



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Psicología

**Análisis de las virtudes y fortalezas en
niños en edad escolar, su relación con ansiedad
y depresión**

TESIS

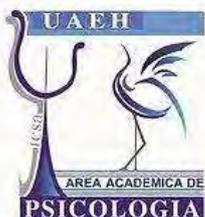
Que para obtener el título de:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

Tonantzin Granillo Rubio

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ



Pachuca de Soto, Hidalgo.

Octubre, 2018



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
 Instituto de Ciencias de la Salud
 Área Académica de Psicología

08 de agosto de 2018
 Asunto. Autorización de impresión formal

DRA. REBECA MARÍA ELENA GUZMÁN SALDAÑA
 JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA
 Head of academic psychology area

Manifiesto a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de la pasante **Tonantzin Granillo Rubio**, bajo la modalidad de Tesis cuyo título es: **"Análisis de las virtudes y fortalezas en niños en edad escolar, su relación con ansiedad y depresión"** debido a que reúne los requisitos de decoro académico a que obligan los reglamentos en vigor para ser discutidos por los miembros del jurado.

"AMOR, ORDEN Y PROGRESO"

JAEH
BIBLIOTECA

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra. Norma Angélica Ortega Andrade	Presidente	
Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Primer Vocal	
Dra. Rubén García Cruz	Segundo Vocal	
Dr. David Jiménez Rodríguez	Tercer Vocal	
Dra. Claudia Margarita González Fragoso	Secretario	
Dra. Lilian E. Bosques B	Suplente	
Dra. Karina Reyes Jarquín	Suplente	



Cirujito Ex Hacienda La Concepción S/N
 Carretera Pachuca Aotopan
 San Agustín Tlaxiaca, Hidalgo, México; C.P. 42160
 Teléfono: 52 (771) 71 720-00 Ext.5104, 5118 y 4313
 psicologia@uaeh.edu.mx

www.uaeh.edu.mx

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción	8
Capítulo 1. Virtudes y fortalezas de carácter	10
Antecedentes	10
Definición	11
Modelos.....	12
Psicología Positiva	14
Definición de Virtudes y Fortalezas	19
Clasificación de las Virtudes y Fortalezas.....	21
Capítulo 2. Ansiedad en la infancia	32
Ansiedad	32
Epidemiología	32
Teorías.....	33
Síntomas	34
Tipos y criterios diagnósticos.....	36
Factores de riesgo.....	42
Consecuencias.....	43
Ansiedad infantil	44
Capítulo 3. Depresión en la infancia.....	46
Depresión.....	46
Epidemiología.....	47
Teorías.....	47
Síntomas	48
Tipos y criterios diagnósticos.....	49
Factores de riesgo.....	53
Consecuencias	53
Depresión infantil.....	54
Método.....	56
Objetivos	56
Hipótesis	56
Variables	57

Participantes.....	58
Tipo de estudio.....	58
Tipo de diseño.....	58
Instrumentos.....	59
Procedimiento	59
Análisis estadístico	60
Resultados	61
Discusión y conclusiones	71
Anexos.....	75
Referencias	81

Índice de tablas

Tabla 1: Autores y conceptos básicos de la orientación hedónica y eudaimónica (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009)	11
Tabla 2. Virtudes y Fortalezas Psicológicas (Adaptada de Peterson y Seligman, 2004)....	21
Tabla 3. Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno de ansiedad de separación (APA, 2013)	36
Tabla 4. Criterios diagnósticos del DSM-V para mutismo selectivo (APA, 2013).....	37
Tabla 5. Criterios diagnósticos del DSM-V para fobia específica (APA, 2013)	38
Tabla 6. Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno de ansiedad social (APA, 2013).....	39
Tabla 7. Criterios diagnósticos del DSM-V para especificador de ataque de pánico (APA, 2013).....	40
Tabla 8. Criterios del DSM-V para trastorno de pánico (APA, 2013).....	40
Tabla 9. Criterios diagnósticos del DSM-V para agorafobia (APA, 2013)	41
Tabla 10. Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno de ansiedad generalizada (APA, 2013)	42
Tabla 11. Temores del desarrollo y los trastornos de ansiedad en el niño y el adolescente. Según momento evolutivo	44
Tabla 12. Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (APA, 2013)	50
Tabla 13. Criterios diagnósticos del DSM-V episodio maniaco (APA, 2013)	51
Tabla 14. Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno depresivo persistente (Distimia) (APA, 2013)	52
Tabla 15. Tabla de definición conceptual y operacional	57
Tabla 16. Correlación entre los factores del CDI y las Virtudes Psicológicas	68
Tabla 17. Correlación entre los factores del CMAS-R y las Virtudes Psicológicas	68
Tabla 18. Correlación entre los factores del CMAS-R y las Fortalezas Psicológicas	69
Tabla 19. Correlación entre los factores del CDI y las Fortalezas Psicológicas.....	70

Índice de figuras

Figura 1: Divisiones del Bienestar (Elaboración propia).....	11
Figura 2. Modelo del Bienestar Psicológico de Carol Ryff (Elaboración propia).....	12
Figura 3. Teoría de la Autodeterminación, (Ryan y Deci, 2000).....	13
Figura 4. Modelo de influencia directa del afecto positivo en la salud (Pressman y Cohen, 2005).....	13
Figura 5. Modelo de influencia indirecta del afecto positivo en la salud (Pressman y Cohen, 2005)	14
Figura 6. Modelo P.E.R.M.A. (Elaboración propia)	16
Figura 7. Modelo P.R.I.S.M.A (Elaboración propia).....	16
Figura 8. Frecuencia edad	61
Figura 9. Frecuencia por grado escolar.....	61
Figura 10. Frecuencia de participantes por escuela	62
Figura 11. Frecuencia de participantes por grado escolar por escuela.....	62
Figura 12. Media de ansiedad por género	63
Figura 13. Media de depresión por género	63
Figura 14. Media de virtudes psicológicas por género	64
Figura 15. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Sabiduría	65
Figura 16. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Coraje	65
Figura 17. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Humanidad	66
Figura 18. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Justicia	66
Figura 19. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Templanza	67
Figura 20. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Trascendencia.	67

