesar de la adversidad**

Algunos autores ya reseñados, en su definición de resiliencia destacan el desarrollo de competencias a pesar de la adversidad. Para facilitar en el niño la adquisición de competencias es necesario:

- Desarrollar un clima de confianza, aceptando al niño tal como es.
- Participar en distintas actividades que permitan al niño aprender y que estén adaptadas a sus capacidades, estimulándole a progresar.
- Proporcionar al niño los medios necesarios para la realización de su tarea, animándole en sus esfuerzos.
- Evitar focalizar la atención en el fracaso y, por el contrario, transformar cada fracaso en una nueva ocasión de aprendizaje.

La resiliencia nos invita a modificar nuestras prácticas, observando y utilizando mejor los recursos, de manera que la educación, pueda posibilitar una formación integral, lo que hace necesario fomentar el desarrollo de capacidades cognitivas, psicomotrices, de autonomía y equilibrio personal y capacidad para la inserción en la sociedad. El profesor/tutor desde la práctica educativa es una figura fundamental en el proceso de prevención y promoción de actitudes que facilitan la resiliencia, entre las que enumeramos:

- Establecer una relación personal.
- Descubrir en cada persona aspectos positivos. Confiar en sus capacidades.

- Ser capaz de ponerse en el lugar del otro para comprender sus puntos de vista, actitudes y acciones. En educación a esta actitud la llamamos empatía.
- Evitar la humillación, el ridículo, la desvalorización, y la indiferencia que afectan de forma negativa a la imagen y confianza que la persona tiene de sí misma.
- Adoptar actitudes de respeto, solidaridad y comprensión.
- Saber que cada persona tiene expectativas, dificultades y necesidades diferentes a las nuestras.
- Desarrollar la escucha, expresión verbal y no verbal y de comunicación en general.
- Poner límites, tener comportamientos tranquilizadores y hacer observaciones que ayuden a mejorar la formación.
- Desarrollar comportamientos que transmitan valores y normas incluyendo factores de resiliencia.
- Cambiar de mirada. Tener una mirada positiva sobre las personas y sus capacidades, implica incluir siempre preguntas sobre aspectos positivos del desarrollo.

Antes de terminar, sería necesario exponer cuales son los elementos educativos fundamentales que habrá que potenciar para fortalecer la resiliencia en niños y adolescentes, con los que debemos comprometernos todos los profesionales en relación con la infancia y la adolescencia adaptándolos a cada momento evolutivo. Estos elementos los agrupa Silber (1994) (como se citó en Muñoz, 2014) en seis categorías perfectamente válidas para todos los campos profesionales:

- Conocer la realidad. Aumenta la resiliencia en los niños y adolescentes que han desarrollado el hábito de preguntar y obtienen respuestas honestas, ya que adquieren la capacidad de discernimiento e intuición y pueden tener una percepción más transparente de los hechos que suceden a su alrededor. Este conocimiento genera la capacidad para entender lo que les sucede a ellos mismos y a los demás y desarrollar la tolerancia. Para ello necesitan disponer de personas adultas cercanas a quienes dirigir sus preguntas.

- Avanzar hacia la independencia y la autonomía. Sólo puede conseguirse desde la capacidad de los adultos para reconocer en los niños su capacidad para orientarse según sus necesidades. El objetivo debe ser la posibilidad de establecer una forma de relaciones, donde domine más la razón que el sentimiento.

- Ampliar las posibilidades para conectar y establecer relaciones positivas con el entorno social. Crece la resiliencia en los niños y adolescentes que no quedan encerrados en su entorno y salen a conocer la riqueza de posibilidades que les ofrece el mundo que les rodea, así se puede completar lo que la familia no puede dar. La posibilidad de establecer una buena red de contactos sociales, a muy diversos niveles, potencia los factores de protección ante las situaciones de riesgo. El objetivo será establecer unas relaciones interpersonales que generen mutua gratificación, con equilibrio entre dar y recibir y con un respeto maduro hacia el bienestar propio y de los demás.

- Potenciar la capacidad de explorar todo el entorno, animando a experimentar las posibilidades que se le ofrecen. Se trata, en definitiva, de una forma de lucha activa contra los sentimientos de impotencia que algunas familias transmiten a sus hijos. El objetivo final es completar los proyectos y adquirir la capacidad para abordar los problemas difíciles.

- Mantener la capacidad de jugar, como método para incrementar la creatividad y activar el sentido del humor. Los niños, adolescentes, jóvenes y adultos, que saben jugar son capaces de imponer orden, belleza y objetivos concretos en el caos

diario de experiencia y sentimientos dolorosos. A través del sentido del humor, es posible contemplar lo absurdo de los problemas que nos acongojan y relativizar los complejos cotidianos.

- Educar la capacidad de juzgar y desarrollar el sentido crítico. Niños, adolescentes y jóvenes necesitan una educación ética de calidad para juzgar la bondad o maldad de los mensajes que llegan, necesitan reelaborar los valores tras la experiencia traumática, considerando el servicio a los demás como forma de compromiso social. El objetivo debe ser la educación de una conciencia informada. (Muñoz, 2014)

### **“La casita”: Construcción de la resiliencia**

Este enfoque suscita dudas en la práctica pedagógica, pero también abre vías de reflexión, como podremos ver con la representación gráfica de los diversos aspectos en relación a la resiliencia.

