



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“DEPRESIÓN Y ACTITUDES DISFUNCIONALES EN DOCENTES DE UNIDADES DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA”.

Requisito previo para optar por el Título de Psicólogo Clínico

Autor: Llerena Aguirre, Leonel Alexander

Tutora: Psi. Cl. Mg. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía

Ambato - Ecuador

Septiembre, 2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema: **“DEPRESIÓN Y ACTITUDES DISFUNCIONALES EN DOCENTES DE UNIDADES DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA”** de Llerena Aguirre Leonel Alexander, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometida a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Mayo del 2019

LA TUTORA

.....
Psi. Cl. Mg. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: “**DEPRESIÓN Y ACTITUDES DISFUNCIONALES EN DOCENTES DE UNIDADES DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad de mi persona, como autor de éste trabajo de grado.

Ambato, Mayo del 2019

EL AUTOR

.....
Llerena Aguirre, Leonel Alexander

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este Proyecto de Investigación o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción del Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, Mayo del 2019

EL AUTOR

.....
Llerena Aguirre, Leonel Alexander

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación sobre el tema: **“DEPRESIÓN Y ACTITUDES DISFUNCIONALES EN DOCENTES DE UNIDADES DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA”**, de Llerena Aguirre Leonel Alexander, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Septiembre del 2019

Para constancia firman

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

A mi familia que me ha brindado su apoyo.

A mis padres que me enseñaron el valor del esfuerzo.

A mis hermanos que me han aceptado como la persona que he sido.

A mí cuñada Verito y a mis sobrinos que son los mejores.

A mi pequeña propia familia: Valen, Brócoli y especialmente a Gabi, el amor de mi vida.

A mis amigos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mis padres por enseñarme que la vida continúa y que nunca se deja de crecer, gracias por su sinceridad y amor.

A mis hermanos que me demuestran su cariño a pesar de que yo no lo haga tanto, los quiero.

Al amor de mi vida por regalarme la dicha de ser amado y acelerar mi paso en el camino de ser humano y profesional. Gracias de verdad por ser quien eres y permitirme disfrutar del paquete completo. ¡Te admiro!

A mis amigos Katta, Jenny, Lindis, Lis, Cristian y al resto que me regaló buenos recuerdos en la vida.

A Juanito por ser el mejor amigo, gracias.

A la familia de mi novia, por ser tan buenos conmigo.

A Nancy Betancourt por incentivarme a dar un paso importante como estudiante.

A Rocío Ponce por ser una gran amiga y compartir su conocimiento.

A mi tutora Mayrita, por su guía y apoyo en el desarrollo de mi tesis.

Gracias a las personas e instituciones que apoyaron mi proyecto.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
RESUMEN EJECUTIVO	xiv
ABSTRACT (SUMARY)	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	2
MARCO TEÓRICO.....	2
1.1. Antecedentes investigativos	2
1.1.1. Contextualización	2
1.1.2. Estado del Arte.....	4
1.1.3. Fundamentación teórica.....	10
Variable depresión	10
Concepto depresión.....	10
Factores de riesgo relacionados a la depresión	11
Fisiología de la depresión.....	11
Factores bioquímicos	11
Alteraciones estructurales y neuropsicológicas	12
Endocrinología	12

Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA).....	13
Eje hipotálamo-pituitario-tiroideo.....	13
Causas de la depresión según el modelo tetradimensional	13
Trastornos del estado de ánimo.....	14
Modelo tetradimensional de la depresión	15
Humor depresivo	17
Anergia.....	18
Discomunicación.....	19
Ritmopatía.....	19
Diagnóstico	20
Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según DSM-V.....	20
Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10.....	21
Tratamiento trastornos depresivos.	22
Tratamiento farmacológico	22
Tratamientos psicológicos.....	24
Terapia de conducta	25
Terapia cognitiva.....	25
Variable actitudes disfuncionales.....	26
Modelos explicativos	26
Teoría cognitiva	26
Modelo cognitivo de Aaron Beck	27
Triada cognitiva	27
Los esquemas	28
Errores cognitivos	28
Teoría cognitiva conductual.....	29
Teoría conductual.....	31
Actitud disfuncional	32

Concepto de actitudes disfuncionales	32
Tipos de actitudes disfuncionales	32
Necesidad de aprobación.....	32
Necesidad de amor	33
Ejecución de logros	33
Perfeccionismo.....	33
Derecho sobre otros.....	33
Omnipotencia	34
Autonomía.....	34
1.2. Objetivos	34
2.1. Materiales	36
Descripción de los instrumentos	36
Reactivo variable Depresión	36
Reactivo variable Actitudes Disfuncionales	36
2.2. Métodos.....	37
Nivel y tipo de investigación.....	37
Operacionalización de variables	39
Variable depresión	39
Variable actitudes disfuncionales.....	40
Seleccione el área o ámbito de estudio	41
Población.....	41
Criterios de inclusión y exclusión	41
Criterios de inclusión	41
Criterios de exclusión.....	41
CAPÍTULO III.....	42
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
3.1. Análisis y discusión de los resultados	42

Pruebas de normalidad	42
Prueba de normalidad para las dimensiones de la variable depresión	42
Prueba de normalidad para las dimensiones de la variable actitudes disfuncionales.....	43
Dimensión predominante de depresión en docentes	43
Tipo de creencia perteneciente a actitudes disfuncionales que predomina en docentes.....	45
CAPÍTULO IV	51
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	51
4.1. Conclusiones	51
Recomendaciones.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Cuadro clínico de la depresión endógena	15
Tabla N° 2. Cuadro clínico de la depresión situativa.....	16
Tabla N° 3. Cuadro clínico de la depresión psicógena	16
Tabla N° 4. Antidepresivos tricíclicos	23
Nota: Obtenido de Manual APIR de tratamientos psicológicos (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).	23
Tabla N° 5. IMAO.....	23
Nota: Obtenido de Manual APIR de tratamientos psicológicos (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).	23
Tabla N° 6. ISRS.....	23
Nota: Obtenido de Manual APIR de tratamientos psicológicos (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).	23
Tabla N° 7. Operacionalización de la variable depresión	39
Tabla N° 8. Operacionalización de la variable actitudes disfuncionales	40
Tabla N° 9. Prueba de normalidad para las dimensiones de depresión.	42
Tabla N°10. Prueba de normalidad para las dimensiones de la variable actitudes disfuncionales.....	43
Tabla N° 11. W de Kendall para las dimensiones de depresión	43
Tabla N° 12. W de Kendall para los tipos de creencias	45
Tabla N° 13. Pruebas post hoc para las comparaciones entre los tipos de creencias	45
Tabla N° 14. U de Mann-Whitney para la diferenciación de depresión según el nivel de educación.....	47
Tabla N° 15. Rho de Spearman para la correlación de la variable depresión con la variable actitudes disfuncionales.....	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1. Hipótesis permisiva de la depresión.....	11
Figura N° 2. Localización de estructuras cerebrales asociadas a la depresión	12
Figura N° 3. Representación gráfica del humor depresivo	17
Figura N° 4. Representación gráfica de la anergia	18
Figura N° 5. Representación gráfica de la discomunicación	19
Figura N° 6. Representación gráfica de la ritmopatía depresiva	20
Figura N° 7. Criterios para el episodio depresivo mayor según DSM-V	20
Figura N° 8. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10.....	21
Figura N° 9. Modelo estándar de depresión de Beck.....	28

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

**“DEPRESIÓN Y ACTITUDES DISFUNCIONALES EN DOCENTES DE
UNIDADES DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA”**

Autor: Llerena Aguirre, Leonel Alexander

Tutora: Psi. Cl. Mg. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía

Fecha: Ambato, Mayo del 2019.

RESUMEN EJECUTIVO

Objetivos: Determinar la relación entre depresión y actitudes disfuncionales en docentes de unidades de educación primaria y secundaria, identificar la dimensión predominante de depresión en los docentes, definir el tipo de dimensión perteneciente a actitudes disfuncionales que predomina en los docentes, diferenciar la depresión de acuerdo al nivel de educación en el que se desempeñan los docentes de educación primaria y secundaria. **Materiales y métodos:** el presente estudio es de enfoque cuantitativo, de tipo correlacional y de corte transversal, se aplicaron dos instrumentos de evaluación psicológica a 61 docentes pertenecientes a dos unidades educativas del Cantón de Ambato; los instrumentos utilizados fueron el cuestionario estructural tetradimensional para la depresión y la escala de actitudes disfuncionales, además de aplicarse una ficha informativa, la cual contenía los criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** la Anergia resultó la dimensión de depresión con un mayor rango promedio (2,70), por otra parte se encontró que la actitud disfuncional con mayor rango promedio fue derecho sobre otros (5,43), finalmente según el nivel de educación en el que ejercen los docentes se identificó que los de educación secundaria presentan un mayor rango promedio (30,91), sin embargo esta diferencia no resultó significativa en comparación con los docentes de primaria. **Conclusiones:** Mediante la aplicación de la prueba estadística Rho de Spearman se determinó que la

variable depresión se correlaciona de manera estadísticamente significativa con seis de los siete tipos de creencias pertenecientes a actitudes disfuncionales, con excepción del tipo de creencia derecho sobre otros.

PALABRAS CLAVES: ACTITUD DISFUNCIONAL, DEPRESIÓN, CREENCIA DISFUNCIONAL, DISTORCIONES COGNITIVAS, IDEAS IRRACIONALES, DOCENTES, DEPRESIÓN TETRADIMENSIONAL.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

HEALTH SCIENCES FACULTY

CLINICAL PSYCHOLOGY

**“DEPRESSION AND DYSFUNCTIONAL ATTITUDES IN TEACHERS OF
PRIMARY AND SECONDARY EDUCATION UNITS”**

Author: Llerena Aguirre, Leonel Alexander

Tutor: Psi. Cl. Mg. Rodríguez Pérez, Mayra Lucía

Date: Ambato, May 2019.

ABSTRACT (SUMMARY)

Objectives: Determine the relationship between depression and dysfunctional attitudes in teachers of primary and secondary education, identify the predominant dimension of depression in teachers, define the dimension of dysfunctional attitudes that predominates in teachers, and differentiate depression according to the level of education in which teachers of primary and secondary education work. **Materials and methods:** the present study is with a quantitative approach, with correlational model and the cross section, two instruments of psychological evaluation were applied to 61 teachers belonging to the educational units of the Canton of Ambato; The instruments used were the four-dimensional structural questionnaire for depression and the dysfunctional attitudes scale, as well an informative sheet, we content inclusion and exclusion criteria. **Results:** The anergy was reduced to an average of higher rank (2.70), finally the next step was published. The information that is taken into account is more important compared to primary teachers. **Conclusions:** Throughout the application of Spearman's Rho statistical test it was determined that the variable depression correlates in a statistically significant way with six of the seven types of beliefs belonging to dysfunctional attitudes, with the exception of the type of belief straight over others.

KEY WORDS: DYSFUNCTIONAL ATTITUDE, DEPRESSION,
DYSFUNCTIONAL BELIEF, COGNITIVE DISTORTIONS, IRRATIONAL
IDEAS, TEACHERS, TETRADIMENSIONAL DEPRESSION.

INTRODUCCIÓN

La depresión es una alteración del estado ánimo, la cual conlleva a repercusiones negativas a nivel mental y físico, además de involucrar ciertas afectaciones en diversas áreas de participación, tales como: laboral, social, familiar, interpersonal, entre otras; estas alteraciones abarcan desde estados transitorios y de mínima afectación catalogados como normales, hasta cuadros patológicos caracterizados por la presencia de signos y síntomas que producen un malestar significativo.

Existen diversos enfoques psicológicos que explican la depresión como un mal que afecta a la población y que se refleja en diferentes aspectos que integran al sujeto. Uno de estos enfoques es la teoría cognitiva conductual, la cual considera que la depresión está influenciada por la triada cognitiva, la cual abarca distorsiones negativas relacionadas a sí mismo, al mundo y al futuro, llevando a que las respuestas cognitivas del sujeto, tengan una repercusión desfavorable en sí mismo y aquello que le rodea; parte estas distorsiones cognitivas son las actitudes disfuncionales propuestas por Beck, las cuales exceden su influencia negativa a través de la necesidad de amor, aprobación, la ejecución, el perfeccionismo, la omnipotencia, el derecho sobre otros y la autonomía, que si bien pueden ser positivas, las experiencias negativas condicionan a un modelo inadecuado de respuesta.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes investigativos

1.1.1. Contextualización

De acuerdo al último informe emitido por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el 2017, la depresión afecta a 300 millones de personas alrededor del mundo. Entre el 2005 y 2015, se dio un incremento de más del 18%, dicho aumento en parte fue asociado a que el 50% a nivel mundial y el 90% en algunos países no sigue un tratamiento para este trastorno (OMS, 2017).

En el 2015 la población con depresión fue de 4,4%, resultando mayor en mujeres que en hombres con un 5,1% y 3,6% respectivamente. Según la OMS, la depresión es considerada como el factor principal que conlleva a la discapacidad de un individuo, la cual se mantiene presente más allá del 7,5% del tiempo de vida (OMS, 2015).

Según un informe realizado por la OMS a nivel mundial, la población etaria de 55 a 74 años es la más vulnerable a padecer depresión a comparación de los niños y adolescentes menores a 15 años, los cuales a pesar de padecerla, lo hacen en menor número que los antes mencionados (OMS, 2017).

La OMS señala que a pesar de existir ciertos tratamientos eficaces para la depresión, la población que no accede a estos es mayor a la mitad de su totalidad y en varios países al menos el 90% no acceden a los tratamientos debido a causas como: falta de recursos económicos, déficit en cuanto a personal capacitado, diagnósticos erróneos y estigmatización de los trastornos mentales, entre otros (OMS, 2018).

En América se estima que aproximadamente el 50% de la población padece depresión. Según un informe emitido por la OMS al menos 7 de cada 10 personas no reciben el tratamiento necesario, entre las causas se identifica el presupuesto mínimo que el estado invierte para el tratamiento de enfermedades relacionadas a salud mental, debido a que se da mayor importancia a la salud física (OMS, 2017).

La prevalencia de depresión en América es mayor en mujeres que en hombres, siendo de 5,8% y 3,8% respectivamente, esta tendencia se mantiene en los diferentes países que conforman Latinoamérica, de los cuales Brasil con 5,8%, Cuba con 5,5% y Paraguay con 5,2% son los más afectados con respecto a prevalencia, poco después, pero no menos importante se encuentra Ecuador con un 4,6% de prevalencia (OMS, 2015).

En un análisis a largo plazo realizado en la Region de las Américas por parte de la Organización Panamericana de la Salud, con sus siglas (OPS), se logró apreciar que al menos el 14, 5% de la población diagnosticada con depresión, tiende a mantenerla a lo largo de su vida y que la brecha de tratamiento es del 54, 8%, lo cual significaría que este porcentaje no accede a un adecuado tratamiento (OPS, 2013).