Resumen

El objetivo de la investigación fue identificar la relación de las virtudes y fortalezas psicológicas con los niveles de ansiedad y depresión de niños y niñas escolarizadas de entre 6 y 15 años de edad, de los municipios de Pachuca y Mineral de la Reforma en el estado de Hidalgo. Para evaluar dichas variables, se aplicó el *Inventory of Strengths for Youth* (VIA-Y) de fortalezas y virtudes, Lo que pienso y siento (CMAS-R) para la ansiedad y el *Children's Depression Inventory* (CDI) para la depresión. El presente es un diseño de investigación no experimental transversal, descriptivo correlacional. Se realizó un análisis descriptivo, así como una *t* de Student para muestras independientes comparando puntajes por género y entre máximos y mínimos, prosiguiendo con una Correlación de Pearson entre las Virtudes y Fortalezas Psicológicas con los puntajes de Ansiedad y Depresión. De esta manera se pudo identificar que las niñas tienen un mayor manejo de las Virtudes y Fortalezas psicológicas en comparación a los niños, también se identificaron relaciones estadísticamente significativas, que oscilan entre una correlación negativa muy débil (-0.10) y una correlación negativa media (-0.50), entre la mayoría de las virtudes y fortalezas psicológicas con los niveles de ansiedad y depresión; lo anterior nos lleva a la conclusión de que el uso de las virtudes y fortalezas psicológicas son un factor de protección para la prevención de patologías, ya que entre mayor es el uso de éstas, menor es la presencia de ansiedad y depresión, si se enseña a la población infantil a identificar y potencializar sus virtudes y fortalezas, crecerán con altos índices de salud y bienestar, a nivel físico y psicológico, serán personas optimistas y felices.

Palabras clave: Virtudes y fortalezas, ansiedad, depresión, población infantil

Abstract

The aim of the research was to identify the relationship of the virtues and psychological strengths to with the levels of anxiety and depression in children between 6 and 15 years of age, from schools in the municipalities of Pachuca and Mineral de la Reforma in the state of Hidalgo. To evaluate these variables, we applied the Inventory of Strengths for Youth (VIA-Y) of strengths and virtues, what I think and feel (CMAS-R) for anxiety and the Children's Depression Inventory (CDI) for depression. This work is a cross-sectional non-experimental research design, descriptive correlational. A descriptive analysis was carried out, as well as a Student t test for independent samples comparing scores by gender and between maximum and minimum, continuing with a Pearson Correlation between the Psychological Strengths and Strengths with the Anxiety and Depression scores. In this way it was possible to identify that girls have a greater management of psychological strengths and strengths in comparison to children, statistically significant relationships were also identified, ranging between a very weak negative correlation (-0.10) and a negative mean correlation (-0.50), between most of the psychological strengths and strengths with levels of anxiety and depression; this leads us to the conclusion that the use of psychological virtues and strengths are a protective factor for the prevention of pathologies, since the greater the use of these, the less the presence of anxiety and depression, if it is taught to the infantile population to identify and to potentiate their virtues and strengths, they will grow with high indexes of health and well-being, at physical and psychological level, they will be optimistic and happy people.

Key words: Virtues and strengths, anxiety, depression, children population.

Introducción

A lo largo de muchos años, las ciencias de la salud se han enfocado en el tratamiento de patologías y no en la prevención de éstas (Vázquez, Hervás, Rahona y Gómez, 2009), es por ello que en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud no solo como el tratamiento a enfermedades, al contrario, la define como un estado completo de bienestar en todos sus aspectos: físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad (OMS, 2006).

Se habla mucho de salud mental, pero en realidad no se llevan a cabo medidas para mantener una buena salud mental, existen actualmente patologías que afectan al individuo en todos los aspectos de su vida, como son la ansiedad y la depresión, aunque sean vistas juntas o por separado, generan un número mayor de problemas maritales, ocupacionales, académicos, etc. (Rojtenberg, 2006). Los factores de protección son la base para el sano desarrollo del individuo, llevándonos a investigar en una nueva rama de la psicología la cual ofrece una gran cantidad de factores protectores que como individuos por naturaleza tenemos (Peterson, Park y Seligman, 2006), la Psicología Positiva. Seligman sostiene que la psicología va más allá de solucionar aquello que pone en conflicto al individuo, ya que la meta de ésta nueva rama de la psicología es crear un saludable estilo de vida para evitar situaciones desagradables logrando un bienestar y una mejor calidad de vida, encontrando en el individuo fortalezas y virtudes que sirven como un mecanismo de defensa ante las adversidades (Seligman, 2003).

Las personas que padecieron en la infancia algún episodio de depresión, tienen mayor probabilidad de padecer un trastorno de ansiedad en años posteriores (Benjet et al., 2004). Se sabe que la tasa de co-ocurrencia de varios trastornos de ansiedad en niños y adolescentes es alta (Ruiz y Lago, 2005), lo cual quiere decir que los niños con este tipo de trastornos, se convertirán en adultos ansiosos o depresivos.