La resiliencia es una construcción compleja que Stefan Vanistendael y Jacques Lecomte (2002) (como se citó en Muñoz, 2014) comparan con una pequeña casa, una casita, que se construye con sólidos cimientos. Cada estancia representa un campo de intervención posible, para los que quieren contribuir a construir, mantener o reestablecer la resiliencia. Se trata de sugerencias, cada uno debe descubrir en cada situación concreta en que campos precisos puede actuar, y, a continuación, cuáles serán las acciones a llevar a cabo en cada caso.

En primer lugar está el suelo sobre el que está construida, se trata de necesidades materiales elementales. Pero se necesita más que esto. En los cimientos están también la red de relaciones sociales y en el corazón de estas redes, se sitúa la aceptación profunda de la persona, no de su comportamiento, su importancia es primordial. Esta aceptación no es unilateral, no sólo el adulto acepta al niño, es preciso que haya reciprocidad, el niño también desempeña su papel, debe consentir que se le acepte.

En la planta baja encontramos una capacidad fundamental, encontrar un sentido a la vida, descubrirle un sentido, que puede realizarse a través de una filosofía que consiste en apreciar plenamente la existencia. Este nivel es el de los proyectos concretos, que debemos encontrar para cada persona, cuidar de otro, ser generoso con otros, responsabilizarse de tareas y cuidados, la naturaleza ofrece muchas posibilidades pedagógicas importantes. El niño se siente capaz de descubrir un sentido de vida que está sin duda vinculado a su entorno. El descubrimiento de sentido no es una actividad individual, puede ser activado por los adultos favoreciendo el diálogo con los demás seres vivos y con el entorno material.

En el primer piso encontramos tres habitaciones: la autoestima, las competencias y aptitudes, el humor y otras estrategias de adaptación. Al igual que en una casa las habitaciones están comunicadas entre sí, es decir que los campos están ligados, así la autoestima, considerada como un factor esencial de la resiliencia, está en estrecha relación con otros elementos como la aceptación del otro.

Las aptitudes y competencias interesan de modo particular a la educación. No solo las aptitudes cognitivas, también las relacionales, profesionales y de supervivencia, que gracias a ellas podremos expresar sentimientos y emociones, y mostrar la capacidad práctica de arreglárnosla en la vida cotidiana.

La autoestima, considerada como un componente ético, sentirse a gusto consigo mismos, estar rodeados de personas que ratifican con justeza su valía y les animan. El buen equilibrio mental permite explorar sus posibilidades, las de los demás y las del entorno, aprenden a amar la vida y a estar motivados no sintiéndose bloqueados por obstáculos que consideran insuperables

El sentido del humor es fundamental en las relaciones humanas, aunque no se refleja en las ciencias pedagógicas. Es difícil definir el humor, y aún más difícil aprenderlo. Gracias al humor construimos relaciones, vínculos, asociaciones inesperadas, y eso relativiza las relaciones y los vínculos evidentes. Constatamos que el verdadero sentido de la vida es relativo, vinculado al contexto, y sin ese

contexto se convierte en un sinsentido. La fuente del humor es lo insólito, si solo hay rutina, no tiene cabida el humor.

En el desván está la apertura a otras experiencias a menudo más localizadas.

Esto no es una estructura rígida y fija y no responde necesariamente a este orden. Los contextos, los problemas, las culturas son demasiado diferentes y variadas, por tanto, no se puede indicar que acciones realizar en cada estancia de la casita.

Esta propuesta puede aplicarse a la construcción y fortalecimiento de resiliencia de un(a) niño(a), pero también a la de una familia, de una comunidad. La casita puede servir para encontrar puntos fuertes y débiles de la/el niña(o), y es una herramienta del enfoque de resiliencia.

La reconstrucción de una existencia que se abre un camino a veces improbable, pero que no se da fácilmente por vencida. Un recorrido sembrado de dificultades pero que conduce finalmente a la esperanza. (Muñoz, 2014)

La construcción de la resiliencia.