La OPS, en su último informe indicó que en el año 2015, solamente en el Ecuador se registraron 721.971 casos de depresión, los cuales corresponden al 4,6% de la población en general. Del total de la población ecuatoriana con depresión, se estima que produce discapacidad en el 9,2% de los años vividos (OPS, 2017).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador (INEC), revela en un documento correspondiente a egresos hospitalarios que el 73,5% de casos relacionados a episodios depresivos que llegaron a ser atendidos en instituciones de salud correspondían a personas que se encontraban dentro del grupo etario de 19 a 59 años (INEC, 2017).

En el año 2015 el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP) reporta que a nivel de atenciones ambulatorias se registró 50.379 casos de depresión diagnosticados como presuntivos y definitivos, de los cuales 36.631 fueron mujeres y 13.748 fueron hombres. En el mismo informe, de acuerdo al INEC en el año 2015 3.406 de las hospitalizaciones correspondían a casos de depresión (MSP, 2016).

Debido al alarmante incremento de los casos de depresión y otras enfermedades mentales, en el año 2016 el MSP contó en su cuerpo de trabajo con 769 psicólogos en comparación de los 62 que anteriormente tenía en el año 2008, así también incrementando el número de psiquiatras a 55 en el 2016, llegando a casi triplicar sus cifras a comparación del año 2008 (MSP, 2016).

1.1.2. Estado del Arte.

Sánchez, y Velazco (2017) realizaron un estudio en el Estado de México, con el tema “Comorbilidad entre síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en una muestra de profesores de Educación Básica del Estado de México”, con una muestra de 459 maestros, con edades comprendidas entre los 22 y 64 años, de los cuales 276 son mujeres y 183 son hombres. Los resultados señalaron una mayor prevalencia de síndrome de Burnout y ansiedad y en menor medida depresión, sin embargo posterior al análisis de cada una y de manera independiente se percibió un aumento de las mismas.

Castillo, Fernández, y López (2014) realizaron una investigación en Huelva, España, con el tema “Prevalencia de ansiedad y depresión en docentes”, la muestra constó de 359 docentes, los cuales laboraban en centros educativos públicos, con un rango de edad de 26 a 67 años y de los que 30,6% eran hombres y 69,4% eran mujeres. Así mismo el 63% de docentes pertenecía a educación primaria, el 31,9% a secundaria. En relación a los resultados se apreció que el 16,4% de participantes presentó ansiedad, el 15% depresión y el 9% ambas.

Portellano, Garre, Calvó, y Conde (2016) realizaron un estudio en España con el tema “Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España”, con una muestra de 5830 participantes de los cuales el 46,3% eran hombres y el 53,7% eran mujeres, con un promedio de edad de 67.9 años. Los investigadores concluyeron que las principales variables asociadas a la depresión son una mala salud física, pertenecer al género femenino y tener dificultades en las actividades de la vida diaria.

García, y Aroca (2014) realizaron una investigación en España, con el tema “Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad”, con una muestra de 782 pacientes, de los cuales 505 tenían historial de intento de suicidio y los otros 277 restantes no tenían ningún antecedente. En los resultados se evidenció que aquellos pacientes que padecían de ansiedad y depresión de manera comórbida tenían mayor riesgo de llegar a la conducta suicida. Además se identificó que aquellos que no tenían hijos, tenían mayor tendencia a realizar conductas suicidas.

Ansoleaga, Vézina, y Montaña (2014) efectuaron una investigación en Chile, con el tema “Síntomas depresivos y estrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres”, con una muestra de 3010 trabajadores remunerados de todo el país, de los cuales el 35% eran mujeres y el 65% hombres. Como conclusiones se determinó que la población de mujeres es más vulnerable a padecer sintomatología depresiva y que un bajo soporte social resultó ser un factor determinante para su aparición e incremento.

Cazassa, dos Santos, da Silva, y Riveiro (2014) realizaron un estudio en Argentina, con el tema “Esquemas Desadaptativos Tempranos y Síntomas Depresivos: Estudio de comparación intergrupar”, con una muestra de 238 personas que fueron divididas en dos grupos de los cuales el primer grupo era de 120 sujetos con síntomas depresivos y el segundo de 118 sujetos sin síntomas depresivos, con edades comprendidas entre 18 y 59 años. Se registró una relación positiva entre depresión y esquemas desadaptativos tempranos, en donde el grupo con síntomas depresivos obtuvo una mayor puntuación durante la evaluación.

López y Presmanes (2018) encaminaron una investigación en España, con el tema “Depresión en hombres y su relación con la ideología masculina tradicional y la Alexitimia”, con una muestra de 50 hombres de edades superiores a los 25 años y con una edad media de 40,2 años. De acuerdo a los resultados existió una correlación positiva entre Alexitimia y depresión. Además de existir la presencia de dureza,

determinada por el test de Alexitimia de Toronto y a la cual le atribuyen a la dificultad o prohibición de reproducir e identificar emociones en la infancia debido al contexto en el que se desarrollan ciertos individuos.

Arancibia y Behar (2015) realizaron un estudio en Chile con el tema “Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias”, en la cual se recabó información de varias fuentes bibliográficas. Concluyeron que la Alexitimia se encuentra estrechamente relacionada con los componentes neurofisiológicos que ejercen en la depresión, ya que los resultados de neuroimagen señalan alteraciones en el área cingulada, la cual está relacionada con la sensación de dolor.

McLean y Connor (2015) realizaron una investigación en Estados Unidos, con el tema “Depressive Symptoms in Third-Grade Teachers: Relations to Classroom Quality and Student Achievement”, con una muestra 5023 estudiantes de tercer grado en 27 salones de clase. El Estudio determinó que los estudiantes que comenzaron el periodo académico con puntajes débiles, los logros de aumento de los mismos fueron insignificantes, en aquellos cursos en los que el docente encargado padecía de depresión y se reportaron mejoras académicas en aquellos estudiantes con puntajes débiles con maestros sin depresión.

Castellón, Ibern, Gili, Lahera, Sanz, y Ruiz (2016) realizaron un estudio en Barcelona, España, con el tema” El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave”, llegando a la conclusión de que la presencia de depresión significaba una disminución del rendimiento de los trabajadores y que la misma dependiendo de su gravedad debería ser abordada multidisciplinariamente.

Vera, Vélez, y Córdoba (2018) realizaron un estudio en Ecuador, con el tema “Efectos de la Depresión en el Bienestar Laboral: El Rol Modulador del Apoyo Social en el Trabajo”, con una muestra de 220 trabajadores, de los cuales el 100% pertenecen a una empresa de maquinaria pesada elegida a conveniencia, con un rango de edad de 19 a 68 años, de los cuales el 64,5% son hombres y 35,5% son

mujeres. El grupo de estudio concluyó que a mayor nivel de depresión se da un menor bienestar en los trabajadores y que el apoyo social resultaba como un modulador entre depresión y bienestar laboral.

Franco, Mañas, y Justo (2016) efectuaron un estudio en Almería, España, con el tema “Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa de mindfulness”, en la que se identificó que el mindfulness redujo significativamente los niveles de estrés, ansiedad y depresión en el grupo experimental, caso que no se dio en el grupo de control donde no se aplicaron estas técnicas.

García y Fantín (2014) realizaron una investigación en San Luis, Argentina, con el tema “Patrón de conducta tipo A en trabajadores de la ciudad de San Luis, su relación con actitudes disfuncionales” con una muestra de 63 trabajadores de los cuales el 56% fueron hombres y el 44% mujeres con un rango de edad que comprende de 20 a 50 años. Durante la exploración de actitudes disfuncionales se concluyó que las distorsiones cognitivas predominantes fueron perfeccionismo, omnipotencia en la juventud y que conforme el individuo iba envejeciendo se generaba dependencia de aprobación de los demás.

Polo, Briñez, Navarro, y Alí (2015) realizaron una investigación por medio de revisión bibliográfica en Colombia, con el tema “Creencias irracionales, síndrome de Burnout y adicción al trabajo en las organizaciones”, en donde concluyen que existe un vínculo entre la presencia de creencias irracionales, tales como las actitudes disfuncionales, con la aparición de fenómenos como la adicción al trabajo y el Burnout.

Porras y Parra (2018) encaminaron una investigación en Colombia, con el tema “Creencias irracionales como riesgo psicosocial de la adicción al trabajo desde la perspectiva de la Psicología de la Salud Ocupacional”, en la cual participaron 8 empleados de sector de servicios educativos. El estudio determinó que las

características personales tales como ideas de perfeccionismo, necesidad de aprobación, sentimientos de culpa y miedo a perder trabajo resultaban como desencadenantes del comportamiento adictivo hacia el trabajo.

Ramos, Franquelo, Franesqui, y López (2017) llevaron a cabo una investigación en Madrid, España, con el tema “Actitudes disfuncionales en pacientes con trastorno grave de personalidad: inespecificidad sintomatológica y cambio”, con una muestra de 262 sujetos, de los cuales 209 eran mujeres y 53 hombres con edades comprendidas entre 18 y 58 años. El grupo de estudio determinó de acuerdo a los datos obtenidos, que las actitudes disfuncionales influyen en el incremento del nivel de sintomatología depresiva de pacientes con trastorno de personalidad.

Conway, Slavich, y Hammen (2015) realizaron una investigación en Estados Unidos con el tema “Dysfunctional Attitudes and Affective Responses to Daily Stressors: Separating Cognitive, Genetic, and Clinical Influences on Stress Reactivity”, con una muestra de 104 adultos jóvenes, con una media de edad de 29,64 años, de los cuales 76 eran mujeres y 28 hombres. Los investigadores concluyeron que las actitudes disfuncionales afectan en cuanto a las características internalizadoras de estrés, sin embargo en su presentación general, estas actitudes no influían, ya que no variaban de la expresión de síntomas en aquellas personas que no tenían actitudes disfuncionales.

Otani, Suzuki, Matsumoto, y Enokido (2016) efectuaron un estudio en Japón con el tema “Link of dysfunctional attitudes with the negative self-model”, con una muestra de 591 personas, de los cuales 435 eran hombres y 156 eran mujeres, la media de edad era de 38,6 años. Los miembros que llevaron a cabo el estudio determinaron que las actitudes disfuncionales se encuentran relacionadas con situaciones de apego negativas, tal es el caso de la sobreprotección, la cual generaba actitudes disfuncionales sobre logros e independencia. Por otro lado, aquellas actitudes relacionadas con el autocontrol no se veían afectadas por el modelo de crianza, sino más bien podrían ser producto de otras situaciones de apego, tales como hermanos y compañeros.

Vanderhasselt, Koster, Onraedt, Bruyneel, Goubert, y Raedt (2014) realizaron una investigación en la Universidad de Ghent, de la ciudad de Gante en Flandes, Bélgica, con el tema “Adaptive cognitive emotion regulation moderates the relationship between dysfunctional attitudes and depressive symptoms during a stressful life period: A prospective study”, con una muestra de 92 estudiantes, de entre 20 y 27 años de edad, de los cuales 72 eran mujeres y 20 hombres. La investigación fue longitudinal, con una duración de 3 meses en los cuales dieron seguimiento continuo a este grupo de estudiantes, relacionando los síntomas depresivos con las actitudes disfuncionales. El grupo de estudio concluyó que la sintomatología depresiva y las actitudes disfuncionales variaban significativamente en situaciones de estrés, dando puntajes más altos durante estas situaciones, que al inicio de la muestra.

Kerqeli, Kelpin, y Tsigilis (2013) llevaron a cabo una investigación en Kosovo con el tema “Dysfunctional Attitudes and Their Effect on Depression”, con una muestra de 100 estudiantes de pregrado, de los cuales 83 eran mujeres y 17 eran varones con un rango de edad de 19 a 57 años. Este grupo fue dividido en 50 personas con depresión y 50 personas sin ella. Los resultados reflejaron, contrario a otros estudios que el inducir a un estado positivo de ánimo, provocaba un incremento en las actitudes disfuncionales. Además se verificó que aquello postulado por Beck, acerca de las actitudes disfuncionales como predictores de la depresión resultaba ser acertado.

Brouwer, Williams, Forand, DeRubeis, y Bockting (2018) encaminaron una investigación con el tema “Dysfunctional Attitudes or Extreme Response Style as Predictors of Depressive Relapse and Recurrence after Mobile Cognitive Therapy for Recurrent Depression”, con una muestra de 264 participantes con características depresivas en remisión, de los cuales el 74,6% eran mujeres y el 25,4% eran hombres, con edades comprendidas entre 18 y 65 años y una media de edad de 46 años. Los investigadores concluyeron que el instrumento Escala de Actitudes Disfuncionales, con sus siglas (DAS) resultaba ser un instrumento confiable para

determinar recaída de depresión, al reflejar puntuaciones altas en los componentes negativos del mismo.

Ömer Şenormancı, Yilmaz, Saraçlı, Atasoy, Güliz Şenormancı, y Atik (2014) desarrollaron una investigación en Turquía con el tema “The mediator role of ruminative thinking style in the relationship between dysfunctional attitudes and depression”, con una muestra de 120 pacientes que padecían depresión, de los cuales 83 eran mujeres y 37 eran hombres, en edades que oscilaban entre los 18 y 63 años y con una media de 31,57. Los resultados determinaron que las actitudes disfuncionales resultan ser un fuerte predictor de la depresión, sin embargo cuando el estado reflexivo de la depresión por el cual estaban siendo tratados se eliminó, no influyó en la disminución de la depresión o las actitudes disfuncionales. Es así, que concluyeron que el estado reflexivo positivo no intervenía como mediador entre la depresión y las actitudes disfuncionales.

1.1.3. Fundamentación teórica

Variable depresión

Concepto depresión

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la depresión es un trastorno mental caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo. Se puede apreciar dentro de sus características sentimientos de vacío, pérdida del interés social, sentimientos de culpa, baja autoestima, pérdida de placer, disminución de la concentración, alteraciones del sueño y la alimentación. Por su parte la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) menciona que para ser considerada como depresión, debe existir un estado de tristeza profunda que interfiera con las actividades de la vida diaria y que esta se presente en un tiempo mayor a los 15 días (OMS, 2017; APA, 2002).

Factores de riesgo relacionados a la depresión

Fisiología de la depresión

A pesar de que la depresión según ciertos autores parte como una respuesta a hechos experimentados por el individuo, tales como pérdida de un familiar querido, estrés, problemas financieros, consumo de sustancias, entre otros. Es innegable la influencia de los Factores bioquímicos, estructurales y endócrinos que influyen tanto para el desarrollo como para el mantenimiento de una depresión (Torres et al., 2017).

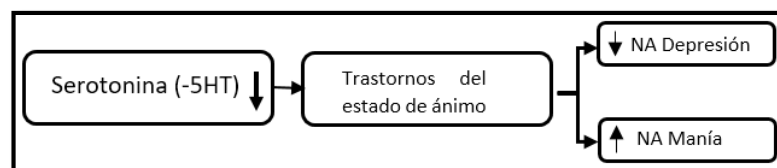
Factores bioquímicos

Según Torres et al. (2017) la hipótesis noradrenérgica es la más aceptada dentro de este campo, señalando que la depresión se encuentra asociada a un déficit de noradrenalina (NA). Esta conclusión es el resultado de diversas investigaciones tanto en el uso de antidepresivos inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO), como en la privación de sueño en la fase de movimientos oculares rápidos (REM).