Identificar patologías como la ansiedad y depresión en población infantil es difícil, ya que los síntomas pueden confundirse con enfermedades médicas, temores o etapas propias del desarrollo (Ruiz y Lago, 2005); hablar de bienestar no implica tratar una enfermedad cuando ésta aparece, al contrario, implica el prevenir la enfermedad antes de que se desarrolle (Carruthers y Hood, 2005).

Existen estudios que demuestran el uso de las Virtudes y Fortalezas Psicológicas en niños y adolescentes en diferentes ámbitos (Mikulik y Fernández,

2005; Remor, Amorós y Carrobles, 2010), éste uso se relaciona a un nivel mayor de bienestar y a la prevención de patologías mejorando la calidad de vida del individuo.

El mejor lugar para poder tener acceso a la población infantil es la escuela, ésta se convierte en un instrumento más para el desarrollo del niño, es el lugar donde adquiere conocimientos y donde pone en práctica lo aprendido, pero desde la Psicología Positiva, éste es el lugar donde el niño aprende a ser feliz, es el primer contacto que tiene el niño fuera de casa siendo el lugar donde aprende a vivir (Moreno y Gálvez, 2010).

Una de las metas fundamentales de la Psicología Positiva es enseñar que la prevención de patologías funciona de manera adecuada cuando se trabaja de manera eficaz con la detección y potencialización de las fortalezas del individuo, también ha demostrado que, si esta intervención se inicia en edades tempranas y se mantiene durante el desarrollo del individuo, es eficaz con muy buenos resultados. La detección, potencialización y/o mejora de fortalezas y virtudes en los niños nos lleva a una prevención de conductas de riesgo, prevención de psicopatologías y problemas de conducta ayudándolos a afrontar saludablemente las adversidades de la vida (Sol, 2012).

Capítulo 1. Virtudes y fortalezas de carácter

Antecedentes

El bienestar ha sido durante las últimas décadas un concepto que se encuentra en la mira de todo investigador y profesional de la salud (Vázquez et al., 2009); el concepto de bienestar empezó siendo subjetivo ya que dependía de cada persona, en la que influyen los aspectos individuales, y sociales. Es por ello que a partir de que la OMS (2006) modifica la definición de salud en 1948, se empezó a tomar en consideración el término de bienestar.

El Hedonismo define al bienestar como la presencia de afecto positivo y la ausencia de afecto negativo; esta orientación filosófica tiene su origen en la antigua Grecia y su principal fundamento es que el individuo experimente la mayor cantidad de placer, así la felicidad se convierte en la suma de momentos placenteros, siendo esto el objetivo principal de la vida (Vázquez, 2009).

El concepto actual de los psicólogos hedónicos ha sido el de bienestar subjetivo, el cual se divide en dos conceptos: el balance afectivo y la satisfacción percibida (Lucas, Diener, y Suh, 1996).

Por otro lado, el bienestar es, a partir de la Eudaimonía, la consecuencia de un pleno funcionamiento psicológico a partir del cual el potencial del individuo es desarrollado, y no el aumento de experiencias positivas o la disminución de experiencias negativas (Ryan, Huta y Deci, 2008).

Esta concepción establece que el bienestar lo encuentra el individuo en la realización de actividades que estén relacionadas con valores e intereses profundos, ya que al ser personales suponen un gran compromiso. Se ha comprobado que el bienestar eudaimónico sirve como un elemento protector ante los efectos de experiencias negativas (Vázquez y Hervás, 2009).

En la Tabla 1 se observan las diferencias conceptuales y los autores representativos de cada orientación.

Tabla 1.

Autores y conceptos básicos de la orientación hedónica y eudaimónica.

	Bienestar hedónico	Bienestar eudaimónico
Autores representativos	Epicurio, Hobbes, Sade, Bentham, Bradburn, Tennen, D. Watson, Kahneman	Aristóteles, Frankl, Ryff, Deci, Seligman
Conceptos básicos	Placer, Afecto positivo/negativo, Balance afectivo, Emociones positivas, Afecto neto, Satisfacción vital	Virtudes, Autorrealización, Crecimiento psicológico, Metas y necesidades, Fortalezas psicológicas

Nota: Adaptado de “Bienestar Psicológico y Salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva” de Vázquez et al., 2009, *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.

Definición

Independientemente de la orientación con que se mire, el bienestar es parte de la prevención y recuperación de enfermedades físicas, pero al mismo tiempo favorece el desarrollo físico, social y psicológico del individuo (Vázquez y Hervás, 2009).

Carol Ryff (1989) una de las principales autoras de este modelo, propone el término de bienestar psicológico, el cual lo define como el desarrollo del potencial verdadero de uno mismo.

El bienestar subjetivo, toma en cuenta aspectos relacionados con los afectos y emociones tanto de personas y grupos, también se incluyen los aspectos cognitivos. En el bienestar psicológico se encuentra lo relacionado con el funcionamiento positivo del individuo (Rosa y Quiñones, 2012).

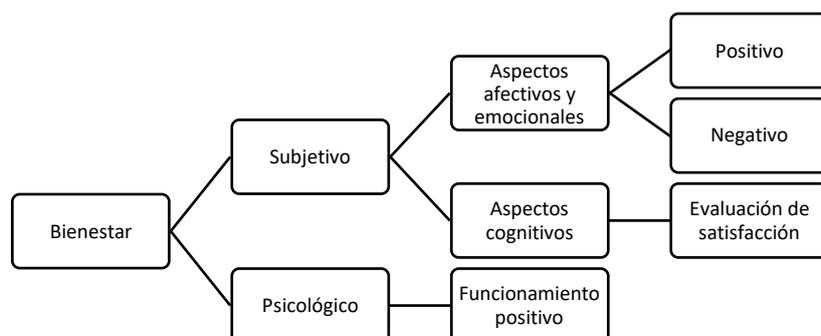


Figura 1. Divisiones del Bienestar (Elaboración propia).