Adaptada de Vanistendael y Lecomte

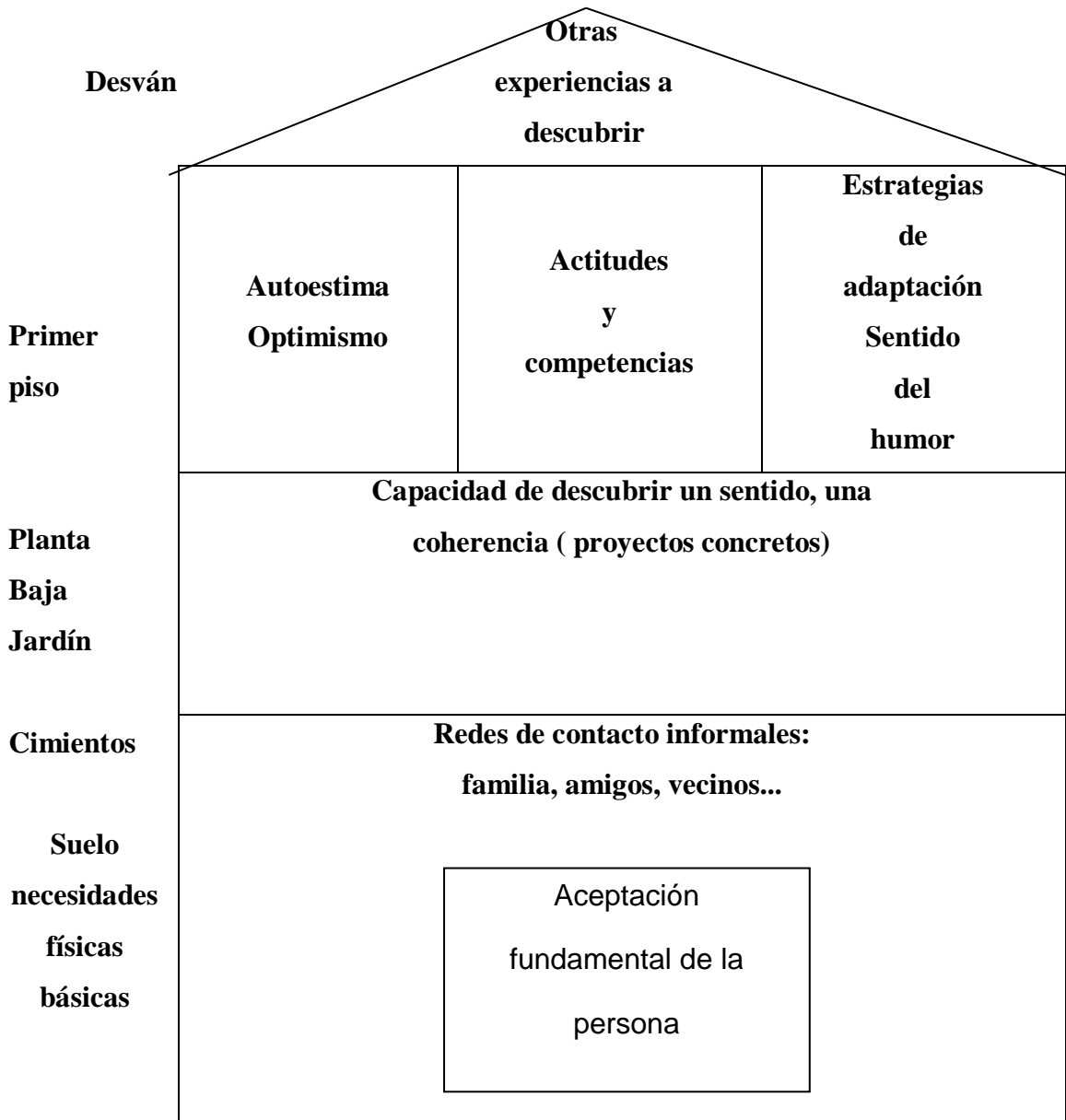


Gráfico No. 14 La casita – Construcción de la resiliencia.

## ✓ **Comunicación asertiva**

Los docentes quieren mejorar la socialización de sus alumnos, no faltar al respeto ni humillar. Aprender a hacerlo comunicando mejor influirá en las pautas comunicacionales de los niños.

Ante un conflicto, la comunicación desde el "yo" facilita la escucha. Es importante que los hijos sepan claramente qué nos pasa, cuándo y por qué. Y además, sería interesante que supiesen qué nos gustaría que pasase. (Bonet de Luna, 2013)

### **1. Describir conductas en lugar de etiquetar o hacer juicios de valor.**

Decir: *“eres un vago o un desordenado o un imbécil”* es hacer juicios de valor y, en este último caso, además, insultar (comunicación "tú"). Esto, además de ofensivo, dificulta la comunicación. Describir conductas es algo mucho más neutro, que define situaciones y no enjuicia: *“llevas toda la tarde jugando y mañana tienes un examen importante”*. Para poder hacerlo bien es importante definir muy claramente cuál es la conducta, el hecho o el comportamiento que nos molesta y describirlo de la forma más clara y sencilla posible. (Bonet de Luna, 2013)

### **2. Describir cómo me siento ante dicha conducta**

Una vez acotada la conducta que molesta, hay que informar de cómo nos hace sentir (la conducta y no tú). *“Cuando veo el salón tan desordenado, me pongo, a la vez, triste y furiosa”*. Es difícil que la otra persona se sienta atacada por hechos o descripciones que nos hacen sentir de una cierta manera. En cambio, sí le comunicamos eficazmente cómo nos sentimos ante ese hecho concreto. (Bonet de Luna, 2013)



### **3. Dejar claro cuál es el comportamiento que parecería adecuado.**

*“O sea, que te agradecería mucho que los espacios comunes de casa estuviesen recogidos cuando yo llego”*. Si nos parece que hay que especificar más a lo que nos referimos con “recogido”, por si el otro no lo entiende como nosotros, pues lo hacemos: *“No me gusta encontrarme con los restos de tu comida esparcidos o tus libros desordenados, agradecería que todo estuviese en su sitio”*. Es importante saber priorizar qué es lo más importante para comunicárselo.