En la hipótesis serotoninérgica, señalan que la serotonina (5HT) cumple un papel crucial, ya que se han registrado niveles bajos de serotonina en los trastornos del ánimo. La serotonina está encargada de regular las reacciones emocionales de un sujeto, sin embargo cuando esta descende, el comportamiento suele ser más impulsivo y el ánimo fluctuante (Torres et al., 2017).

La hipótesis permisiva de la depresión, se encuentra entre las más aceptadas en la actualidad y postula que un déficit de serotonina favorece a que otros neurotransmisores oscilen y colaboren para la aparición de alteraciones del estado de ánimo (véase figura 1) (Torres et al., 2017).

Figura N° 1. Hipótesis permisiva de la depresión



Nota: Obtenido de Manual APIR de psicología clínica (Torres et al., 2017).

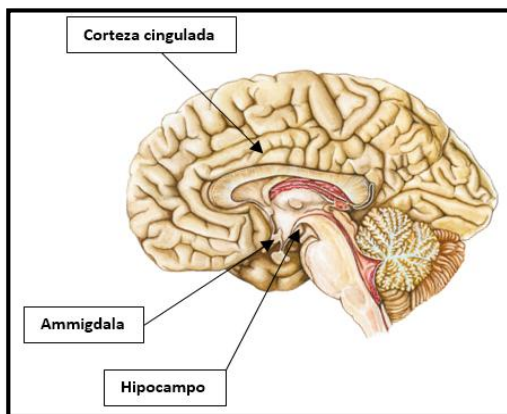
Alteraciones estructurales y neuropsicológicas

Algunas investigaciones determinaron que daños en la corteza prefrontal anterior izquierda provocaba depresión, por lo cual concluyeron que las personas sin daño en esta zona tenían cierta disfunción en la misma (Torres et al., 2017).

Por otra parte, estudios por medio de Electroencefalograma (EEG) han encontrado diferencias de la actividad entre un hemisferio y otro, ya que las personas deprimidas reflejan una baja actividad en el hemisferio izquierdo y alta en el derecho, así mismo fue apreciado en las personas en remisión y en los niños con riesgo de padecer depresión (Torres et al., 2017).

Además, se han encontrado otras anomalías: la corteza cingulada anterior, por ejemplo, muestra niveles anormalmente bajos; por otra parte, un menor volumen del hipocampo se encuentra asociado a una depresión prolongada, que podría ser debido a una atrofia celular; y en cuanto a la amígdala, esta tiende a mostrar mayor activación en individuos con depresión, (véase figura 2) (Torres et al., 2017).

Figura N° 2. Localización de estructuras cerebrales asociadas a la depresión



Nota: Obtenido de Manual APIR de psicología clínica (Torres et al., 2017).

Endocrinología

Las diversas investigaciones sugieren que un sistema endócrino alterado puede causar depresión. Algunas de las enfermedades asociadas a este padecimiento son el hipotiroidismo, la enfermedad de Cushing, entre otras.

Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HHA)

La mayor parte de estudios se han centrado en este sistema y más concretamente en la hormona cortisol, la cual es segregada por la glándulas adrenales y que está regulada por la noradrenalina y la serotonina (Torres et al., 2017).

En aquellos pacientes depresivos se puede apreciar una alteración del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, el cual normalmente se encuentra inhibido por la acción de la noradrenalina que parece estar asociada a con un déficit de la actividad serotoninérgica cerebral (Torres et al., 2017).

Otra de las sustancias que influyen en la aparición de la depresión es el cortisol, el cual se encuentra relacionado con niveles elevados de estrés. En los casos de depresión se puede apreciar una hipercortisolemia, la cual se traduce como una secreción elevada de cortisol, esta puede estar ligada a la activación de la hormona liberadora de corticotropina o al aumento de la secreción de la hormona adrenocorticotropa (Torres et al., 2017).

Eje hipotálamo-pituitario-tiroideo

En lo referente a este sistema, se aprecia que las personas con niveles bajos de la hormona tiroides, como es el caso del hipotiroidismo, tienen una mayor tendencia a padecer de depresión (Torres et al., 2017).

Causas de la depresión según el modelo tetradimensional

Alonso-Fernández (2001) en su modelo señala 4 causas que contrastan con las diferentes dimensiones de la depresión.

- Herencia: según estudios, la depresión se encuentra ligada al cromosoma X, y se presenta en un 15% a 20% en hijos de un depresivo endógeno, en un 60% a 70% en gemelos idénticos y disminuye de manera considerable en individuos con parientes sanguíneos con depresión endógena. Según se señala en el modelo, es imposible determinar un 100% de predisponencia por parte de la herencia, ya que existen otros factores que influyen en la aparición o desarrollo de la depresión.

- Ansiedad neurótica: establecida a partir de la infancia, la ansiedad neurótica hace referencia a un conflicto psíquico que parte de la familia al darse una privación amorosa, excesivo autoritarismo o sobreprotección. Al ser tan frágil el yo infantil como para anteponerse a estas situaciones, las reprime, para posteriormente ser desatadas. La ansiedad neurótica en su expresión, está caracterizada por la presencia de baja autoestima e inseguridad con altos niveles de inseguridad.
- Situaciones de la vida: según la psiquiatría de los últimos 25 años, es innegable el rol que cumplen los acontecimientos estresores en el desarrollo o aparición de la depresión, sin embargo dependerá de la personalidad de cada individuo, la manera en la que se los elabore o el grado de afectación que produzcan en la psique del individuo, ya que la personalidad se encargará de evaluar los estímulos externos, en relación a las experiencias del sujeto. Fernández señala 2 de los tipos de personalidad como aquellas con un mayor riesgo de depresión, estas son: la personalidad límite y la personalidad obsesiva compulsiva o anancástica.
- Patologías médicas: la depresión somatogena puede encontrarse influenciada por trastornos médicos generales en un 20% a 50%, estos trastornos pueden ser: postinfarto de miocardio, cáncer, sida y afecciones endócrinas por hipófisis, tiroides y cápsulas suprarrenales; los trastornos orgánicos también influyen en el desarrollo o aparición de una depresión y entre los principales podemos encontrar la enfermedad de Parkinson y los traumatismos craneo encefálicos; finalmente se encuentra la clasificación de medicamentos entre los que señalan a las benzodiazepinas, los contraceptivos, los inhibidores de apetito y los antidepressivos centrales, además de ciertas drogas de consumo que inducen a un estado depresivo, tal es el caso del alcohol etílico, la cocaína y los productos cannábicos.

Trastornos del estado de ánimo

Estos pueden ser definidos como una alteración del humor o estado afectivo del sujeto que da como lugar a un cambio en las actividades de la vida diaria, estas alteraciones pueden llevar tanto a la depresión, como a la euforia, las cuales son estados de disminución y excitación respectivamente, además, resulta imprescindible mencionar que estas variaciones del estado de ánimo pueden estar acompañadas de

ansiedad, la cual posee características compartidas con la depresión (OMS, 2008; APA, 2002).

Según lo mencionado por Chinchilla (2008) el trastorno depresivo es una de las presentaciones más frecuentes en el ámbito clínico de la salud mental.

Modelo tetradimensional de la depresión

Alonso-Fernández (2008) propone un modelo de la depresión dividido en 4 dimensiones, las cuales abarcan una serie de síntomas que en conjunto llevan a una depresión. Estas dimensiones son: Humor depresivo, anergia, discomunicación y ritmopatía. Esta clasificación se elaboró, ya que los modelos que la antecedían no abarcaban todos los síntomas depresivos, y a su vez determinaban que el enfermo depresivo debía estar sujeto a criterios que ignoraban la influencia de otros factores.

Alonso-Fernández (2001) describe a cada una de las dimensiones como una agrupación semiológica y a su vez sintomatológica. Los síntomas que suelen pertenecer a estos grupos son de tipo psíquicos, que a su vez, suelen estar acompañados de ciertos síntomas somáticos y funcionales en un segundo plano.

Alonso-Fernández (2001), para elaborar su modelo tetradimensional de la depresión, parte de 4 categorías básicas, que le resultaron fundamentales, estas son: depresión endógena, depresión situativa, depresión psicógena y depresión somatógena.

- La depresión endógena se trata de una desregulación de las sustancias en el cerebro, es decir que lo que la provoca son cambios fisiológico. Este tipo de depresión se caracteriza por la disminución de los niveles de serotonina, los cuales llevan al desarrollo de una depresión. En cambio la depresión exógena, se caracteriza por la disminución de la serotonina producto de una depresión.

Tabla N° 1. Cuadro clínico de la depresión endógena

<ul style="list-style-type: none"> - Crisis de ansiedad. - Humor depresivo. - Inhibición psicomotriz. - Sentimiento de culpa. - Ideas delirantes de autodestrucción o del entorno. - Pérdida de peso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducción del apetito. - Insomnio. - Autosubestimación. - Falta de reactividad. - Hipocondriasis. - Pérdida del deseo sexual. - Desesperanza.
---	---

Nota: Obtenido de: Claves de la depresión (Alonso-Fernández, 2001).

- La depresión situativa, por su parte se trata de una reacción ante una acontecimiento infortunado o de sufrimiento experimentado por quien la padece. Según Fernández, el término que la antecede es la depresión reactiva, sin embargo esta se diferencia por poseer características neuroquímicas y reaccionar prontamente al tratamiento farmacológico.

Tabla N° 2. Cuadro clínico de la depresión situativa

<ul style="list-style-type: none"> - Inhibición motriz. - Alteraciones del sueño. - Humor disfórico. - Discomunicación. - Reducción o aumento del apetito. - Variación del peso. - Fatiga. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensación de falta de energía. - Irritabilidad ante los estímulos. - Reducción del apego hacia las cosas y a la vida misma. - Sentimiento de culpa. - Asociabilidad. - Subestimación.
---	--

Nota: Obtenido de: Claves de la depresión (Alonso-Fernández, 2001).

- La depresión psicógena o neurótica se desarrolla debido a una situación depresora, que incrementa, debido a la aparición repentina de una crisis neurótica.

Tabla N° 3. Cuadro clínico de la depresión psicógena

<ul style="list-style-type: none"> - Humor depresivo. - Alteraciones del sueño. - Autosubestimación. - Reducción del apetito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad marcada. - Reducción de la libido. - Asociabilidad. - Eyaculación precoz.
---	---

Nota: Obtenido de: Claves de la depresión (Alonso-Fernández, 2001).

- Fernández define a la depresión somatógena como una reacción depresiva ante un hecho relacionado a una enfermedad grave o catastrófica, suele estar caracterizada por presentar un solo episodio y ser de evolución monofásica,

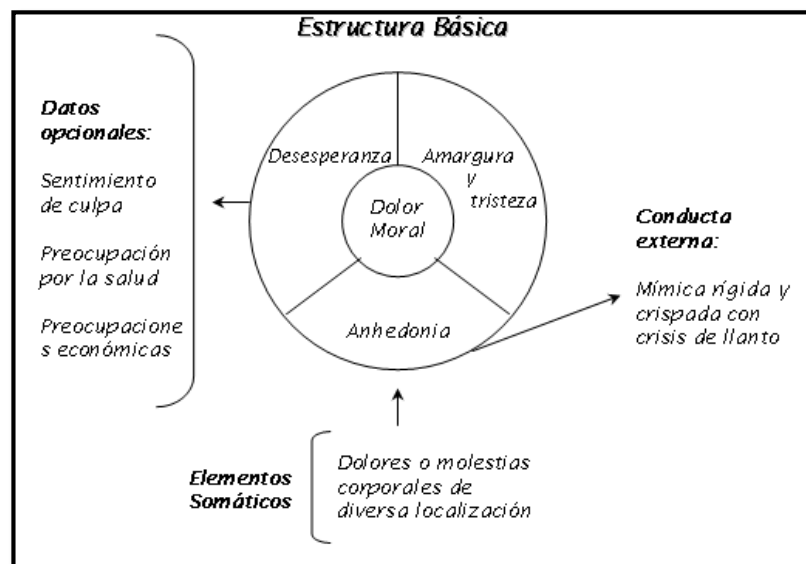
además de que puede darse incluso en personas con plena salud mental y que no hayan padecido anteriormente de un episodio depresivo.

Considerando los criterios anteriormente señalados, Fernández desarrolló su modelo a partir de 4 dimensiones, que se detallan a continuación:

Humor depresivo

Define al humor depresivo como un estado constante de pesimismo, falta de ánimo y tristeza, alimentado por la desesperanza del sujeto, el cual suele mantenerse sin motivación alguna y que resulta difícil de consolar. El humor depresivo se caracteriza por la anhedonia, al resultar indiferente a las sensaciones de placer y alegría.

Figura N° 3. Representación gráfica del humor depresivo



Nota: Obtenido de trastornos del estado de ánimo TEA: modelo tetradimensional de la depresión (Alonso-Fernández, 2001).

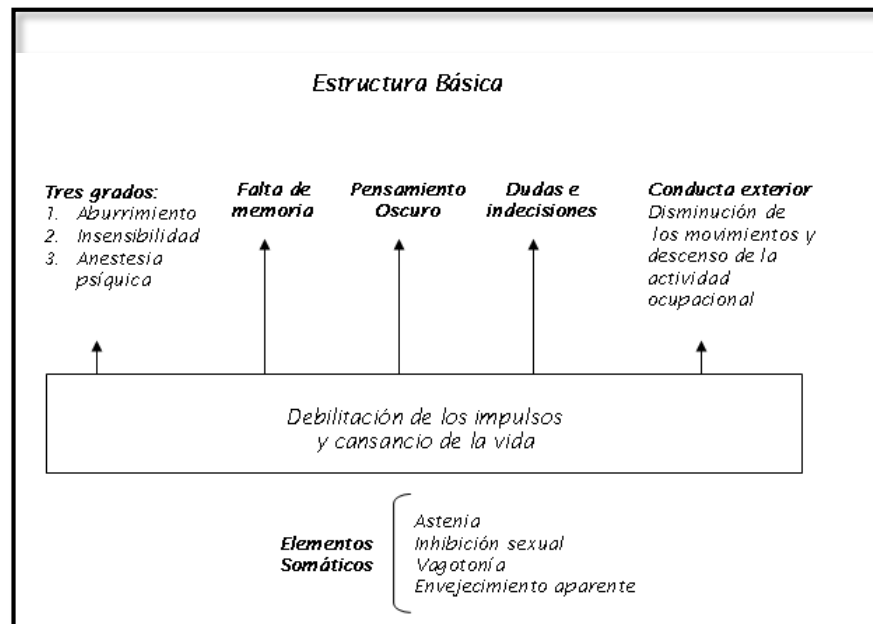
Al igual que las otras dimensiones clasificadas en este modelo, el humor depresivo suele estar acompañado de síntomas somáticos, que generan displacer. Además se señala como expresiones somáticas más comunes de esta dimensión a las siguientes: sensación de rigidez o pesadez en el cuerpo; opresión o dolor de cabeza, cara, boca del estómago o espalda; hormigueo en cabeza y extremidades y picor en la zona rectal y genital.

También, se puede apreciar exceso de llanto, que en ocasiones se dan sin lágrimas; además de la presencia de lamentos y quejas. En cuanto a lo percibido en el rostro, por lo general se encuentra con una mirada apagada, la voz con un tono tembloroso y cierta rigidez en la expresión facial.