Según Seligman y Csikszentmihalyi (2000) ambas orientaciones filosóficas se podrían considerar como diferentes caminos hacia la felicidad.

Desde la eudaimonia, el bienestar psicológico se ha ligado a investigaciones relacionadas con el funcionamiento del cerebro y las denominadas neurociencias afectivas (Davidson, 2003, 2004).

Modelos

Bienestar Psicológico.

Ryff construye un modelo de bienestar mostrado en la Figura 2 (eudaimónico) el cual presenta seis factores psicológicos: a) auto aceptación, b) relaciones positivas, c) control ambiental, d) autonomía, e) propósito en la vida y f) crecimiento personal. Entonces las personas que presentan bienestar eudaimónico, se sienten bien con lo que hacen y con lo que son, inician y mantienen buenas relaciones con los que los rodean, modifican su ambiente para lograr sus metas, no dependen de los demás por lo que son capaces de realizar sus actividades individualmente, tienen como fin una meta en la vida y se encuentran en constante aprendizaje y desarrollo de sus capacidades (Ryff, 1989; Vázquez et al., 2009).

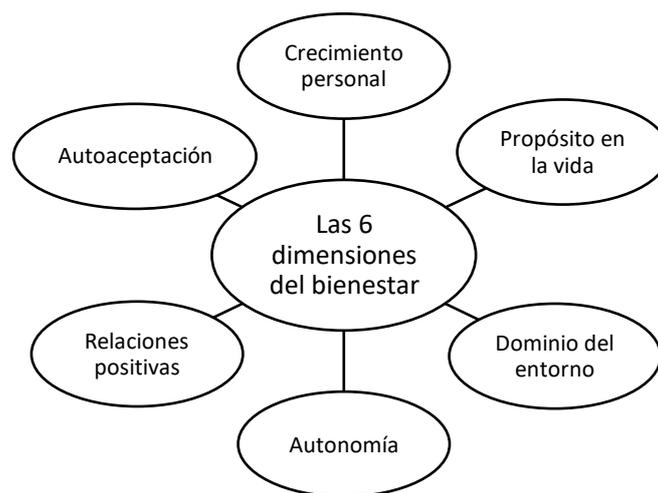


Figura 2. Modelo del Bienestar Psicológico de Carol Ryff (Elaboración propia).

Teoría de la autodeterminación.

Dentro de la orientación eudaimónica, la teoría de la autodeterminación (Ryan y Deci, 2000) sostiene que el bienestar es el resultado de un óptimo funcionamiento psicológico, esto en base a tres necesidades psicológicas: autonomía, competencia

y vinculación; además la satisfacción de estas necesidades psicológicas fomenta no solo el bienestar psicológico, sino también el bienestar subjetivo.

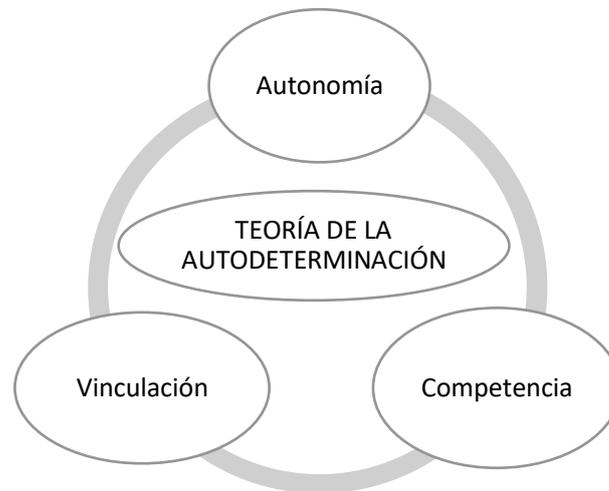


Figura 3. Teoría de la Autodeterminación. Adaptado de “Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia.” de Ryan, Huta y Deci, 2000, *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.

Afecto positivo.

Pressman y Cohen (2005) proponen dos modelos enfocados al afecto positivo y cómo es que éste influye en la salud, el primer modelo tiene relación entre el afecto positivo y el sistema fisiológico (Figura 4), lo que este modelo explica es que el efecto positivo es benéfico y favorece conductas saludables; al mismo tiempo tiene una influencia sobre el sistema nervioso autónomo (SNA) y se ha demostrado que el afecto positivo es benéfico para la creación y mantenimiento de vínculos sociales

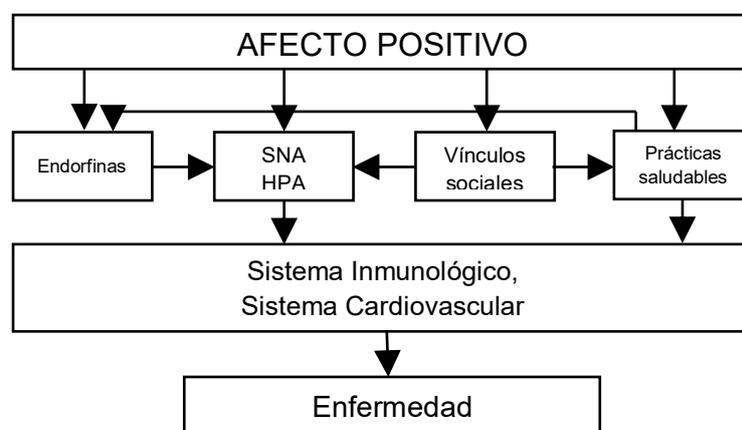


Figura 4. Modelo de influencia directa del afecto positivo en la salud. Adaptado de “Does positive affect influence health?” de Pressman y Cohen, 2005, *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.