En cuanto a técnicas de comunicación:

1. He dicho cómo me siento ante el hecho de que sea desordenada(o) (sin insultar, ni hacer juicios de valor).
2. Respetar su espacio y opinión.
3. Se deja claro que, dado que le preocupa su salud y educación, por ello le expresa esos consejos.

El arte de comunicarse bien no es tanto el hecho de hablar como el de escuchar. Para ello es importante pensar que la otra persona tiene algo interesante que contar, que la verdad absoluta no existe (existen los consensos) y que lo que para unos es evidente, puede no serlo para otros. Hay que “oír” sin anticipar juicios, no mostrar prisa ni impaciencia, no entrar en discusiones previas, valorar lo que dice, preguntar lo que haga falta, interpretar sin juzgar, respetar la libertad del otro, ponerse en su lugar, dar confianza, procurar no interrumpir y, sobre todo, tener mucha paciencia. Es importante dar razones según qué y según edad.

Quizás, lo más difícil es saber cuándo hay que respetar las opiniones de los hijos y cuándo hay que hacer valer las nuestras. Dependerá de circunstancias particulares. No se negocia casi nada con un niño de dos años, pero debería hacerse habitualmente con un adolescente de 14. Si no, como decía Unamuno, "venceréis, pero no convenceréis". Si uno con edad suficiente, no hace propias sus decisiones, estará adiestrado, pero poco educado. (Bonet de Luna, 2013)

✓ **Juego educativo para desarrollar la asertividad**

✓ **Soy Asertivo: Tortuga, Dragón y Persona.**

Juego educativo para enseñar a los niños y niñas a ser asertivos: capaces de expresarse sin dañar a los demás.

### **OBJETIVOS**

- Enseñar a los niños y niñas a expresarse y defenderse sin hacer daño a los demás.
- Educar para una comunicación positiva e inteligente.
- Fomentar la capacidad de perder el miedo a expresarse sin ser agresivos.

### **PARTICIPANTES**

Niños y niñas de 8 años en adelante.

### **MATERIALES**

- Ficha estilos comunicativos: Tortuga, Dragón, Persona.



**Gráfico No. 15 Imagen Juego del Dragón y la Tortuga.**

### **EN QUE CONSISTE EL JUEGO**

Esta dinámica educativa, permite enseñar a los niños y niñas los tres estilos comunicativos: pasivo (tortuga), agresivo (dragón) y asertivo (persona). A través de una divertida dinámica podrán conocer los tres estilos mencionados, reflexionar sobre ellos y descubrir la importancia de comunicarse de forma asertiva, lo que les permitirá defenderse sin ser agresivos. La asertividad es una habilidad de la inteligencia emocional que resulta clave para comunicarnos y relacionarnos, por ello es fundamental desarrollar en los más pequeños desde el principio un estilo asertivo. (Rodríguez, 2014)

## INSTRUCCIONES

**Preparación:** Preparamos las cartulinas con el tronco del árbol y los materiales.

**Explicación:** Cuando nos comunicamos con los demás es muy importante que podamos decir nuestra opinión, expresar nuestras ideas y defendernos de los ataques y al mismo tiempo no atacar a los demás, no hacerles daño con nuestra forma de comunicarnos. Existen tres estilos de comunicación que vamos a explicar a continuación:

- **Dragón (Estilo agresivo):** Este estilo es el que utiliza el dragón impone sus sentimientos, sus ideas y sus opiniones. Se comunican amenazando, insultando y agrediendo. El dragón suelta fuego por la boca cuando habla.
- **Tortuga (Estilo pasivo):** La tortuga se esconde en su caparazón cuando la decimos algo. No defienden sus intereses, no expresan ni sentimientos ni ideas ni opiniones.
- **Persona (Estilo Asertivo):** Las personas nos comunicamos con las palabras, es importante usar bien las palabras y respetar nuestros propios derechos así como los demás. Este estilo de comunicación nos permite decir lo que nos molesta sin hacer daño a los demás.

(Es interesante, ponerles ejemplo de cada estilo mientras lo explicamos). Después de explicarles esto, les repartimos la ficha TORTUGA, DRAGÓN Y PERSONA. En grupos de 3 o 4 participantes les pedimos que completen la ficha. Se trata en un primer lugar clasificar las diferentes expresiones en uno de los estilos. Les daremos tiempo para que reflexionen y completen la segunda parte de la ficha.

Una vez completadas las dos partes de la ficha, cuando conozcan los diferentes estilos comunicativos, en los mismos grupos de 3 o 4, les diremos que se repartan los tres estilos (tiene que haber como mínimo una tortuga, un dragón y una persona) y que inventen una situación que luego tendrán que escenificar, para que los demás participantes adivinen quien representa cada estilo. (Rodríguez, 2014)

FICHA TORTUGA, DRAGÓN Y PERSONA. Señala con una cruz el estilo que concuerda con la frase. Algunas frases pueden concordar en más de un estilo.