Anergia

Para Alonso Fernández no existe otra manera de definir a la anergia, más que como la debilitación de los impulsos, la cual suele expresarse en falta de fuerzas y un cansancio marcado hacia la vida que le rodea.

Figura N° 4. Representación gráfica de la anergia



Nota: Obtenido de trastornos del estado de ánimo TEA: modelo tetradimensional de a depresión (Alonso-Fernández, 2001).

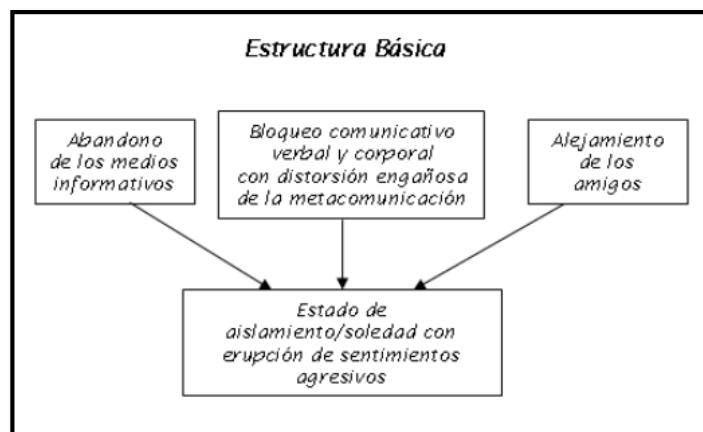
En cuanto a la disminución correspondiente a la anergia se podría dividir en 3 grados. Estos son: el nivel 1 y más ligero, lo cual lleva a una disminución interna de las motivaciones e intereses, que se traduce a una expresión de apatía y aburrimiento; el nivel 2 en cambio se caracteriza por una sensación de vacío y desensibilidad ante los estímulos experimentados por el sujeto, pudiendo ser esta de carácter psíquico o afectivo; el nivel 3, el cual es el grado más intenso, se define por una sensación de inmovilidad, debido a una inhibición psíquica global.

El autor de este modelo señala como una de las principales afecciones la psíquica, que se refleja en la disminución de la atención ante los estímulos, por la reducción de las energías, llegando a repercutir negativamente en la concentración y memoria. En lo referente al componente afectivo, este se ve afectado en relación a la expresión y dificultad para sentir las emociones, llegando a generar malestar en el individuo.

Discomunicación

Se refiere a la discomunicación depresiva como un trastorno que produce en el enfermo un bloqueo de la emisión y recepción de la comunicación, producto de este doble bloqueo el enfermo depresivo recurre al aislamiento.

Figura N° 5. Representación gráfica de la discomunicación



Nota: Obtenido de trastornos del estado de ánimo TEA: modelo tetradimensional de a depresión (Alonso-Fernández, 2001).

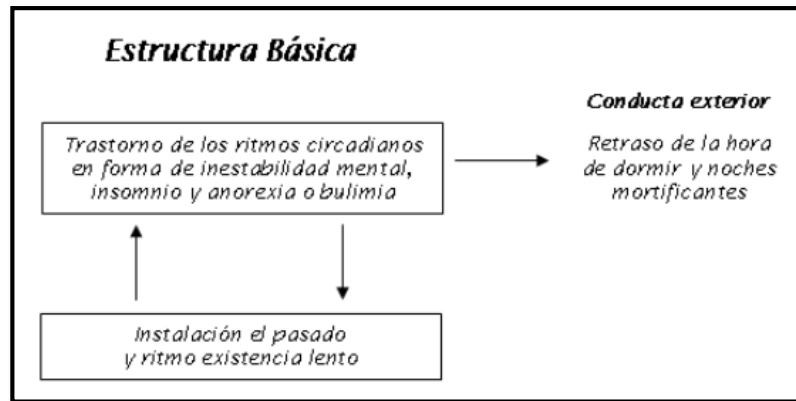
En cuanto al problema de la discomunicación, refiere que esta afectación se da en dos modelos expresivos, el explícito o verbal y el implícito o no verbal. La afectación del primero se refleja en una pobre emisión de palabras, que se ve interrumpida con frecuentes silencios y el uso de monosílabos “si/no”; en lo referente al segundo, se puede apreciar una expresión facial rígida, poco expresiva y con una gesticulación limitada, esta alteración producida en el aspecto no verbal, incluso se denota en el descuido higiénico.

Ritmopatía

Esta dimensión hace referencia a la disregulación de los ritmos de la actividad/descanso, alimentación y sueño, los cuales podrían ser considerados como

pertenecientes a los ritmos circadianos. Además de esto, surge una modificación de la temporalidad y ritmo existencial del sujeto.

Figura N° 6. Representación gráfica de la ritmopatía depresiva



Nota: Obtenido de trastornos del estado de ánimo TEA: modelo tetradimensional de a depresión (Alonso-Fernández, 2001).

Según Alonso Fernández estos ritmos son llevados a cabo por un marcapasos interior que se encuentra en cada ser humano, este marcapasos es un regulador que se encuentra fuertemente ligado a la vitalidad y cuyo correcto funcionamiento depende también de ciertos reforzadores ambientales, tal es el caso de la sucesión de luz y oscuridad o del día y la noche. Estos reforzadores forman parte importante para la activación de los ciclos antes mencionados, sin embargo como se señaló anteriormente, no todo corre a cargo de los reforzadores externos, puesto que en algunos casos existe una disminución de los reforzadores internos a consecuencia de la pérdida de la energía vital.

Diagnóstico

Criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor según DSM-V

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM por sus siglas en inglés) considera los siguientes criterios:

Figura N° 7. Criterios para el episodio depresivo mayor según DSM-V

<p>A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio de funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de placer.</p> <p>(1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.</p> <p>(2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)</p> <p>(3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso, o disminución del apetito casi todos los días</p> <p>(4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.</p> <p>(5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.</p> <p>(6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.</p> <p>(7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).</p> <p>(8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).</p> <p>(9) Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.</p>
<p>B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.</p>
<p>C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.</p> <p>D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.</p> <p>E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.</p>

APA (2013)

Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

Por su parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión (CIE-10) considera como pautas:

Figura N° 8. Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

F32 Episodios depresivos

En los episodios depresivos típicos el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. También son manifestaciones de los episodios depresivos:

- a) La disminución de la atención y concentración.
- b) La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- c) Las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en las episodios leves).
- d) Una perspectiva sombría del futuro.
- e) Los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.
- f) Los trastornos del sueño.
- g) La pérdida del apetito.

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado de ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

OMS (2000)

Tratamiento trastornos depresivos.

Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas (2017) recogen un número significativo de tratamientos para la depresión, entre los cuales se encuentra los tratamientos farmacológicos, las terapias conductuales, las terapias cognitivas, y la terapia interpersonal de Klerman, entre otras. Estos tratamientos suelen ser usados dependiendo de la gravedad de los síntomas presentes en un trastorno depresivo, además de que dependerá del profesional el escoger aquel que considere adecuado.

Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico se encuentra bien establecido para los casos de depresión, ya que incrementa la funcionalidad y disminuye el riesgo de recaída. Tanto los antidepresivos considerados como clásicos, como los nuevos, resultan de

cierta manera ser eficaces para su tratamiento. Aquellos medicamentos clásicos que destacan en cuanto al uso en el tratamiento de la depresión son los antidepresivos tricíclicos o ADTs los IMAO y el litio. Con respecto a los nuevos, resaltan los ISRS, los cuales mantienen e incluso incrementan la eficacia que se tenía con los clásicos, teniendo como característica principal un menor número de efectos secundarios (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).

Entre los más usados se encuentran:

Tabla N° 4. Antidepresivos tricíclicos

- Amitriptilina.	- Imipramina (Tofranil).
- Nortriptilina (Pamelor).	- Amoxapina.
- Desipramina (Norpramin).	- Protriptilina (Vivactil).
- Trimipramina (Surmontil).	- Doxepina.

Nota: Obtenido de Manual APIR de tratamientos psicológicos (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).

Tabla N° 5. IMAO

- Isocarboxazida (Marplan)	- Selegilina (Emsam)
- Fenelzina (Nardil)	- Tranilcipromina (Parnate)

Nota: Obtenido de Manual APIR de tratamientos psicológicos (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).

Tabla N° 6. ISRS

- Isocarboxazida (Marplan)	- Selegilina (Emsam)
- Fenelzina (Nardil)	- Tranilcipromina (Parnate)

Nota: Obtenido de Manual APIR de tratamientos psicológicos (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).

Estrategias farmacoterapéuticas

Rush y Kupfer, mencionan que se debe tener en cuenta los siguientes factores, al momento de elaborar un tratamiento farmacológico, puesto que pueden incrementar la eficacia del mismo: duración del episodio actual, número de episodios previos, presencia de síntomas residuales entre los distintos episodios, gravedad de los síntomas, recurrencias frecuente de episodios, comorbilidad médica o psiquiátrica, antecedentes familiares de trastornos afectivos, respuesta a tratamientos previos y preferencias del paciente, este último puede ser considerado en caso de que la vida del paciente no corra riesgos (Como se cita en Wikinski y Jufe, 2014).

El tratamiento farmacológico en tres fases

Teniendo en cuenta la evolución del cuadro y conceptos de respuesta como remisión recaída y respuesta, Frank en 1991 divide el tratamiento en 3 fases: inicial o aguda, de continuación y de mantenimiento (Wikinski y Jufe, 2014).

La fase inicial del tratamiento dura entre 4 y 12 semanas, empieza con el diagnóstico del episodio depresivo y finaliza cuando se llega a una remisión del cuadro; luego se encuentra la fase de continuación, la cual dura entre 4 y 9 meses, esta tiene como objetivo mantener el bienestar y evitar las recaídas; por último la fase de mantenimiento se propone en evitar las recurrencias y su duración es de aproximadamente un 1. Es necesario tener en cuenta las fases antes mencionadas para disminuir los riesgos de dependencia o recaída en el paciente (Wikinski y Jufe, 2014).

“El tratamiento farmacológico tiene una efectividad de al menos el 50 % en pacientes tratados, tras 6 semanas de tratamiento” (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017 p.28).

Tratamientos psicológicos

Por otro lado, los tratamientos psicológicos a lo largo de los años han ido adquiriendo mayor importancia para el tratamiento de los trastornos depresivos, ya que los resultados reflejados en sus pacientes y las investigaciones llevadas a cabo con ciertos modelos terapéuticos empíricos respaldan su eficacia (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).

Rhem clasifica estos tratamientos en: programas conductuales dirigidos al aumento de la actividad, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva y programas de autocontrol (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).

Terapia de conducta

Programación de actividades agradables de Lewinsohn

Este modelo de tratamiento parte de la concepción de Frester, el cual menciona que la depresión se desarrolla debido a una disminución de la tasa de reforzamiento positivo. Para su tratamiento Lewinsohn propone que se lleve a cabo durante 12 sesiones actividades agradables, altas en refuerzo positivo, las cuales llevarán a la disminución de actividades desagradables propias de estados depresivos (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).

Entrenamiento en habilidades sociales

El ámbito interpersonal forma parte importante del tratamiento, al tener influencia en el desarrollo de la depresión y su mantenimiento. Es por esto que el programa de habilidades sociales se estructura en 12 sesiones, enfocadas a trabajar tres habilidades básicas (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).

- Aserción negativa: esta consiste principalmente en defender los propios derechos.
- Aserción positiva: esta por su parte, se encuentra centrada en la expresión positiva de los sentimientos hacia los demás.
- Habilidades conversacionales.

Terapia cognitiva

Debido a los favorables resultados obtenidos en los tratamientos mediante la terapia cognitiva y su eficiencia en tanto a la prevención de recaídas, la misma es considerada como un tratamiento empíricamente válido para la depresión y otros trastornos. Uno de los modelos de terapia más utilizados es el de Beck, el cual consta de un tratamiento altamente estructurado que dura alrededor de 15 a 25 sesiones, este modelo de tratamiento integra tanto el modelo cognitivo como el conductual, ya que utiliza técnicas como la activación conductual para incrementar el estado de ánimo (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).

Programas de autocontrol

Entre las más utilizadas se encuentra La terapia de autocontrol de Rehm, la cual parte desde el modelo vulnerabilidad-estrés, definiendo como principal factor, a la pérdida de reforzadores que mantienen el control en el sujeto (Lara, Martínez, Portillo, Villena, y Seijas, 2017).

Se trabaja entre 6 y 12 sesiones, en donde se refuerzan los déficits predominantes de la propia conducta, estos son:

- Autoobservación o autoseguimiento: se procede por el registro de las experiencias y actividades, para asociarlas con el estado de ánimo.
- Autoevaluación: su propósito es que el sujeto se fije objetivos alcanzables y valore sus propios logros.
- Autorrefuerzo: el sujeto debe tratar de identificar los reforzadores y administrárselos después de la consecución de logros.

Variable actitudes disfuncionales

El autor de esta investigación señala que la variable actitudes disfuncionales será teóricamente fundamentada a partir de la teoría cognitiva conductual, debido a que la misma cimentó las bases para la construcción de la teoría de las actitudes disfuncionales, propuestas por Beck, autor que relaciona cierto tipo de cogniciones con el modelo de respuestas que serán llevadas a cabo por parte del sujeto.

Modelos explicativos

Teoría cognitiva

A comienzos de los años sesenta el doctor Aaron Beck desarrolla la terapia cognitiva, la cual se encuentra orientada al tratamiento de la depresión, este modelo a su vez se encuentra caracterizado por ser estructurado y breve, centrado en la problemática y enfocado a resolver problemas actuales a partir de la modificación del pensamiento y las conductas disfuncionales (Segal, Williams, y Teasdale, 2008).

Modelo cognitivo de Aaron Beck

Beck en su modelo cognitivo habla acerca de la depresión, tomando esta como el procesamiento deformado o sesgado de la información captada por el individuo desde el exterior, lo cual provoca que el sujeto se deprima de manera diferente, más, o, menos que otra persona (Véase figura 9) (Sanz y Vázquez, 1995; Beck y Haigh, 2014; Vázquez, Hernangómez y Hérvas, 2009; Roca 2002).

Según lo postulado por Beck, la depresión se origina a partir del procesamiento equívoco o distorsionado de la información percibida por el individuo desde el exterior, sin embargo, no puede ser ignorada la influencia de los factores genéticos, hormonales y las situaciones o crisis evolutivas que los sujetos pueden presentar durante la vida. Es por esto, que Beck establece estas distorsiones como determinantes en la aparición de síntomas afectivos, cognitivos, conductuales, motivacionales y físicos (Segal, Williams, y Teasdale, 2008).

Para comprender las actitudes disfuncionales, desde la teoría cognitiva, Beck (1983) propone 3 importantes modelos: Triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (Segal, Williams, y Teasdale, 2008).