El segundo modelo (Pressman y Cohen, 2005) va enfocado a las consecuencias que sufre el organismo ante la presencia del estrés, en este caso el afecto positivo no es el causante de reacciones en el organismo, al contrario, es una defensa del organismo ante el estrés en varios niveles de respuesta; así el afecto positivo tiene un efecto normalizador ante las respuestas fisiológicas causadas por estresores (Fredrickson y Levenson, 1998).

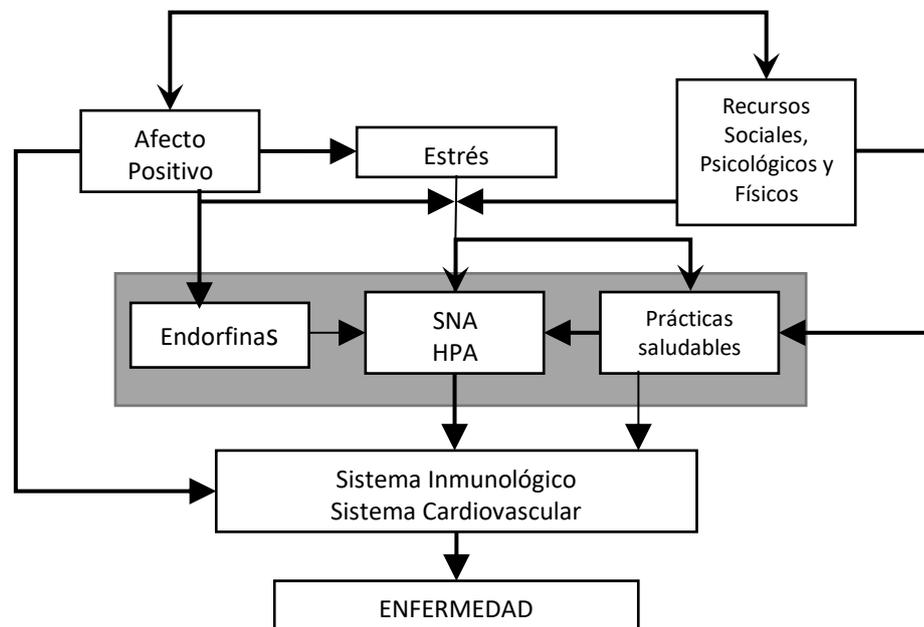


Figura 5. Modelo de influencia indirecta del afecto positivo en la salud. Adaptado de “Does positive affect influence health?” de Pressman y Cohen, 2005, *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.

Psicología Positiva

Esta rama de la Psicología está definiendo con una amplia precisión todo aquello que rodea al bienestar humano e incorpora el estudio de elementos positivos (Vázquez y Hervás, 2009).

Todas las intervenciones, independiente de la disciplina a la que pertenezcan, tienen como fin aumentar la calidad de vida de las personas; aunado a eso, las decisiones que día a día tomamos llevan consigo la felicidad que obtendremos, nosotros o nuestros seres queridos, al elegir entre una u otra opción.

A pesar del trabajo que se ha realizado en el campo de la salud, las intervenciones van enfocadas a disminuir el dolor y/o sufrimiento, en lugar de desarrollar capacidades para la prevención de dicho afecto (Vázquez, 2009).

Se comienza a definir que todos los estados psicológicos positivos forman parte de la salud y al mismo tiempo tienen influencia en la aparición y desarrollo de patologías. Últimamente se han estudiado los beneficios que las emociones positivas aportan a la salud, especialmente en el ámbito de la psiconeuroinmunología, algunos estudios han demostrado que las personas que mantienen una mayor emocionalidad negativa son más vulnerables a contagiarse de agentes infecciosos y al mismo tiempo a que se reactiven virus latentes del organismo. Glaser y Kiecolt-Glaser en 2005 reportan estudios los cuales han mostrado que las emociones positivas están vinculadas a una mejor salud y una mayor longevidad.

Estudios recientes refieren que el optimismo y encontrar un significado ante la adversidad, parecen ser factores protectores de la salud; estudiosos de la salud han sostenido que ser positivo mentalmente nos ayuda a darle un sentido a la vida y al mismo tiempo a vivir saludablemente; parece tener una influencia ante la enfermedad y al mismo tiempo ante la salud (Peterson et al., 2006).

Uno de los principales objetivos de la Psicología Positiva es que el individuo identifique en sí mismo aquellos recursos y fortalezas que por naturaleza tiene, y tenga la capacidad de usarlos para que sea consciente de ellos y poder aplicarlos en su vida (Sheldon y King, 2001).

Modelo P.E.R.M.A.

La psicología positiva se basa en cinco grandes pilares conocidos como P.E.R.M.A. (por sus siglas en inglés) mostrados en la figura 6: Emociones positivas, compromiso e involucramiento, relaciones, propósito y significado, éxito y sentido de vida (Seligman, 2012). El uso de estos pilares está relacionado con el uso de virtudes y fortalezas psicológicas lo que lleva a la persona a sentir mayor felicidad y por lo tanto incrementar su bienestar.