	TORTUGA (PASIVO)	DRAGÓN (AGRESIVO)	PERSONA (ASERTIVO)
No le importan las opiniones de los demás.			
No sabe decir que no.			
Escucha a los demás con respeto.			
Dice sus opiniones respetando a los demás.			
Se deja influenciar.			
No le importa hacer daño a los demás.			
Puede insultar, amenazar y humillar.			
No tiene miedo de decir lo que piensa.			
Le asusta lo que los demás puedan pensar.			
Sabe decir que no a algo sin sentirse culpable.			
Tiene en cuenta las opiniones y sentimientos de los demás.			
Actúa con seguridad y firmeza.			
Raramente hace lo que quiere.			
Se mete con los demás cuando no le parece bien su opinión.			
Trata de manipular a los otros.			
Suelen ser inseguros.			
Nunca deciden en un grupo.			
Imponen sus opiniones y sus decisiones.			
Escucha y acepta otras opiniones.			
Consigue que los demás le tengan miedo.			
Consigue que los demás le respeten y escuchen.			
Los demás no le tienen en cuenta.			

Gráfico No. 16 Ficha Tortuga, Dragón y Persona.

FICHA TORTUGA, DRAGÓN Y PERSONA. Señala con una cruz el estilo que concuerda con la frase. Algunas frases pueden concordar en más de un estilo.

	TORTUGA (PASIVO)	DRAGÓN (AGRESIVO)	PERSONA (ASERTIVO)
No le importan las opiniones de los demás.			
No sabe decir que no.			
Escucha a los demás con respeto.			
Dice sus opiniones respetando a los demás.			
Se deja influenciar.			
No le importa hacer daño a los demás.			
Puede insultar, amenazar y humillar.			
No tiene miedo de decir lo que piensa.			
Le asusta lo que los demás puedan pensar.			
Sabe decir que no a algo sin sentirse culpable.			
Tiene en cuenta las opiniones y sentimientos de los demás.			
Actúa con seguridad y firmeza.			
Raramente hace lo que quiere.			
Se mete con los demás cuando no le parece bien su opinión.			
Trata de manipular a los otros.			
Suelen ser inseguros.			
Nunca deciden en un grupo.			
Imponen sus opiniones y sus decisiones.			
Escucha y acepta otras opiniones.			
Consigue que los demás le tengan miedo.			
Consigue que los demás le respeten y escuchen.			
Los demás no le tienen en cuenta.			

[www.educayaprende.com](http://www.educayaprende.com)

Celia Rodríguez Ruiz

Gráfico No. 17 Ficha Tortuga, Dragón y Persona segunda parte.

## 6.7 MODELO OPERATIVO

<b>ETAPA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RECURSOS</b>	<b>RESPONSABLES</b>	<b>TIEMPO</b>
Preparación Logística	Reconocer el espacio físico, los recursos humanos y técnicos donde se aplicará el inicio del programa.	Preparación del material teórico – práctico.	Material de oficina Material bibliográfico Aula Evaluación continua	Investigadora	Del 5 al 7 de octubre
Encuadre	Establecer normas y objetivos del programa	Realizar entrevistas	Material de oficina Aula	Investigadora	Del 12 al 16 de octubre
Raport y empatía	Crear un clima de confianza y seguridad	Dinámicas de integración y ambientación	Material de oficina Aula Alumnas (os)	Investigadora	Del 19 al 23 de octubre
Instrucción	Se enseñará a las(os) alumnas(os) el modelo de trabajo	Reunión con docentes	Material de oficina Aula Humanos: Alumnos Docentes	Investigadora	Del 26 al 30 de octubre
Metas del centro educativo	Establecer las metas que desea lograr el	Realizar una reunión para conocer y	Material de oficina Aula	Investigadora	Del 2 al 6 de noviembre

	medio educativo con respecto a las(os) alumnas(os)	establecer las metas realistas a conseguir.	Humanos: Alumnos Docentes		
Psicoeducación	Psicoeducar a los docentes para el manejo de la motivación a las(os) niñas(os) en el aula.	Entregar material bibliográfico y dar orientación para potenciar la motivación en las(os) niñas(os) en el aula.	Material de oficina Material Bibliográfico Aula Humanos: Alumnos Docentes	Investigadora	Del 9 al 20 de noviembre
Técnicas de construcción de la resiliencia	Potenciar las fortalezas personales en las(os) alumnas(os) del centro educativo	Entregar material a las(os) niñas(os) con frases motivantes y dibujos para potenciar la motivación en las(os) niñas(os).	Material de oficina Material Bibliográfico Aula Humanos: Alumnos Docentes	Investigadora	Del 23 de noviembre 11 de diciembre
Técnicas de comunicación asertiva	Entrenar a los docentes en comunicación efectiva y uso adecuado de las palabras para desarrollar en el trato con las(os)	Entregar material bibliográfico referente al tema de la comunicación asertiva en el aula de clases para potenciar la motivación en las(os) niñas(os) en el	Material de oficina Material Bibliográfico Fichas Aula Humanos: Alumnos Docentes	Investigadora	Del 14 al 18 de diciembre



	alumnas(os) la motivación necesaria. Aplicar técnica del Juego para desarrollar la asertividad en las(os) niñas(os).	aula.			
Evaluación del proceso del programa	Evaluar si el programa ha sido efectivo y se logró los objetivos planteados en el modelo estructural.	Llevar un registro de evaluación con los puntos a evaluar.	Material de oficina Proceso corrector Salón de reuniones Evaluación continua Docentes	Investigadora	Del 21 al 22 de diciembre