Triada cognitiva

Beck ubica dentro de su teoría tres patrones cognitivos, los cuales son: La visión y características de sí mismo, sus experiencias y su futuro. Estos patrones a su vez influyen de la siguiente manera: primero la visión de uno mismo, atribuye estas experiencias desagradables y que generan malestar a cuestiones meramente del sujeto, segundo las experiencias son percibidas por el sujeto de manera negativa, llegando a considerar que las mismas fueron impuestas para ser extremadamente difíciles o incluso imposibles de superar y tercero el futuro para el sujeto se encuentra lleno de dificultades y desilusiones, ya que el mismo se plantea expectativas difíciles de alcanzar que a la larga terminan sin ser cumplidas a cabalidad (Gabalda, 2009).

Los esquemas

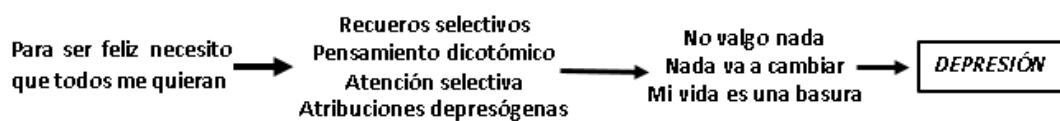
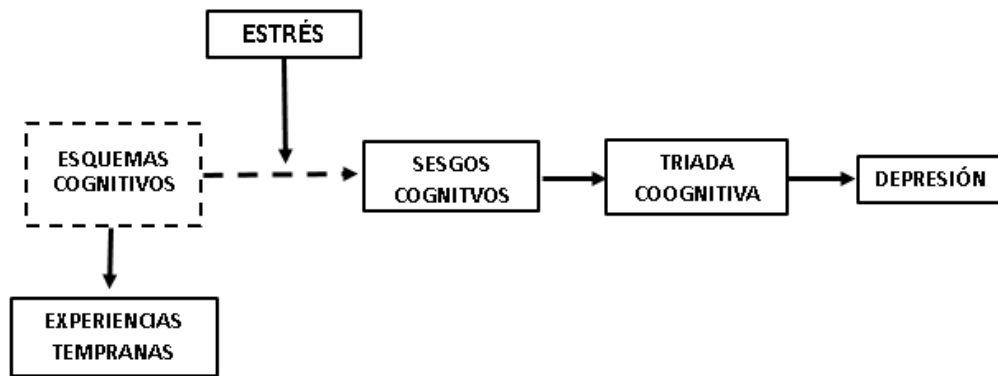
Desde el punto de vista cognitivo los esquemas son los que determinarán la experiencia del individuo, ya que sirven como filtro de la interacción del sujeto con el mundo. Beck, Rush, Shaw Y Emery (1979) mencionan que los mismos al ser mal percibidos determinarán la experiencia negativa del sujeto con aquello que lo rodea sin importar que la evidencia sea contraria y en todo caso positiva a lo que el sujeto percibe.

Errores cognitivos

Roca (2002); Camacho (2003), menciona que los errores cognitivos, también conocidos como distorsiones cognitivas provocan que los sujetos deprimidos validen o nieguen estos pensamientos previamente formulados, incluso ignorando la presencia de evidencia contraria. Beck en 1967 define 6 tipos de errores o distorsiones cognitivas:

- Inferencia arbitraria: es relativa a la respuesta y consiste en dar por hecho o determinar una conclusión, sin importar que no exista evidencia que la apoye.
- Abstracción selectiva: es relativa al estímulo y hace referencia al centrarse en un detalle obtenido fuera de su contexto como la experiencia total, ignorando otros hechos relevantes de la situación.
- Generalización excesiva: es relativa a la respuesta y se trata de la elaboración de reglas generales a partir de uno o varios hechos o situaciones aisladas, que posteriormente serán utilizadas en situaciones similares.
- Maximización y minimización: es relativa a la respuesta y se encuentran reflejadas en la evaluación de ciertas situaciones, dotándolas de mayor o menos significancia.
- Personalización: es relativa a la respuesta y consiste en el atribuirse fenómenos externos, sin conexión alguna o una base firme que sustente estas afirmaciones.
- Pensamiento absolutista, dicotómico: es relativo a la respuesta y se evidencia en la clasificación que realiza el sujeto en la mayoría o la totalidad de sus experiencias, calificándolas de extremo a extremo; como por ejemplo, malo o bueno, impecable o sucio.

Figura N° 9. Modelo estándar de depresión de Beck



Nota: Obtenido de Modelos cognitivos de la depresión: su aplicación al estudio de las fases tempranas (Vázquez, Hernández, y Hervás, 2009).

Beck, en 1976, por medio de este modelo establece una estrecha similitud entre la triada cognitiva de la depresión y las actitudes disfuncionales, en donde la triada cognitiva se encuentra establecida como una serie de patrones cognitivos distorsionados de sí mismo, del mundo y del futuro, dichos patrones se encuentran dominados por una estructura preexistente llamada actitudes disfuncionales, la cual a su vez se encuentra formada por la necesidad de amor, derecho sobre otros, ejecución, aprobación, autonomía, perfeccionismo y omnipotencia, los cuales dominan el procesamiento de información por parte del sujeto (Beck y Weissman, 1978).

Rocheach, en su interés por las actitudes disfuncionales, denomina a las mismas como directrices variables, que propenden a modos de percepción creencias y valoraciones cognitivas acerca de aquello que percibe, generando una respuesta que por lo general resulta inadecuada o irracional (Sánchez y Mesa, 1996).

Teoría cognitiva conductual

En lo relacionado a actitudes disfuncionales dentro de la teoría cognitiva conductual, se tiene en cuenta los siguientes apartados:

Creencias racionales

Gabalda (2011) señala que para el modelo de Ellis las creencias racionales están determinadas por lo lógico, lo pragmático, desarrollado en torno a la realidad presente y por lo tanto facilitarán el alcance de metas y objetivos, al tomarlos en todo momento de maneja relativa. Para alcanzar esta formación cognitiva, Ellis se refiere a 2 cuestiones:

- Establecer o determinar ideales, valores, metas y propósitos básicos.
- Llevar a cabo de forma eficiente, científica, lógico-empírica, todo aquello que sea necesario, para lograr esas metas y valores, evitando consecuencias contradictorias y perjudiciales.

Creencias irracionales

Por otro lado Ellis considera como irracional todo aquello que es determinado por lo ilógico, falso, que no se encuentra basado en la realidad y por lo tanto dificultará o impedirá al individuo alcanzar sus metas y objetivos. A su vez Ellis considera que una creencia irracional está caracterizada por ser absolutista y dogmática, dando paso a que el sujeto se exprese de manera “Tengo que”, “Debo”, “Debería” y “Estoy obligado a”, lo cual provoca emociones negativas (por ej. Ansiedad, miedo y depresión) (Gabalda, 2011).

Ideas irracionales

Gabalda (2011) en su libro acerca de terapia cognitivo conductual menciona que en un inicio Ellis identificó más de 300 ideas irracionales, sin embargo la mayor parte de estas fueron relegadas, dejando como principales 12 de ellas, las cuales son:

1. Necesito ser amado y aprobado por aquellas personas que considero significativas.
2. Para que me consideren valioso, debo ser competente, suficiente y capaz de desempeñarme en cualquier cosa de manera exitosa.
3. La gente que comete actos viles y perversos debe ser castigada y seriamente culpabilizada.
4. Es terrible y catastrófico si las cosas no salen como me gustaría.

5. La desdicha humana está regida por causas externas y es difícil controlar las penurias y perturbaciones que estas causas producen.
6. Si algo resulta o puede llegar a ser peligroso, se debería estar inquieto y alerta, ya que no se puede evitar que esto pase.
7. Es más sencillo evadir que afrontar ciertas dificultades o responsabilidades de la vida.
8. Es absolutamente necesario tener a alguien más fuerte o más grande en quien confiar a nuestro lado.
9. La historia pasada será determinante de nuestra conducta actual y si algo nos conmocionó en el pasado, debe seguir afectándonos indefinidamente.
10. Uno debería sentirse preocupado en extremo por los problemas y perturbaciones del resto.
11. Existe una solución perfecta, correcta y precisa a cualquiera de los problemas humanos y si esta no funciona sobreviene la catástrofe.
12. Es de importancia para nuestra existencia lo que los demás hacen, es por esto que hay que esforzarse para que esas personas vayan en la dirección que queremos.

Teoría conductual

Para introducir su relación con esta teoría, resulta indispensable el establecer el significado de dos conceptos que forman parte de la base conductual de las actitudes disfuncionales.

Actitud

Según Eagly y Chaiken (1993) se define como actitud a la predisposición del sujeto hacia un comportamiento, creencia u objeto en particular, sin importar si ese comportamiento es positivo o negativo.

Disfuncional

Desde la perspectiva sociológica define como disfuncional al hecho o fenómeno que lleva a consecuencias contrarias o inadecuadas al sistema social (Gabalda, 2011).

Actitud disfuncional

En lo referente a actitudes disfuncionales, partiendo de la teoría conductual de Allport, en el año 1862 describe a la actitud como la predisposición a generar una respuesta ante un estímulo, pudiendo ser esta productiva (funcional) o catastrófica (disfuncional). Por su parte Spencer establece a una actitud, como un juicio acerca de lo correcto o incorrecto de una respuesta ante determinada situación, señalando además que el estado mental del individuo será aquel que influencia se esta respuesta se da de manera positiva o negativa (Como se cita en Sánchez y Mesa, 1996).

Siguiendo este modelo, Baker en 1992, establece a las actitudes disfuncionales como una serie de constructos hipotéticos enfocados a brindar respuestas negativas referentes a la conducta humana, pudiendo estas proyectarse a un futuro como palabras y acciones que generen malestar al propio sujeto y a aquellos con quienes interactúa (Como se cita en Hernández, 2004).

Concepto de actitudes disfuncionales

La terapia cognitiva conductual, define como actitud disfuncional a la respuesta negativa que el sujeto elabora a través de las experiencias percibidas a partir de los esquemas cognitivos y creencias poco o mal estructuradas, las cuales son consideradas como distorsiones cognitivas (Gabalda, 2011).

Tipos de actitudes disfuncionales

Necesidad de aprobación

Sanz y Vázquez (1993) establecen que la necesidad de aceptación por parte de otras personas es parte de los procesos de adaptación, sin embargo, cuando el sujeto llega a poner de lado sus deseos y aspiraciones para conseguir la aprobación de otros, es cuando se torna en una actitud disfuncional. Las principales características de este apartado es la aparición de conductas obsesivas y dependientes, además de ciertas expresiones tales como: extrema amabilidad, pedir disculpas constantemente, no contradecir las opiniones del resto y tratar de disminuir el impacto de sus comentarios, lo cual a la final terminará por producir emociones poco sanas en el sujeto.

Necesidad de amor

Sanz y Vázquez (1993) señalan que posee ciertas particularidades, que resultan similares a las de necesidad de aprobación antes mencionada, sin embargo difiere de la necesidad de aprobación en tanto a la formación de respuestas desadaptativas, tales como el intento excesivo de obtener atención, dejar de lado los derechos personales y formar parte de actividades que no resultan de su agrado con el fin de recibir gestos de amor. Sánchez considera que mediante estas actitudes, entre otras, el sujeto puede generar dependencia emocional, debido a factores como un bajo nivel de autoestima y la presencia de inseguridad.

Ejecución de logros

Esta actitud se define como una preocupación extrema hacia el fracaso, lo cual desemboca en la búsqueda de perfeccionismo patológico en cuanto al desarrollo de sus actividades, buscando en su mayoría no cometer errores y llegar al éxito, sin importar las prohibiciones referentes a descanso y ocio a las que el sujeto se pueda someter (Sanz y Vázquez, 1993).

Perfeccionismo

Se encuentra diferenciada de la antes mencionada por la rigidez presente ante la apertura a cambios que se puede dar en la vida, orientada principalmente al cumplimiento inmodificable de ciertas actividades, buscando el perfeccionismo de las mismas y que en caso de no ser cumplidas producirá críticas hacia sí mismo y a los demás que el sujeto pueda percibir como culpables (Sanz y Vázquez, 1993).

Derecho sobre otros

Esta actitud se caracteriza por la importancia que el sujeto otorga a sus derechos, dejando de lado las necesidades o derechos del otro. Se encuentra caracterizado por ira y expresión de la agresividad como respuesta ante el incumplimiento de sus necesidades o derechos no correspondidos o satisfechos en su totalidad (Sanz y Vázquez, 1993).

Omnipotencia

Los sujetos que presentan este tipo de actitud suelen poseer sentimientos de grandeza y superioridad, llegando a atribuirse la responsabilidad de la conducta o sentimientos de otro, considerando que en gran parte de estos casos fue aquél que ayudó o mejoró la situación de aquellas personas (Sanz y Vázquez, 1993).

Autonomía

Por último, la actitud disfuncional referente a la autonomía, se describe como la pérdida del control por parte del sujeto ante los hechos u acciones que se dan en la vida, sin opción a que estas sean modificadas, ya que se encuentran dominadas por factores extrínsecos que el individuo percibe como inmodificables y por lo tanto no le permiten mejorar sus conductas negativas (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

1.2. Objetivos

- La relación entre depresión y actitudes disfuncionales en docentes de unidades de educación primaria y secundaria se realizó por medio del estadístico Rho de Spearman, puesto que las puntuaciones de depresión (véase tabla N° 9) y varios de los tipos de creencias pertenecientes a actitudes disfuncionales (véase tabla N° 10) no siguen una distribución normal.
- Para identificar la dimensión predominante de depresión en los docentes se llevó a cabo la prueba estadística W de Kendall, puesto que la distribución de las puntuaciones de la variable depresión no fue normal.
- Para definir el tipo de dimensión o tipo de creencia perteneciente a actitudes disfuncionales que predomina en los docentes se llevó a cabo la prueba estadística W de Kendall, ya que las diferentes distribuciones pertenecientes a los tipos de creencias no fueron normales (véase tabla N° 12). Posterior a ello, dado que el estadístico W de Kendall resultó estadísticamente significativo para la comparación del nivel de concordancia de los tipos de creencias, se procedió a

realizar pruebas post hoc para analizar la concordancia entre cada tipo de creencia (véase tabla N° 13).

- Para diferenciar la depresión según el nivel de educación en el que ejercen los docentes se utilizó la prueba estadística U de Mann-Whitney, para comparar los datos de una distribución mediante una variable categórica (véase tabla N° 14).

CAPÍTULO II

MARCO METODOLÓGICO

2.1. Materiales

Descripción de los instrumentos

Reactivo variable Depresión

Nombre del instrumento: Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE).

Autor original: Alonso-Fernández, F.

Descripción: El cuestionario se encuentra compuesto por 16 ítems, distribuidas en 4 bloques, cada uno corresponde a una dimensión. Cada respuesta puede ser calificada como: 0 (ausencia del síntoma); 1 (Síntoma dos veces por semana); 2 (Síntoma tres veces por semana); 3 (Síntoma cuatro veces por semana); 4 (Síntoma más de 4 veces por semana). Para su calificación, se establece que se trata de un resultado a favor del diagnóstico de depresión cuando la puntuación de las dimensiones es mayor o igual a 8 puntos, para una puntuación global, es necesario sumar el número total de ítems y dividirlo para 4, teniendo en cuenta el anterior criterio para su calificación (Alonso-Fernández, 2011).