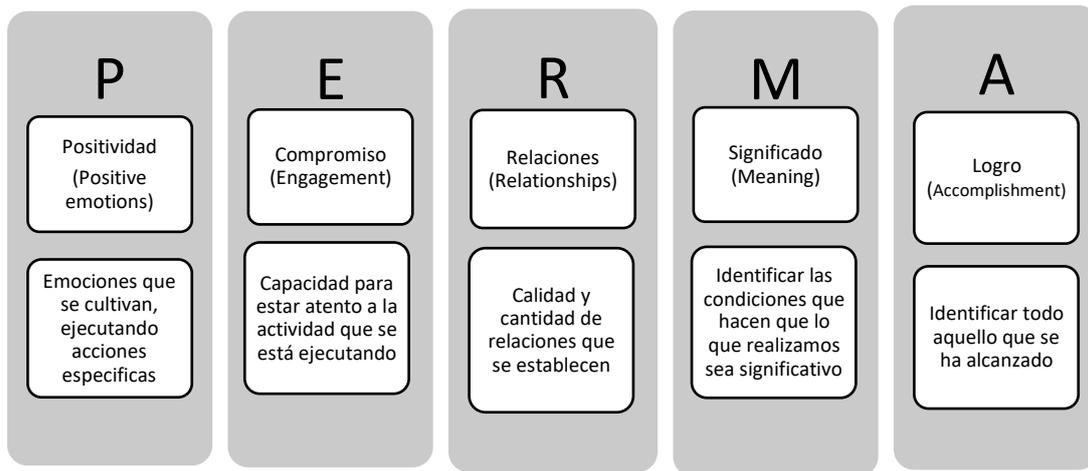


Figura 6. Modelo P.E.R.M.A. (Elaboración propia).

En español, Tarragona (2013) traduce este modelo como PRISMA quedando de la siguiente manera:

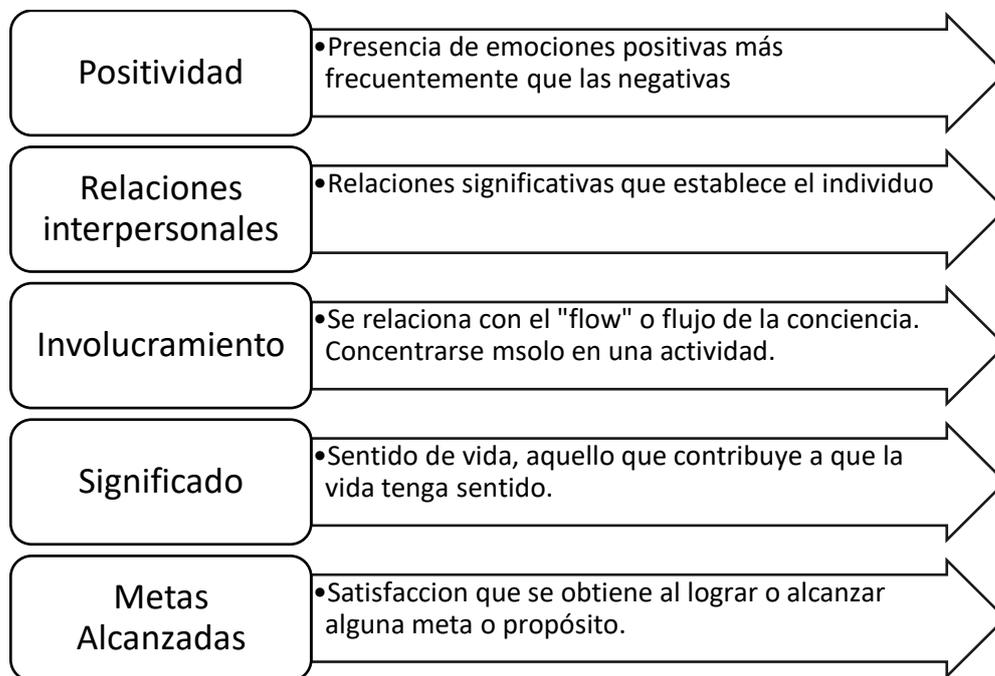


Figura 7. Modelo P.R.I.S.M.A (Elaboración propia).

Las emociones positivas provocan en el individuo sentimientos agradables, mejoran la capacidad de resolver problemas, aumentan la creatividad, mejoran la flexibilidad e incluso influyen en la construcción de nuevos recursos; en cambio las

emociones negativas son muy adaptativas, producen incomodidad, ansiedad y estrés; lo positivo o lo negativo se define por los sentimientos y/o sensaciones que provocan (Pressman y Cohen, 2005).

El interés principal de la Psicología Positiva incluye principalmente el estudio del bienestar, así como cinco ámbitos relacionados uno con otro (Seligman, 2011; Snyder y López, 2002), los cuales son el estudio de:

1. Experiencias positivas
2. El compromiso
3. Los vínculos positivos
4. El significado
5. El logro

Así una meta de la Psicología Positiva es que la sociedad reconozca que la prevención de patologías funciona de manera adecuada cuando se trabaja de manera eficaz con la detección y potencialización de las fortalezas del individuo, también ha demostrado que si esta intervención se inicia en edades tempranas y se mantiene durante el desarrollo del individuo, es eficaz con muy buenos resultados. La detección, potencialización y/o mejora de fortalezas y virtudes en los niños nos lleva a una prevención de conductas de riesgo, y les ayuda a afrontar saludablemente las adversidades de la vida (Sol, 2012).

La Psicología Positiva toma en cuenta las experiencias positivas en tres puntos temporales (Hefferon y Boniwell, 2011):

1. En el pasado, analizando el bienestar, la alegría y la satisfacción
2. En el presente enfocándose en la felicidad y el flujo de las experiencias
3. Y el futuro, estableciendo metas con optimismo y esperanza

La Psicología Positiva divide su disciplina en tres campos de acción (Positive Psychology Center, 1998):

1. Campo subjetivo, como experiencias positivas y estados a lo largo del presente, pasado y futuro del individuo.
2. Campo individual, características que define a una persona "buena".
3. Campo grupal, estudiando rasgos positivos de escuelas, instituciones, comunidades e incluso gobiernos.