**Cuadro No. 14 Modelo operativo de la propuesta**  
Elaborado por Carvajal, M

## CRONOGRAMA

Año 2015											
N°	MESES Y SEMANAS ACTIVIDADES	1		2				3			
		OCTUBRE		NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
1	Preparación logística	■									
2	Encuadre rapport y empatía		■								
3	Instrucción de técnicas por grupos			■							
4	Psicoeducación				■						
5	Técnicas de construcción de la resiliencia					■					
6	Técnicas de comunicación asertiva						■				
7	Evaluación del programa	■									

**Cuadro No. 15 Cronograma de actividades**  
Elaborado por Carvajal, M

## 6.8 ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA

<b>PREGUNTAS BÁSICAS</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
¿Qué evaluar?	Técnicas y proceso
¿Por qué evaluar?	Es necesario para tratar cualquier cambio o modificación en el proceso de aplicación
¿Para qué evaluar?	Comprobar la efectividad del proceso Realizar cualquier cambio si es necesario Analizar los resultados finales
¿Con qué criterios?	Pertinencia Coherencia Efectividad Eficiencia y Eficacia
Indicadores	Cambio notable Reducción de índices en depresión Aumento de resiliencia
¿Quién evalúa?	Docentes y Egda. De psicología clínica Ma. Isabel Carvajal
¿Cuándo evaluar?	Cada semana durante tres meses
¿Cómo evaluar?	A través de análisis de resultados y por entrevistas con los docentes para conocer observaciones en comportamiento de los alumnos
¿Fuentes de información?	Bibliografía referente a conductas que muestran motivación y tenacidad en niñas(os)
¿Con qué evaluar?	Observación Entrevista Cuestionarios o encuestas

**Cuadro No. 16 Administración de la propuesta**  
Elaborado por Carvajal, M

## **6.9 Previsión de la evaluación**

La evaluación será realizada de manera continua para esto se utilizará las siguientes técnicas psicológicas: la observación, hojas de evaluación con los puntos a tener en cuenta a evaluar, las entrevistas a los docentes para medir la existencia de cambios favorables en los alumnos y entrevista a los padres o tutores para saber si les están prestando la atención y colaboración necesaria a las(os) niñas(os) para el avance de los fines de la participación en este programa.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aranguren, (1994).** Ética, Madrid. Editorial Trotta
- Código orgánico de la niñez y adolescencia, (2009)** Corporación de estudios y publicaciones, legislación codificada. Quito Ecuador.
- DSM-IV. (1995).** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Asociación de Psiquiatría Americana, Washington DC.
- Grinhauz (2012).** El análisis de las virtudes y fortalezas en niños: una breve revisión teórica. Institución. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Lipovetsky Guilles, (2000).** La era del vacío. Editorial Anagrama – Barcelona – España.
- Muñoz, Victoria. (2014).** Educar para la resiliencia: Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. España. Universidad Complutense de Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2003).** Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos. España: Médica-Panamericana.
- Universidad de Alicante, (2009).** Tema 12. trastornos psicológicos y tratamientos psicológicos. España.

## LINKOGRAFÍA

- Acevedo Ricardo (2013).** La ciencia identifica los rasgos que forjan la perseverancia. Recuperado de:  
<http://diario.latercera.com/2013/05/18/01/contenido/tendencias/26-137074-9-la-ciencia-identifica-los-rasgos-que-forjan-la-perseverancia.shtml>.
- Agencia, EFE (2011).** La obesidad y depresión infantil, más comunes entre hispanos y afroamericanos - See more at:  
<http://www.sandiegored.com/noticias/4182/La-obesidad-y-depresion-infantil-mas-comunes-entre-hispanos-y-afroamericanos/#sthash.laJezklw.dpuf>.