Dimensiones

- Dimensión IV (Ritmopatía)
- Dimensión I (Humor depresivo)
- Dimensión II (Anergia)
- Dimensión III (Discomunicación)

Forma de aplicación: grupal y ínter aplicada

Tiempo de aplicación: 5 minutos.

Confiabilidad: 0,97.

Validez: Constructo y empírica.

Reactivo variable Actitudes Disfuncionales

Nombre del instrumento: Escala de actitudes disfuncionales (DAS).

Autores: Weissman y Beck.

Adaptación española: Sanz & Vázquez (1993)

Descripción: El DAS consta de 35 ítems, con agrupaciones de 5 preguntas que determinaran uno de los 7 tipos de actitud disfuncional. Cada pregunta posee una calificación de 0 a 4 puntos, siendo 0 (totalmente desacuerdo), 1 (moderadamente en desacuerdo), 2 (dudoso), 3 (moderadamente de acuerdo), 4 (completamente de acuerdo). Para su calificación, se tiene en cuenta un punto de corte de 15 puntos en cada una de las dimensiones, lo cual determinará un problema en ese tipo de actitud (Sanz y Vázquez, 1993)

Tipos de creencia:

- Amor
- Aprobación
- Ejecución
- Perfeccionismo
- Omnipotencia
- Derecho sobre otros
- Autonomía

Tiempo de aplicación: 15 – 20 minutos.

Confiabilidad: 0,75.

Validez: Convergente 0,84.

2.2. Métodos

Nivel y tipo de investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, con un alcance de tipo correlacional y de corte transversal. Es de enfoque cuantitativo, ya que se realiza una recolección de datos con base a la medición numérica de las variables dentro de un contexto definido, para posteriormente analizarlas mediante métodos estadísticos y comprobar las hipótesis; es de tipo correlacional, ya que se pretende evaluar el grado de asociación entre las dos variables planteadas y si la una influye en la otra por medio del programa estadístico (SPSS, VERSIÓN 20); y es de corte transversal, puesto que se recaban datos por una sola vez y en un tiempo definido. Se realizará

una sola evaluación a la muestra con el fin de investigar las correlación entre las variables depresión y actitudes disfuncionales, valoradas mediante el cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE) y la escala de actitudes disfuncionales (DAS) respectivamente. Así también se utilizó una ficha de información la cual incluye tanto datos personales como los criterios de inclusión y exclusión de la muestra.

Operacionalización de variables

Variable depresión

Tabla N° 7. Operacionalización de la variable depresión

Variable	Concepto	Dimensiones	Instrumento
Depresión	Según la OMS (2017) la depresión es un trastorno mental, el cual se encuentra caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo, donde se puede apreciar sentimientos de vacío, pérdida del interés social, sentimientos de culpa, baja autoestima, pérdida de placer, disminución de la concentración, alteraciones del sueño y la alimentación.	<ul style="list-style-type: none"> - Dimensión I (Humor depresivo) - Dimensión II (Anergia) - Dimensión III (Discomunicación) - Dimensión IV (Ritmopatía) 	<p>Cuestionario estructural tetradimensional para la depresión (CET-DE).</p> <p>Autor: Alonso-Fernández, F.</p> <p>Confiabilidad: 0,97.</p> <p>Validez: Constructo y empírica</p>

Nota: Obtenido de la fuente: Depresión y actitudes disfuncionales en docentes de unidades de educación primaria y secundaria, autor Llerena (2019).

Variable actitudes disfuncionales

Tabla N° 8. Operacionalización de la variable actitudes disfuncionales

Variable	Concepto	Tipo de creencia	Instrumento
Actitudes disfuncionales	Gabalda (2011), define como actitud disfuncional a la respuesta negativa que el sujeto elabora a través de las experiencias percibidas a partir de los esquemas cognitivos y creencias poco o mal estructuradas, las cuales son consideradas como distorsiones cognitivas.	<ul style="list-style-type: none"> - Amor - Aprobación - Ejecución - Perfeccionismo - Omnipotencia - Derecho sobre otros - Autonomía 	Escala de actitudes disfuncionales (DAS). Autores: Weissman y Beck. Adaptación española: Sanz & Vázquez (1993) Confiabilidad: 0,75. Validez: Convergente 0,84.

Nota: Obtenido de la fuente: Depresión y actitudes disfuncionales en docentes de unidades de educación primaria y secundaria, autor Llerena (2019).

Seleccione el área o ámbito de estudio

- Tungurahua.
- Ambato.
- Unidades educativas del cantón de Ambato.

Población

La investigación se realizará en profesionales docentes, de dos unidades educativas particulares, de la ciudad de Ambato. La población se encuentra conformada por hombres y mujeres, que ejercen como docentes en los niveles de primaria o secundaria y con edades comprendidas entre los 23 y 60 años.

Al ser una población finita, no se requiere realizar una fórmula para obtener el número de sujetos a evaluar. El total de docentes fue de 71 entre hombres y mujeres, que mediante los criterios de exclusión e inclusión se redujo a 62.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Docentes que se encuentren ejerciendo en educación primaria o secundaria.
- Docentes dentro del grupo etario entre 23 y 60 años.
- Docentes que hayan firmado el consentimiento informado.
- Docentes que hayan completado la evaluación.

Criterios de exclusión

- Docentes que en los últimos 6 meses hayan experimentado malestar relacionado a un duelo (pérdida de un ser querido).
- Docentes que hayan sido diagnosticados por parte de un profesional de la salud con depresión, ansiedad u otra enfermedad relacionada.
- Docentes que se encuentre recibiendo tratamiento psiquiátrico por parte de un especialista. Con psicofármacos como: antidepresivos, ansiolíticos u otros similares.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. Análisis y discusión de los resultados

Pruebas de normalidad

Se utilizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, la cual se encarga de determinar la presencia de una distribución normal o anormal de las puntuaciones, con el fin de poder seleccionar la prueba estadística adecuada para el cumplimiento de los objetivos específicos y la verificación de la hipótesis.

Prueba de normalidad para las dimensiones de la variable depresión

Tabla N° 9. Prueba de normalidad para las dimensiones de depresión.

Dimensiones	Kolmogorov-Smirnov	
	Estadístico	Sig.
Humor depresivo	0,244	0,000
Anergia	0,201	0,000
Discomunicación	0,184	0,000
Ritmopatía	0,263	0,000
Puntaje global de depresión	0,162	0,000

Nota: Obtenido de la fuente: Depresión y actitudes disfuncionales en docentes de unidades de educación primaria y secundaria, autor Llerena (2019).

Análisis

Teniendo en cuenta que una distribución normal tiene una significación mayor a 0,05 y la anormal una significación menor a 0,05, se obtuvo como resultados en las siguientes dimensiones: humor depresivo ($p= 0,000$), Anergia ($p= 0,000$), discomunicación ($p= 0,000$), ritmopatía ($p= 0,000$) y puntaje global de depresión ($p= 0,000$).

Interpretación

Mediante la aplicación de la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov se encontró que todas las dimensiones de depresión, incluido el puntaje global de depresión presentan una distribución anormal de sus puntuaciones ($p<0,05$).

Prueba de normalidad para las dimensiones de la variable actitudes disfuncionales

Tabla N°10. Prueba de normalidad para las dimensiones de la variable actitudes disfuncionales

Tipos de creencias	Kolmogorov-Smirnov	
	Estadístico	Sig.
Aprobación	0,129	0,014
Amor	0,179	0,000
Ejecución	0,182	0,000
Perfeccionismo	0,124	0,020
Derecho sobre otros	0,112	0,056
Omnipotencia	0,110	0,065
Autonomía	0,098	0,2

Nota: Obtenido de la fuente: Depresión y actitudes disfuncionales en docentes de unidades de educación primaria y secundaria, autor Llerena (2019).

Análisis

En cuanto al tipo de creencias, se obtuvo como resultados: aprobación ($p= 0,014$), amor ($p= 0,000$), ejecución ($p= 0,000$), perfeccionismo ($p= 0,020$), derecho sobre otros ($p= 0,056$), omnipotencia ($p= 0,065$), autonomía ($p= 0,2$).

Interpretación

Por medio de la prueba estadística Kolmogorov-Smirnov, se encontró que las dimensiones aprobación, amor, ejecución y perfeccionismo presentan una distribución anormal de sus puntuaciones ($p<0,05$); mientras que las dimensiones derecho sobre otros, omnipotencia y autonomía presentan una distribución normal de sus puntuaciones ($p>0,05$).

Dimensión predominante de depresión en docentes

Dado que la distribución de las puntuaciones pertenecientes a las dimensiones de la variable depresión no es normal, la prueba estadística para determinar cuál es la dimensión de depresión predominante en docentes fue la W de Kendall.

Tabla N° 11. W de Kendall para las dimensiones de depresión

Rangos	
Dimensiones	Rango promedio
Humor depresivo	2,23
Anergia	2,70
Discomunicación	2,67
Ritmopatía	2,40
Estadísticos de contraste	
W de Kendall	0,040
Chi-cuadrado	7,401
Sig.	0,060

Nota: Obtenido de la fuente: Depresión y actitudes disfuncionales en docentes de unidades de educación primaria y secundaria, autor Llerena (2019).

Análisis

En cuanto a los rangos promedio de cada una de las dimensiones de depresión no se encuentra diferencia significativa entre las 4 dimensiones, es decir existe concordancia en: humor depresivo (rango promedio= 2,23), anergia (rango promedio= 2,70), discomunicación (rango promedio= 2,67), ritmopatía (rango promedio= 2,40). Para realizar un contraste entre las dimensiones se utilizaron los siguientes estadísticos: W de Kendall (0,040), Chi-cuadrado (7,401) y Sig. (0,060).

Discusión

Se aprecia que existen diferencias entre cada uno de los rangos promedio, siendo la anergia la dimensión con una puntuación más elevada (2,70). Alonso-Fernández (2008) señala que aquellos sujetos que se encuentran dentro del rango promedio perteneciente a anergia podrían presentar una disminución interna de las motivaciones e intereses, una sensación de vacío y desensibilidad ante los estímulos, o una sensación de inmovilidad. Por otra parte los sujetos que se encuentren en el rango promedio perteneciente a discomunicación podrían reflejar un déficit de la emisión y recepción de la comunicación tanto verbal como no verbal, que termina por llevar al sujeto al aislamiento; en cambio en la ritmopatía se suele dar una disregulación de los ritmos circadianos pertenecientes a la alimentación y el sueño;

por último, el humor depresivo se caracteriza por la presencia de desesperanza, amargura y tristeza y anhedonia, la cual suele estar acompañada por molestias somáticas. Como se puede apreciar en los rangos promedio pertenecientes a las dimensiones de depresión, estas diferencias no son significativas (véase tabla N° 11), dado que la significación es superior a 0,05. Por lo tanto no se realizaron pruebas post hoc para comparar cada una de las dimensiones entre sí.

Tipo de creencia perteneciente a actitudes disfuncionales que predomina en docentes

Al no ser normal la distribución de los tipos de creencia pertenecientes a actitudes disfuncionales, se utilizó la prueba estadística W de Kendall.

Tabla N° 12. W de Kendall para los tipos de creencias

Rangos	
Tipos de creencia	Rango promedio
Aprobación	3,48
Amor	2,61
Ejecución	2,85
Perfeccionismo	4,75
Derecho sobre otros	5,43
Omnipotencia	4,47
Autonomía	4,40
Estadísticos de contraste	
W de Kendall	0,258
Chi-cuadrado	94,297
Sig.	0,000

Nota: Obtenido de la fuente: Depresión y actitudes disfuncionales en docentes de unidades de educación primaria y secundaria, autor Llerena (2019).

Tabla N° 13. Pruebas post hoc para las comparaciones entre los tipos de creencias

Pruebas Post Hoc		
Muestra 1 - Muestra 2	Prueba estadística	Sig.
Amor – Ejecución	0,238	1,000

Amor – Aprobación	0,869	0,553
Amor – Autonomía	-1,787	0,000
Amor – Omnipotencia	-1852	0,000
Amor – Perfeccionismo	-2820	0,000
Amor - Derecho sobre otros	0,631	0,000
Ejecución – Aprobación	0,631	1,000
Ejecución – Autonomía	-1,549	0,002
Ejecución – Omnipotencia	-1,615	0,001
Ejecución – Perfeccionismo	-1,893	0,000
Ejecución - derecho sobre otros	-2,582	0,000
Aprobación – Autonomía	-0,918	0,397
Aprobación – Omnipotencia	-0,984	0,250
Aprobación – Perfeccionismo	-1,262	0,026
Aprobación - Derecho sobre otros	-1,951	0,000
Autonomía – Omnipotencia	0,066	1,000
Autonomía – Perfeccionismo	0,344	1,000
Autonomía - Derecho sobre otros	1,033	0,174
Omnipotencia – Perfeccionismo	0,279	1,000
Omnipotencia - Derecho sobre otros	0,967	0,282
Perfeccionismo - Derecho sobre otros	-0,689	1,000

Nota: Obtenido de la fuente: Depresión y actitudes disfuncionales en docentes de unidades de educación primaria y secundaria, autor Llerena (2019).

Análisis

Se realiza la W de Kendall, en donde se obtienen los siguientes resultados en razón a los rangos promedio de cada uno de los tipos de creencias: aprobación (rango promedio= 3,48); amor (rango promedio= 2,61); ejecución (rango promedio= 2,85); perfeccionismo (rango promedio= 4,75); derecho sobre otros (rango promedio= 5,43); omnipotencia (rango promedio= 4,47); autonomía (rango promedio= 4,40). Se utilizaron estadísticos de contraste, los cuales revelaron los siguientes valores: W de Kendall (0,258); Chi-cuadrado (94, 297); sig (0,000). La relación entre los pares de tipos de creencias fue respectivamente significativas en: amor-autonomía (p= 0,000); amor-omnipotencia (p= 0,000); amor-perfeccionismo (p= 0,000); amor-derecho

sobre otros ($p= 0,000$); ejecución-autonomía ($p= 0,002$); ejecución-omnipotencia ($p= 0,001$); ejecución-perfeccionismo ($p= 0,000$); ejecución-derecho sobre otros ($p= 0,000$); aprobación-perfeccionismo ($p= 0,026$); aprobación-derecho sobre otros ($p= 0,000$).

Discusión

Dado que la prueba W de Kendall resultó estadísticamente significativa para la comparación del nivel de concordancia de los tipos de creencia, se realizaron pruebas post hoc con la finalidad de identificar la relación entre cada uno de los tipos de creencias. Por consiguiente, resultaron significativas las diferencias entre: amor-autonomía, amor-omnipotencia, amor-perfeccionismo, amor-derecho sobre otros, ejecución-autonomía, ejecución-omnipotencia, ejecución-perfeccionismo, ejecución-derecho sobre otros, aprobación-perfeccionismo, aprobación-derecho sobre otros. No obstante, el tipo de creencia que presenta un mayor rango promedio es derecho sobre otros, esta diferencia es estadísticamente significativa en comparación a los tipos de creencias: amor, ejecución y aprobación, sin embargo, a pesar de presentar un rango promedio mayor a los tipos de creencia perfeccionismo, omnipotencia y autonomía, la diferencia no es significativa. Se observa que los resultados del estudio no coinciden con la investigación realizada por Gómez, Guerrero y Gonzáles (2014), los cuales identificaron un mayor rango promedio en ejecución (4,27), seguido de perfeccionismo (3,32), autonomía (1,76), derecho sobre otros (0,46), amor (0,46), aprobación (0,37), omnipotencia (0,08).