A partir del modelo P.E.R.M.A., la psicología positiva se relaciona directamente con el uso de virtudes y fortalezas psicológicas, siendo éstas un medio para brindar a la sociedad una nueva visión sobre lo que es el bienestar.

Psicología Positiva en la escuela.

El ámbito escolar es visualizado como un instrumento en el desarrollo del niño, ya que es un lugar para aprender a leer, escribir, y adquirir conocimientos que después se puedan poner en práctica; pero desde el enfoque de la Psicología Positiva, la escuela es un lugar donde el niño aprende a ser feliz y a ser sabio, es el primer contacto que el niño tiene fuera de casa y por lo tanto es el lugar donde aprende a vivir. La psicología contribuye para ser un eje fundamental en la felicidad del individuo y la escuela sirve no solo como un instrumento u otro servicio público, la escuela debe de ser un lugar donde se enseñe también a ser feliz (Moreno y Gálvez, 2010).

La escuela y todo aquello que está inmerso en ella (maestros, compañeros, enfoque, etc.) influyen directamente en el desarrollo de cuatro aspectos importantes en el niño:

- La confianza
- El carácter
- La competencia
- La conexión o integración

Involucrar a la Psicología Positiva en el ámbito escolar tiene que ver con una prevención a nivel primario, es decir, enseñar a los niños a desarrollarse de manera sana; que el niño tenga una mala salud mental impide el éxito académico y un sano desenvolvimiento social, los trastornos mentales se asocian con la prevalencia de conductas no deseadas, un mal desempeño académico, uso de sustancias a temprana edad e incluso la deserción escolar. La psicología Positiva dentro del aula fomenta una convivencia saludable, potenciar en los niños los aspectos positivos que tienen, logrando así individuos felices (López, Piñero y Areñe, 2013).

Seligman (2001) menciona la importancia de la psicología positiva en la educación, ofreciendo una educación positiva, la cual consiste en enseñar habilidades

del bienestar, mejorando los aspectos individuales, encontrando un sentido a la vida, invitando a enseñar las virtudes y las fortalezas a los niños en todos los niveles educativos.

La importancia de enseñar la psicología positiva y el bienestar en las escuelas se debe a 3 grandes razones (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005):

1. La prevalencia de trastornos mentales y enfermedades en niños y adolescentes.
2. La psicología positiva es el puente para aumentar la satisfacción con la vida diaria.
3. Sirve como herramienta para mejorar el aprendizaje y la creatividad.

Diversos estudios realizados alrededor del mundo (Seligman et al., 2005; Arguís, Bolsas, Hernández y Salvador, 2010) han demostrado que la escuela es el escenario ideal para aplicar la Psicología Positiva para el desarrollo de las fortalezas de los niños y jóvenes; Moreno y Gálvez (2010) hablan incluso de Escuelas Positivas, donde se involucran tres objetivos clave para lograr aulas felices y bienestar dentro del aula:

- Organización: eficacia y eficiencia en la relación enseñanza-aprendizaje.
- Profesional: Involucramiento de los docentes en la motivación y satisfacción propias.
- Escolar: Desarrollo instruccional e individual de los alumnos.

Definición de Virtudes y Fortalezas

A partir de la identificación de los valores de cada cultura, Peterson y Seligman (2004) hallaron una serie de rasgos positivos los cuales tienen convergencia con varias culturas, tradiciones y épocas, llevándolos a una aceptación universal los cuales llamaron “virtudes”, las cuales definieron como rasgos positivos deseables que todo individuo debería de tener (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Cada una de estas virtudes se desarrolla a partir de una serie de fortalezas psicológicas, las cuales son definidas como “estilos moralmente valorables de pensar, sentir y actuar, que contribuyen a una vida en plenitud”, es por ello que se han enlistado 24 fortalezas las cuales describen de una manera más profunda cada virtud.

En las fortalezas están en juego el esfuerzo y la voluntad del individuo (Peterson y Seligman, 2004).

La elaboración de esta clasificación ha sido difícil debido a la amplia gama de fortalezas que pueden formar parte de ella, Peterson y Seligman (2004) han designado una serie de características que debe de tener la fortaleza para ser incluida en esta clasificación:

- Ubicuidad: debe de ser ampliamente reconocida en todas las culturas
- Plenitud: contribuye a promover la plenitud del individuo, potencializando los aspectos positivos del individuo
- Valor moral: debe tener un valor deseable por sí mismo
- No empañarse a los demás: debe despertar, en los que observan a una persona que realiza acciones virtuosas, la admiración y no la envidia.
- Opuestos no deseables: tener antónimos evidentes negativos.
- Apariencia de rasgo: ser parte de una diferencia individual que demuestre ser general y estable.
- Medible: haber sido evaluada por los investigadores como una diferencia individual.
- Distintividad: no ser igual a otras fortalezas ya establecidas.
- Ejemplos paradigmáticos: conocer casos de individuos que pueden ser considerados prototipos de la fortaleza.
- Niño prodigio: deben existir casos de individuos de temprana edad que muestren la fortaleza.
- Ausencia selectiva: que existan casos de personas en las cuales esté completamente ausente la fortaleza
- Instituciones: es o puede ser un objetivo de determinadas prácticas y rituales que intenten fomentar la virtud o fortaleza socialmente.