- Albuja, Albuja Echeverría, Albuja Granja, (2009).** Depresión infantil en hijos de padres migrantes. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-depresion-infantil-hijos-padres-migrantes-13137724>.
- Antonini, Celia (2013).** Respuestas a la Depresión. Recuperado de: <http://www.respuestasaladepresion.com/causas/causas.php>.
- Baptista (2012).** Los hijos pequeños de padres depresivos o con problemas como alcoholismo presentan una tasa de depresión mayor. Recuperado de: <http://psicorodette.blogspot.com/>.
- Bernabeu. (2004).** Resumen de Fortalezas y virtudes del carácter. Un manual y una clasificación de Oxford University Press. Recuperado de: <http://www.movilizacioneducativa.net/resumen-libro.asp?idLibro=223>.
- Bienestar Responsable (2015).** Enfoque en virtudes y fortalezas de carácter: el paso más pequeño pero más decisivo hacia el bienvivir. Recuperado de: <http://autonomiaybienvivir.blogspot.com/2015/01/enfoque-en-virtudes-y-fortalezas-de.html>.
- Bitrán, José. (2008).** Boletín Psiquiatría. Trastornos del ánimo. Recuperado de: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/Psiquiatria/TrastornosAnimo.html>.
- Bonet de Luna, C., (2013).** Técnicas de comunicación asertiva, no violenta y yoica. Recuperado de: <http://enfamilia.aeped.es/vida-sana/tecnicas-comunicacion-asertiva-no-violenta-yoica>.
- Centro de Psicología Aaron Beck de Granada,(2015).** Trastornos psicológicos. Recuperado de: <http://www.cpaaronbeck.com/psicologos-granada/trastornos-psicologicos.html>.
- Centro de Psicología Clínica y Psicoterapia, Madrid, (2012).** Recuperado de: <http://www.psicoterapeutas.com/Trastornos.html>.
- De Paula, Jorge (2013).** Las 24 fortalezas personales que son la clave para una auténtica felicidad. Recuperado de: <http://drgeorgeyr.blogspot.com/2013/08/las-24-fortalezas-personales-que-son-la.html>.
- Diario, La Hora (2009).** La depresión en niños. Recuperado de: [http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/939778/-](http://www.lahora.com.ec/index.php/noticias/show/939778/)

1/La\_depresi%C3%B3n\_en\_ni%C3%B1os.html#.VawGUrXHqLU.

**García. (2012).** Trastornos Mentales. Recuperado de:  
<http://medicineluisagarcia.blogspot.com/>.

**Gili. (2015).** La inteligencia Emocional y las Fortalezas y Virtudes del Carácter, impulsando un nuevo paradigma educativo. Recuperado de:  
<http://blog.institutokimmon.com/la-inteligencia-emocional-y-las-fortalezas-y-virtudes-del-caracter-impulsando-un-nuevo-paradigma-educativo/>.

**Google. (2015).** Concepto de Tenacidad. Recuperado de:  
<https://www.google.com.ec/#q=que+es+tenacidad&toJSON=undefined>.

**Langner, Ana (2010).** Infancia rota: la depresión infantil, un mal en ascenso. Recuperado de:  
<http://eleconomista.com.mx/sociedad/2010/07/09/infancia-rota-depresion-infantil-mal-ascenso>.

**Muñoz, Ana (2015).** Las virtudes y fortalezas humanas. Recuperado de:  
[http://motivacion.about.com/od/psicologia\\_positiva/ss/Las-Virtudes-Y-Fortalezas-Humanas.htm](http://motivacion.about.com/od/psicologia_positiva/ss/Las-Virtudes-Y-Fortalezas-Humanas.htm).

**OMS (2012).** *Organización Mundial de la Salud - Centro de prensa: La depresión*. Recuperado de:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>.

**Puyol, Páez, Loza, Godoy, (2009).** Prevalencia de la sintomatología depresiva en escolares de los barrios de Fajardo, Chaupitena y Miranda Grande y su asociación a factores de riesgo sicosocial / Prevalence of depressive symptoms in schoolchildren from the districts of Fajardo, and Chaupitena Miranda Grande and its association with psychosocial risk factors. Recuperado de:  
<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=555138&indexSearch=ID>.

**Rodríguez, Celia., (2014).** Juego educativo para desarrollar la asertividad. Recuperado de: <http://www.educayaprende.com/juego-educativo-para-desarrollar-la-asertividad/>.

**SciELO: Alpízar, et al., (2011).** Importancia de inculcar valores en menores de

edad como prevención de la violencia Recuperado de:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1409-00152011000100004](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152011000100004).

**SciELO: Bernaras, Jaureguizar, Soroa, Ibabe, De las Cuevas, (2013).** Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. Recuperado de:  
[http://www/scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282013000100016&lang=es](http://www/scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282013000100016&lang=es).

**SciELO: Betancourt, (2009).** Autismo, depresión anaclítica y prevención en salud mental infantil. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502009000500007&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502009000500007&lang=pt).

**SciELO: González (2006).** Depresión en niños y niñas con cáncer. Recuperado de: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0258-64442006000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0258-64442006000100002).

**SciELO: Moo, Jesús, et al., (2011).** Estructura del sueño y funciones ejecutivas en niños con depresión. Recuperado de:  
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000500010&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000500010&script=sci_abstract).

**SciELO: Sánchez y Méndez (2009).** El Optimismo como Factor Protector de la Depresión Infantil y Adolescente. Recuperado de:  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000300008&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742009000300008&script=sci_arttext) SCIELO.

**Vinaccia, et al., (2006).** Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del “child depression inventory” – CDI. Recuperado de:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S179499982006000200004&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S179499982006000200004&script=sci_arttext).



## **CITAS BIBLIOGRÁFICAS - BASE DE DATOS UTA**

**EBRARY PROQUEST READER:** Weiner, Howard, Jerry. (2012). Manual de Psicología de la Personalidad y Psicología Social (segunda edición). Ebrary ProQuest Reader.