Depresión según el nivel de educación

Se utilizó la U de Mann-Whitney, la cual es una prueba no paramétrica que se lleva a cabo para comparar los datos de una distribución mediante una variable categórica.

Tabla N° 14. U de Mann-Whitney para la diferenciación de depresión según el nivel de educación

Rangos		
Nivel de educación en el que ejerce		Rango promedio
Depresión	Primaria	28,27

	Secundaria	30,91
Estadísticos de contraste		
		Depresión
	U de Mann-Whitney	380,500
	Sig. (bilateral)	0,553

Nota: Obtenido de la fuente: Depresión y actitudes disfuncionales en docentes de unidades de educación primaria y secundaria, autor Llerena (2019).

Análisis

De acuerdo al nivel de educación en el que ejercen los docentes se encontró los siguientes datos. Los rangos promedio de las puntuaciones de depresión fueron: primaria (rango promedio= 28,27); secundaria (rango promedio= 30,91); la U de Mann-Whitney (380,500); y Sig. (0,553).

Discusión

Los rangos promedio de las puntuaciones de depresión entre los docentes que ejercen en educación primaria y secundaria son diferentes, siendo mayor el rango promedio de los docentes que ejercen en secundaria (30,91), sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa ($p > 0,05$), datos que coinciden con la investigación realizada por Sieglin y Ramos (2007), los cuales señalan que la depresión se da en mayor rango en los docentes que ejercen en educación secundaria. Por otra parte este dato no contrasta con la investigación realizada por parte de Castillo, Fernández y López (2014), quienes por su parte señalan un mayor rango de depresión en los docentes de educación primaria, dato que suponen puede verse afectado por factores características sociodemográficas de la población.

Verificación de hipótesis

Se utilizó la prueba estadística Rho de Spearman para la correlación entre la variable depresión y la variable actitudes disfuncionales; la selección del estadístico se realizó tomando en cuenta que las puntuaciones de depresión no siguen una distribución normal (ver tabla N° 9), así como varios de los tipos de creencias (ver tabla N° 10). Así mismo se toma en cuenta que ambas variables son numéricas discretas.

Tabla N° 15. Rho de Spearman para la correlación de la variable depresión con la variable actitudes disfuncionales

	Tipos de creencias	Rho de Spearman	
		Depresión	
		Coefficiente de correlación	Sig. (bilateral)
Correlaciones	Aprobación	0,322	0,012
	Amor	0,595	0,000
	Ejecución	0,415	0,001
	Perfeccionismo	0,461	0,000
	Derecho sobre otros	0,236	0,067
	Omnipotencia	0,273	0,033
	Autonomía	0,487	0,000

Nota: Obtenido de la fuente: Depresión y actitudes disfuncionales en docentes de unidades de educación primaria y secundaria, autor Llerena (2019).

Análisis

Se aplica Rho de Spearman para determinar el coeficiente de correlación y la significación bilateral de cada una de los tipos de creencias y la variable depresión: aprobación (coeficiente de correlación= 0,322 y $p= 0,012$); amor (coeficiente de correlación= 0,595 y $p= 0,000$); ejecución (coeficiente de correlación= 0,415 y $p= 0,001$); perfeccionismo (coeficiente de correlación= 0,461 y $p= 0,000$); derecho sobre otros (coeficiente de correlación= 0,236 y $p= 0,067$); omnipotencia (coeficiente de correlación= 0,273 y $p= 0,033$); autonomía (coeficiente de correlación= 0,487 y $p= 0,000$).

Discusión

De la aplicación de la prueba estadística Rho de Spearman se aprecia que la variable depresión se correlaciona de manera estadísticamente significativa con seis de los siete tipos de creencias (aprobación, amor, ejecución, perfeccionismo, omnipotencia y autonomía), sin embargo, no sucede lo mismo con el tipo de creencia derecho sobre otros ($p>0,05$). Los tipos de creencia aprobación y omnipotencia poseen una

correlación positiva débil y aquellos que tienen una correlación positiva moderada son amor, ejecución, perfeccionismo y autonomía. Es decir que cuando los niveles de depresión aumenten, habrá mayor número de actitudes disfuncionales que incrementen, con excepción del tipo de creencia derecho sobre otros. Brouwer, Williams, Forand, DeRubeis, y Bockting (2018) coinciden en que las actitudes disfuncionales resultan un valor predictivo de la depresión, ya que a medida que la depresión incrementa, el número de actitudes disfuncionales también lo hace, sin embargo no refieren diferencias significativas en cuanto a su relación con cada uno de los tipos de actitudes disfuncionales. Por otra parte Ömer Şenormancı, Yilmaz, Saraçlı, Atasoy, Güliz Şenormancı, y Atik (2014) encontraron una relación inversa con respecto a los resultados de las actitudes disfuncionales, las cuales se asocian a la posibilidad de recaída, en aquellas personas que padecieron depresión en algún momento de su vida.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Por medio del análisis de la información recabada de los docentes de educación primaria y secundaria se concluye que la variable depresión se relaciona de manera estadísticamente significativa con seis de los siete tipos de creencias pertenecientes a las actitudes disfuncionales señaladas por Beck. Sin embargo esta relación no se mantuvo con el tipo de creencia derecho sobre otros, con excepción de esta, se pudo verificar que a medida que los niveles de depresión se incrementan, también aumentan el nivel de las actitudes disfuncionales.
- Se concluye que la dimensión predominante de depresión en docentes es la anergia, la cual hace referencia a la debilitación de los impulsos del individuo, que se expresan en falta de fuerzas y un cansancio marcado hacia la vida. Sin embargo, a pesar de que existe una diferencia con el resto de dimensiones, esta diferencia no resulta estadísticamente significativa.
- El tipo de creencia perteneciente a actitudes disfuncionales que predomina en los docentes fue derecho sobre otros, la cual se caracteriza por la importancia que el sujeto otorga a sus derechos, ante las necesidades y derechos del resto. Este tipo de creencia, refleja el mayor rango promedio en relación a las otros 6 tipos de creencias, siendo superior para los tipos de creencia: amor, ejecución, aprobación y menor para perfeccionismo, omnipotencia y autonomía.
- Diferenciando la depresión según el nivel de educación en el que ejercen los docentes (primaria – secundaria), se evidencia que las puntuaciones de depresión son mayores en los docentes que ejercen en secundaria, sin embargo esta diferencia no llegó a resultar significativa.

Recomendaciones

- Se recomienda realizar talleres participativos orientados a concientizar acerca de la depresión y su repercusión en el rendimiento laboral y otras áreas del personal docente de unidades educativas, los cuales deberán enfocarse en mejorar el rendimiento y la salud mental del personal.

- Investigar acerca de la implicación que tienen la actitud disfuncional derecho sobre otros con otras características tales como conducta tipo A y personalidad. Esta información resultará de utilidad para desarrollar una intervención adecuada, de acuerdo al padecimiento.

- Indagar acerca de otros factores precipitantes que conlleven a incrementar el grado de depresión en los docentes de educación secundaria, para de esta manera mejorar la calidad de vida y la comodidad de los docentes en la institución.

- Se sugiere realizar una investigación acerca de la presencia de actitudes disfuncionales en docentes y su influencia en el rendimiento estudiantil, ya que estas pueden influir negativamente en el rendimiento de los mismos.

- De ser posible ampliar el campo de investigación referente a las actitudes disfuncionales y su relación con el estrés laboral o el número de horas de trabajo o número de estudiantes a cargo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía:

- Alonso-Fernández, F. (2011). CET-DE. Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión. Madrid, España: TEA Ediciones.
- APA. (2013). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Chinchilla, A. (2008). *La Depresión y sus Máscaras*. Madrid: Ed. Médica Panamericana.
- Eagly, A. H., y Chaiken, S. (1993). *The psychology of attitudes*. Orlando, FL, US: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Lara, M., Martínez, A., Portillo, J., Villena, A., y Seijas, R. (2017). Manual APIR de tratamientos psicológicos. Madrid: Marbán.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Clasificación Internacional de las Enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid, España: Panamericana.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas*. En A. Belloch., B. Sandín., y F. Ramos. (Ed.), *Manual de psicopatología*. Vol. 2 (pp. 341- 378). Madrid, España: McGraw Hill.
- Torres, B., Rodríguez, P., Mascarós, L., Serra, J., Morer, B., y Tajima, K. (2017). Manual APIR de psicología clínica – Tomo I. Madrid: Marbán.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., y Hervás, G. (2009). *Modelos cognitivos de la depresión: su aplicación al estudio de las fases tempranas*. En J. L. Vázquez – Baquero (Ed.), *Las fases tempranas de las enfermedades mentales: trastornos depresivos* (pp 21-33). Barcelona, España. Masson & Elsevier.
- Weissman, A., y Beck, A. (1978) Escala de actitudes disfuncionales de Weisman y Beck. España.

Wikinski, S., y Jufe, G., (2014). El tratamiento farmacológico en Psiquiatría. Médica Panamericana.

Linkografía:

Alonso-Fernández, F. (2008). El modelo tetradimensional clínico y neurobiológico del síndrome depresivo. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 71(1-4), 43-50.
Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3720/372036927008.pdf>

Alonso-Fernández, F. (2001). Nivel 4 – patologías – Modelo tetradimensional de la depresión. Biopsicología.net. Recuperado de:
<https://biopsicologia.net/es/nivel-4-patolog%C3%ADas/>

Camacho, J. (2003). El ABC de la Terapia Cognitiva. Recuperado de
<http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>

Ansoleaga, E., Vézina, M., & Montaña, R. (2014). Síntomas depresivos y distrés laboral en trabajadores chilenos: condiciones diferenciales para hombres y mujeres. *Cadernos de Saúde Pública*, 30(1), 107–118. Recuperado de:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2014000100107&script=sci_abstract&tlng=es

Arancibia, M., & Behar, R. (2015). Alexitimia y depresión: evidencia, controversias e implicancias. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 53(1), 23–34.
Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v53n1/art04.pdf>

Castellón Leal, E., Ibern Regàs, P., Gili Planas, M., Lahera Forteza, G., Sanz González, J., & Saiz Ruiz, J. (2016). El abordaje de la depresión en el ámbito del trabajo: recomendaciones clave. *Psiquiatría Biológica*, 23(3), 112–117.
Recuperado de: <https://www.elsevier.es/es-revista-psiquiatria-biologica-46-articulo-el-abordaje-depresion-el-ambito-S1134593416300562>

Castillo Martínez, A., Fernández Pujazón, R., & López Jiménez, P. (2014). Prevalencia de ansiedad y depresión en docentes. *Revista Enfermería Del Trabajo*, ISSN-e 2174-2510, Vol. 4, Nº. 2, 2014, Págs. 55-62, 4(2), 55–62.
Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4738761>

- Conway, C., Slavich, J., y Hammen, C. (2015) Dysfunctional Attitudes and Affective Responses to Daily Stressors: Separating Cognitive, Genetic, and Clinical Influences on Stress Reactivity. *Cognitive therapy and research*, 39(3), 366-377. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4817852/>
- Franco Justo, C., Mañas Mañas, I., & Justo Martínez, E. (2016). Reducción de los niveles de estrés, ansiedad y depresión en docentes de educación especial a través de un programa de mindfulness. *Educación Inclusiva Revista De*, 2(3), 11–22. Recuperado de:
<http://www.ardilladigital.com/DOCUMENTOS/CALIDAD DE VIDA/EDUCACION INCLUSIVA/REI Revista Educacion Inclusiva N4.pdf#page=12>
- García, E. B., & Aroca, F. (2014). *Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. Artículo original Salud Mental* (Vol. 37). España. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500003
- Hernández, J. (2004). El fenómeno de las actitudes y su medición en Sociolingüística (Tesis Doctoral). Universidad de Murcia, España. pp. 30, 47. Recuperado de <http://www.um.es/tonosdigital/znum8/portada/monotonos/04-JMCAMPOYa.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). Infografía depresión. Ecuador. Recuperado de: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias-INEC/2017/infografia-depresion.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2017). *Día Mundial de la Salud. Quito, Ecuador. Recuperado de: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/dia-mundial-de-la-salud/*
- Kohn, R. (2017). *La brecha de tratamiento en la Región de las Américas Documento Técnico: "Un informe para la Organización Panamericana de la Salud "*. Rhode Island. Recuperado de:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&

category_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=es

López Cruz, M. B., & Presmanes-Roqueñí, L. (2018). Depresión en hombres y su relación con la ideología masculina tradicional y la alexitimia. *MLS Psychology Research*, 1(1), 95–110. Recuperado de:

<https://www.mlsjournals.com/Psychology-Research-Journal/article/view/113>

McLean, L., & Connor, C. M. (2015). *Depressive Symptoms in Third-Grade Teachers: Relations to Classroom Quality and Student Achievement*. *Child Development* (Vol. 86). Estados Unidos: Wiley/Blackwell (10.1111).

Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4428950/>

Ministerio de Salud Pública. (2016). *Este 7 de abril se celebra el Día Mundial de la Salud, con el tema “Depresión: Hablemos”*. Quito, Ecuador. Recuperado de:

<https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>

Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión y otros trastornos mentales comunes: estimaciones sanitarias mundiales*. Washington, D.C. Recuperado de:

Recuperado de:

<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *'Depresión: hablemos', en el Día Mundial de la Salud 2017*. Ginebra/Washington. Recuperado de:

https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1886:depression-hablemos-en-el-dia-mundial-de-la-salud-2017&Itemid=360

Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Estado de salud de la población: La salud mental en la Región de las Américas*. Washington, D.C. Recuperado de:

https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es

- Organización Mundial de la Salud. (2018). Depresión. *Ginebra/Washington*.
 Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión. Recuperado de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en El Ecuador utilizando el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS*. Recuperado de <https://goo.gl/tZBehV>
- Otani, K., Suzuki, A., Matsumoto, Y., y Enokido, M. (2016). Link of dysfunctional attitudes with the negative self-model. *Annals of general psychiatry*, 15, 11.
 Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4791912/>
- Polo Vargas, J. D., Santiago Briñez, V., Navarro Segura, M. C., & Alí Nieto, A. (2015). Creencias irracionales, síndrome de Burnout y adicción al trabajo en las organizaciones. *Psicogente*, 19(35), 148–160. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v19n35/v19n35a12.pdf>
- Porras Velásquez, N. R., & Parra D'aleman, L. C. (2018). Creencias irracionales como riesgo psicosocial de la adicción al trabajo desde la perspectiva de la Psicología de la Salud Ocupacional. *Interacciones: Revista de Avances En Psicología*, ISSN 2411-5940, ISSN-e 2413-4465, Vol. 4, Nº. 2, 2018 (Ejemplar Dedicado a: Mayo - Agosto), Págs. 105-113, 4(2), 105–113.
 Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6591732>
- Ramos, J. M., Franquelo, A., Franesqui, B., & López, A. (2017). Actitudes disfuncionales en pacientes con trastorno grave de personalidad: inespecificidad sintomatológica y cambio. *Clínica y Salud*, 28(3), 107–116.
 Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/323688734_Actitudes_disfuncionales_en_pacientes_con_trastorno_grave_de_personalidad_inespecificidad_sintomatologica_y_cambio
- Ribeiro, F., Dos Santos, P. L., Cazassa, M. J., Da, M., & Oliveira, S. (2014). Esquemas Desadaptativos Tempranos y Síntomas Depresivos. *Revista*

Argentina de Clínica Psicológica, XXIII(3), 15–22. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/html/2819/281943266003/index.html>

Roca, E. (2002). Terapia cognitiva de Beck para la depresión. *Colegio general de la psicología de España*. Recuperado de: <http://www.cat-barcelona.com/pdf/biblioteca/depresion/5 - tcbeck.pdf>

Sánchez-Narváez, F., y Velasco-Orozco, J. (2017). Comorbilidad entre síndrome de Burnout, depresión y ansiedad en una muestra de profesores de Educación Básica del Estado de México. *Papeles De Población*, 23(94).
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11254687011>

Sánchez, S. & Mesa, C. (1996). Publicación sobre la construcción de escalas para la evaluación de actitudes (publicación). Universidad de Granada, Madrid. pp. 9-10. Recuperado de
<http://www.ugr.es/~eirene/publicaciones/item9/eirene9cap1.pdf>

Sanz, J., y Vázquez, C. (1993). Adaptación española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: Propiedades clínicas y psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*. Vol. 19. España. Recuperado de:
https://www.researchgate.net/publication/235429623_Adaptacion_espanola_de_la_Escala_de_Actitudes_Disfuncionales_DAS_de_Weissman_y_Beck_Propiedades_clinicas_y_psicometricas

Sieglin, V., Y Ramos, M. (2007) Estrés laboral y depresión entre maestros del área metropolitana de Monterrey. Recuperado de:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032007000300005

Vanderhasselt, M.-A., Koster, E. H. W., Onraedt, T., Bruyneel, L., Goubert, L., & De Raedt, R. (2014). Adaptive cognitive emotion regulation moderates the relationship between dysfunctional attitudes and depressive symptoms during a stressful life period: A prospective study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 291–296. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24553342>

Vera, M., Vélez, C. A., & Córdova, M. F. (2018). Efectos de la Depresión en el Bienestar Laboral: El Rol Modulador del Apoyo Social en el Trabajo. *INVESTIGATIO RESEARCH REVIEW*, 0(10), 1–9. Recuperado de: <http://revistas.uees.edu.ec/index.php/IRR/article/view/142>

Citas bibliográficas bases de datos UTA:

SCIENCEDIRECT

Brouwer, M., Williams, A., Forand, N., DeRubeis, R., y Bockting, C. (2018). Dysfunctional Attitudes or Extreme Response Style as Predictors of Depressive Relapse and Recurrence after Mobile Cognitive Therapy for Recurrent Depression. Elsevier, 243, 4854. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032718300429?via%3Dihub>

García-Sorrentino, H. D., & Fantin-Salas, M. B. (2013). Patrón de conducta tipo A en trabajadores de la ciudad de San Luis, su relación con actitudes disfuncionales. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 5(2), 131–142. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007078013716936>

Kerqeli, A., Kelpi, M., y Tigilis, N. (2013). Dysfunctional Attitudes and Their Effect on Depression. Elsevier, 84, 196-204. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813016017>

Portellano-Ortiz, C., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., y Conde-Sala, J. (2016). Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Issues*, 4 (11), 216-226. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989116300957>

Şenormancı, Ö., Yılmaz, A., Saraçlı, Ö., Atasoy, N., Şenormancı, G., y Atik, L. (2014). The mediator role of ruminative thinking style in the relationship between dysfunctional attitudes and depression. Elsevier, 55(7), 1556-1560. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X14001357>

SCOPUS

Beck, A., y Haigh, E. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 10, 1–24. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734

PROQUEST-EBOOK CENTRAL

Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, España. Editorial Descleé de Brouwer. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/detail.action?docID=3194359&query=Terapia+cognitiva+de+la+depresi%C3%B3n>

Beck, J. (1995). *Terapia cognitiva: conceptos básicos y profundización*. España Editorial Gedisa. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/detail.action?docID=4908806&query=beck>

Caro Gabalda, I. (2009). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas* (2nd ed.). Sevilla, España: Descleé de Brouwer, S.A. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/detail.action?docID=3193724&query=Manual+te%C3%B3rico-pr%C3%A1ctico+de+psicoterapias+cognitivas>

Caro Gabalda, I. (2011). *Hacia una práctica eficaz de las psicoterapias cognitivas: Modelos y técnicas principales* (1st ed.). Urduliz, España: Descleé de Brouwer, S.A. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/detail.action?docID=3206695&query=Hacia+una+pr%C3%A1ctica+eficaz+de+las+psicoterapias+cognitivas%3A+Modelos+y+t%C3%A9cnicas+principales>

Segal, Z. V, Williams, M. G., y Teasdale, J. D. (2008). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena*. Sevilla, España: Descleé de Brouwer, S.A. Recuperado de: <https://ebookcentral.proquest.com/lib/utasp/detail.action?docID=3193914&query=Terapia+cognitiva+de+la+depresi%C3%B3n+basada+en+la+conciencia+plena>

ANEXOS

INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

a. Cuestionario Estructural Tetradimensional para la Depresión (CET-DE).

CUESTIONARIO ESTRUCTURAL TETRADIMENSIONAL PARA LA DEPRESIÓN (CET-DE)

Señale el grado más cercano al que usted se identifique en cada pregunta. Por favor, asegúrese de escoger solamente una respuesta. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

En relación a estos ítems, señale:

- Ausencia de síntoma = 0
- Síntoma dos veces por semana = 1
- Síntoma tres veces por semana = 2
- Síntoma cuatro veces por semana = 3
- Síntoma más de cuatro veces por semana = 4

Dimensión I		0	1	2	3	4
1	¿Nota falta de alegría?					
2	¿Se siente enfermo del cuerpo o está pendiente de cómo va su cuerpo?					
3	¿Se siente inferior a los demás?					
4	¿Cree que no vale la pena vivir?					
Dimensión II		0	1	2	3	4
5	¿Se siente aburrido o desinteresado por todo?					
6	¿Le cuesta trabajo pensar?					
7	¿Ha disminuido su actividad habitual?					
8	¿Se siente agotado o se cansa enseguida?					
Dimensión III		0	1	2	3	4
9	¿Está más sensible que antes?					
10	¿Habla menos con su familia o con sus amistades?					
11	¿Se siente enfadado o molesto con otras personas?					
12	¿Ha dejado de arreglarse o de vestirse como habitualmente?					
Dimensión IV		0	1	2	3	4
13	¿Se despierta antes de lo habitual y ya no puede dormirse?					
14	¿Se encuentra peor por las mañanas?					
15	¿Ha perdido apetito o peso?					
16	¿Se le hacen los días muy largos?					

b. Escala de actitudes disfuncionales (DAS).

ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES (DAS)

Señale el grado de acuerdo que tiene usted con las siguientes frases. Por favor, asegúrese de escoger solamente una respuesta. No hay respuestas correctas ni incorrectas

En relación a estos ítems, señale:

- Totalmente en desacuerdo = 0
- Moderadamente en desacuerdo = 1
- Dudoso = 2
- Moderadamente de acuerdo = 3
- Completamente de acuerdo = 4

1	Ser criticado hace que la gente se sienta mal	0	1	2	3	4
2	Es mejor que renuncie a mis propios intereses para agradar a otras personas	0	1	2	3	4
3	Para ser feliz necesito que otras personas me aprueben y acepten	0	1	2	3	4
4	Si alguien importante para mi espera que yo haga algo determinado, debo hacerlo	0	1	2	3	4
5	Mi valor como persona depende , en gran medida, de lo que los demás piensen de mi	0	1	2	3	4
6	No puedo ser feliz si no me ama alguien	0	1	2	3	4
7	Si a otras personas no les gustas, serás menos feliz	0	1	2	3	4
8	Si la gente a la que quiero me rechaza, es porque me estoy equivocando en algo	0	1	2	3	4
9	Si una persona a la que amo, no me corresponde, es porque soy poco interesante	0	1	2	3	4
10	El aislamiento social conduce a la infelicidad	0	1	2	3	4
11	Para considerarme una persona digna, debo destacar, al menos, en algún área importante de mi vida	0	1	2	3	4
12	Debo ser útil, productivo o creativo, o la vida no tiene sentido	0	1	2	3	4
13	Las personas que tienen buenas ideas son más dignas que quienes no la tienen	0	1	2	3	4
14	No hacer las cosas tan bien como los demás significa ser inferior	0	1	2	3	4
15	Si fallo en mi trabajo soy un fracasado	0	1	2	3	4
16	Si no puedo hacer algo bien, es mejor que lo deje	0	1	2	3	4
17	Es vergonzoso exhibir las debilidades de uno	0	1	2	3	4
18	Cualquier persona debería intentar ser la mejor en todo lo que hace	0	1	2	3	4
19	Si cometo un error debo sentirme mal	0	1	2	3	4

20	Si no tengo metas elevadas es posible que acabe siendo un segundón	0	1	2	3	4
21	Si creo firmemente que creo algo, tengo razones para esperar conseguirlo	0	1	2	3	4
22	Si encuentras obstáculos para conseguir lo que deseas, es seguro que te sentirás frustrado	0	1	2	3	4
23	Si antepongo las necesidades de los demás a las mías, me ayudarán cuando necesite algo de ellos	0	1	2	3	4
24	Si soy un buen marido (o esposa), mi cónyuge debe amarme	0	1	2	3	4
25	Si hago cosas agradables para los demás, ellos me respetarán y me tratarán tan bien como yo les trato	0	1	2	3	4
26	Debo asumir responsabilidades de cómo se comporta y siente la gente cercana a mí	0	1	2	3	4
27	Si critico a alguien por su forma de hacer algo y se enfada o se deprime, esto quiere decir que le he trastornado	0	1	2	3	4
28	Para ser una persona buena, valiosa, moral, tengo que tratar de ayudar a cualquiera que lo necesite	0	1	2	3	4
29	Si un niño tiene dificultades emocionales o de comportamiento, esto significa que sus padres han fallado en algo importante	0	1	2	3	4
30	Tengo que ser capaz de agradar a todo el mundo	0	1	2	3	4
31	No creo que sea capaz de controlar mis sentimientos si me ocurre algo malo	0	1	2	3	4
32	No tiene sentido cambiar las emociones desagradables, puesto que son parte válida e inevitable de la vida diaria	0	1	2	3	4
33	Mi estado de ánimo se debe, fundamentalmente, a factores que están fuera de mi control, tales como el pasado	0	1	2	3	4
34	Mi felicidad depende, en gran medida, de lo que me suceda	0	1	2	3	4
35	La gente señalada con la marca del éxito está destinada a ser más feliz que aquellas personas que no presentan esas marcas	0	1	2	3	4

c. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento tiene como propósito informar acerca de los derechos que tiene tanto el sujeto como la institución al formar parte de esta investigación:

- La participación en esta investigación es voluntaria. Usted tiene el derecho a desistir su actuación en este proyecto en cualquier momento, sin temor a repercusiones.
- Previo la aplicación de los reactivos, los docentes evaluados serán informados, sobre los objetivos de la investigación con el fin de que tengan conciencia plena de lo que están siendo parte.
- El estudiante investigador realiza esta investigación sin ningún conflicto de interés. El objetivo de la recopilación de datos mediante la aplicación de test es generar conocimiento referente a la problemática estudiada.
- Se garantiza discreción y confidencialidad con los datos obtenidos de cada persona evaluada y de la institución al no incluir el nombre de la misma. Usted como individuo tiene el derecho de pedir los resultados de su evaluación en caso de desear conocerlos.

Yo, _____ con Cédula de Identidad _____ autorizo al Sr. Leonel Alexander Llerena Aguirre hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema “DEPRESIÓN Y ACTITUDES DISFUNCIONALES EN DOCENTES DE UNIDADES DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA” de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de

FIRMA DEL EVALUADO (A)

FIRMA DEL EVALUADOR

Día Mes Año Psicología Clínica.

d. Ficha de información.

FICHA DE INFORMACIÓN

La presente ficha tiene como objetivo recabar información referente a características individuales, necesarias para cumplir con los objetivos de la evaluación, de antemano agradezco su colaboración y le recuerdo que **todos los datos que proporcione serán confidenciales.**

1. **Edad:** _____
2. **Sexo:** Hombre ____ Mujer ____
3. **Raza:** Mestiza ____ Blanca ____ Indígena ____ Afroecuatoriana ____ Otro (especifique) _____
4. **Estado civil:** Soltero ____ Casado ____ Divorciado ____ Viudo ____ Unión Libre ____ Otro _____
5. **Número de hijos:** _____
6. **¿Con quién vive?** Esposa/o e hijos ____ Pareja o esposa/o ____ Solo ____ Padres ____ Solo padre ____ Solo madre ____ Padres y hermanos ____ Otros familiares (abuelos, tíos, entre otros) ____ Otro (especificar) _____
7. **¿Con qué miembro de su familia tiene una mejor relación?** Padre ____ Madre ____ Hermano ____ Esposa/o ____ Hijos ____ Otro _____
8. **Aproximadamente, ¿cuánto tiempo lleva ejerciendo como docente?** _____
9. **¿En qué nivel de educación ejerce actualmente?** Primaria ____ Secundaria: ____ Ambas ____
10. **¿Cuántas materias imparte?** _____
11. **¿Es tutor de algún curso?** _____
12. **En promedio, ¿A cuántos alumnos imparte clases?** _____
13. **Cuántas horas a la semana ocupa en:**

Docencia	Trabajo extra académico	Trabajo en casa	Otro trabajo (en caso de tener otro trabajo)

14. **¿Cuántas horas a la semana usted dedica a realizar actividades de recreación o descanso?** _____
15. **¿En los últimos 6 meses ha experimentado malestar relacionado a un duelo debido a la pérdida de un ser querido?**
Sí ____ No ____
16. **¿Ha sido usted diagnosticado por un profesional de la salud mental (psicólogo, médico, psiquiatra) con una de las siguientes enfermedades?** Depresión ____ Ansiedad ____ Otro (especificar) _____
17. **¿Actualmente usted consume medicamento prescrito por un especialista? Si es el caso seleccione entre los siguientes:** Antidepresivos ____ Ansiolíticos ____ otros (especificar) _____
18. **¿Consumo alguna de las siguientes sustancias?:**

Alcohol	Nunca () Una o menos veces al mes () De 2 a 4 veces al mes () De 2 a 3 veces a la semana () 4 o más veces a la semana ()
Tabaco	Nunca () Una o menos veces al mes () De 2 a 4 veces al mes () De 2 a 3 veces a la semana () 4 o más veces a la semana ()
Otro (especifique) _____ _____	Nunca () Una o menos veces al mes () De 2 a 4 veces al mes () De 2 a 3 veces a la semana () 4 o más veces a la semana ()