**EBRARY PROQUEST READER:** Beauchaine y Hinshaw. (2013). Psicopatología del Niño y del Adolescente (segunda edición). Ebrary ProQuest Reader.

**EBRARY PROQUEST READER:** Talan, Kenneth H. (2007). Ayude a su niño o adolescente volver a la pista: Lo que los padres y los profesionales pueden hacer por la niñez emocional y problemas de conducta. Ebrary ProQuest Reader.

**EBRARY PROQUEST READER:** Mash y Barkley. (2006). Tratamiento de los Trastornos de la infancia. Ebrary ProQuest Reader.

**EBRARY PROQUEST READER:** Wilmshurst, Linda. (2005). Fundamentos de Psicopatología Infantil. Ebrary ProQuest Reader.

# ANEXOS

**ANEXO A1.-**

**CUESTIONARIO DE TENACIDAD INFANTIL (ADAPTADO)**

CUESTIONARIO DE TENACIDAD INFANTIL		
Conteste a las siguientes preguntas de acuerdo a la clave siguiente		
	0 En desacuerdo 1 Un poco de acuerdo 2 Algo de acuerdo 3 Bastante de acuerdo 4 Muy de acuerdo	
1	He superado problemas para poder tener algo importante que quiero.	
2	Las ideas y deseos nuevos a veces me distraen de los anteriores.	
3	Mis intereses van cambiando muy seguido.	
4	Los fracasos no me desaniman.	
5	He estado interesado/a durante bastante tiempo en un deseo por el que después perdí interés.	
6	Soy muy esforzado/a.	
7	A menudo deseo una meta pero después la cambio por otra.	
8	Me es difícil mantener la atención en planes que necesitan más de unos cuantos meses para acabarlos.	
9	Siempre acabo lo que empiezo.	
10	He logrado una meta que me costó mucho tiempo de trabajo.	
11	Me he interesado en muchas actividades en pocos meses.	
12	Realizo muy bien todas mis tareas.	
	<b>Suma Total</b>	
	<b>Promedio</b>	

La puntuación de cada ítem es la siguiente:

- 0 En desacuerdo = 4 puntos
- 1 Un poco de acuerdo = 3 puntos
- 2 Algo de acuerdo = 2 puntos
- 3 Bastante de Acuerdo = 1 punto
- 4 Muy de Acuerdo = 0 puntos

## ANEXO A2.-

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE BECK

#### INVENTARIO DE DEPRESION INFANTIL DE BECK

1.  Estoy triste de vez en cuando.  
 Estoy triste muchas veces.  
 Estoy triste siempre.
2.  Nunca me saldrá nada bien  
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.  
 Las cosas me saldrán bien
3.  Hago bien la mayoría de las cosas.  
 Hago mal muchas cosas  
 Todo lo hago mal
4.  Me divierten muchas cosas  
 Me divierten algunas cosas  
 Nada me divierte
5.  Soy malo siempre  
 Soy malo muchas veces  
 Soy malo algunas veces
6.  A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.  
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.  
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7.  Me odio  
 No me gusta como soy  
 Me gusta como soy
8.  Todas las cosas malas son culpa mía.  
 Muchas cosas malas son culpa mía.  
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9.  No pienso en matarme  
 pienso en matarme pero no lo haría  
 Quiero matarme.
10.  Tengo ganas de llorar todos los días  
 Tengo ganas de llorar muchos días  
 Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11.  Las cosas me preocupan siempre  
 Las cosas me preocupan muchas veces.  
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12.  Me gusta estar con la gente  
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente  
 No quiero en absoluto estar con la gente.
13.  No puedo decidirme  
 Me cuesta decidirme  
 me decido fácilmente
14.  Tengo buen aspecto  
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.  
 Soy feo
15.  Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes  
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16.  Todas las noches me cuesta dormirme  
 Muchas noches me cuesta dormirme.  
 Duermo muy bien
17.  Estoy cansado de cuando en cuando  
 Estoy cansado muchos días  
 Estoy cansado siempre
18.  La mayoría de los días no tengo ganas de comer  
 Muchos días no tengo ganas de comer  
 Como muy bien
19.  No me preocupa el dolor ni la enfermedad.  
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad  
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20.  Nunca me siento solo.  
 Me siento solo muchas veces  
 Me siento solo siempre
21.  Nunca me divierto en el colegio  
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.  
 Me divierto en el colegio muchas veces.
22.  Tengo muchos amigos  
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más  
 No tengo amigos
23.  Mi trabajo en el colegio es bueno.  
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.  
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24.  Nunca podré ser tan bueno como otros niños.  
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.  
 Soy tan bueno como otros niños.
25.  Nadie me quiere  
 No estoy seguro de que alguien me quiera  
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
26.  Generalmente hago lo que me dicen.  
 Muchas veces no hago lo que me dicen.  
 Nunca hago lo que me dicen
27.  Me llevo bien con la gente  
 Me peleo muchas veces.  
 Me peleo siempre.