Las fortalezas se clasifican de acuerdo con las características propias de cada virtud; Peterson y Park (2009) hacen su clasificación en el proyecto VIA (*Values in action*) de la siguiente manera:

Tabla 2.*Virtudes y Fortalezas Psicológicas*

VIRTUD	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	FORTALEZAS PSICOLÓGICAS
Sabiduría y conocimiento	Adquisición y uso de conocimientos	1. Creatividad, originalidad e ingenio
		2. Curiosidad e interés por el mundo
		3. Apertura mental, pasión por aprender
		4. Creatividad, originalidad e ingenio
		5. Deseo de aprender, juicio, pensamiento crítico y mentalidad abierta
		6. Perspectiva, amplitud de miras, visión de conjunto y sabiduría
Coraje	Voluntad de lograr objetivos ante una oposición interna o externa	7. Valentía y coraje
		8. Perseverancia, laboriosidad y diligencia
		9. Integridad, honradez y autenticidad
		10. Vitalidad
Humanidad	Fuerza interpersonal	11. Amor, capacidad de amar y ser amado
		12. Amabilidad y generosidad
		13. Inteligencia social
Justicia	Fuerzas cívicas	14. Ciudadanía, deber, trabajo en equipo y lealtad
		15. Equidad, imparcialidad y justicia
		16. Liderazgo
Templanza	Fuerzas que nos protegen de los excesos	17. Capacidad de perdón
		18. Humildad y modestia
		19. Prudencia, cautela, cuidado y discreción
		20. Autorregulación y autocontrol
Trascendencia	Fuerzas que nos conectan con el universo	21. Capacidad estética, respeto y apreciación de la belleza
		22. Gratitud
		23. Esperanza, optimismo y visión de futuro
		24. Humor
		25. Espiritualidad, sensación de propósito, religiosidad y fe.

Nota: Adaptada de "Character, strengths and virtues." de Peterson y Seligman, 2004, A handbook and classification. Oxford: Oxford University Press.

Clasificación de las Virtudes y Fortalezas

Sabiduría y conocimiento.

Las fortalezas que componen esta virtud, están relacionadas específicamente con aspectos cognitivos, a la obtención y uso del conocimiento, si una persona se dice ser sabia implica que practica lo que día a día aprende (Grinhauz y Castro, 2012; Sejas, 2013).

Creatividad.

Va acompañada de la originalidad y del ingenio; las ideas, trabajo o acciones de una persona creativa deben tener una contribución positiva en la vida del individuo y de los demás. Esta fortaleza ha sido apreciada como una capacidad humana, ya que el desarrollo del individuo ha sido marcado por diferentes eventos, ideas y materiales contruidos gracias a la creatividad del ser, y cosas tan comunes que ahora son parte de la vida cotidiana, en algún momento de la historia fueron el resultado de la creatividad de alguien (Peterson y Seligman, 2004).

Curiosidad.

Es definida como un interés personal que el individuo tiene para obtener una experiencia, hace que el individuo se enfrente a eventos nuevos que muchas veces suelen ser vistos como retos. Está relacionada con el interés, la búsqueda de lo novedoso y el estar dispuesto a nuevas experiencias, se identifica en personas que no se conforman con lo ya aprendido (Sol y Castro, 2012).

La curiosidad nunca se presenta en el mismo grado; logra el desarrollo de uno mismo al momento en que el individuo integra a su vida diaria lo aprendido. La mayoría de las personas curiosas no tienen filtros al momento de relacionarse, es por ello que suelen meterse en problemas. La curiosidad inicia en la infancia y perdura durante el crecimiento del individuo (Peterson y Seligman, 2004).

Apertura mental.

Las personas que tienen una apertura mental tienen un estilo único de pensar, ya que evalúan todas las posibilidades y /o consecuencias sobre determinada acción o pensamiento. Ésta fortaleza contribuye a la visión coherente de todo lo que nos rodea, nos ayuda a entender el porqué de nuestras decisiones y también a cambiar de juicio cuando se tiene evidencia de aquello que es correcto; al mismo tiempo es una aportación cognitiva de la empatía y facilita el aprendizaje (Giménez, Vázquez y Hervás, 2010; Peterson y Seligman, 2004).

Deseo de aprender.

Las personas que tienen esta fortaleza de carácter, tienen una motivación positiva para obtener nuevos conocimientos o para generar un nuevo conocimiento, así como el dominio de nuevas habilidades (Sol y Castro, 2012).

Esta fortaleza es valorada en las instituciones de enseñanza-aprendizaje, por los maestros, quienes observan en los alumnos la disposición en el aula de clases; quien muestra esta fortaleza, suele contagiar a quienes lo rodean (Peterson y Seligman, 2004).

Perspectiva.

También conocida como sabiduría, se refiere a la habilidad de dar consejos sabios y oportunos, ya que es el resultado de la inteligencia y la experiencia propia. Se relaciona con el bienestar propio y de los demás (Urra, 2010).

La perspectiva es una fortaleza que ha dado un lugar de respeto a diferentes personas, las cuales con su visión han logrado dejar su huella en la historia de la humanidad, como los dirigentes religiosos, políticos o mundiales (Peterson y Seligman, 2004). Se enseña de generación en generación, y se ve representada por las personas de edad adulta (esto no quiere decir que las personas en edad temprana no la posean).

Coraje

Esta virtud implica la capacidad que tiene el individuo de luchar por las metas que se plantee a pesar de la presencia de factores internos o externos que puedan hacer difícil el proceso (Urra, 2010).

Valentía.

La valentía es la habilidad que tienen las personas para hacer lo que se debe de hacer independientemente de si sienten miedo o no, es hacer lo correcto aun corriendo riesgos (Peterson y Seligman, 2004). Considerar a una persona valiente tiene que ver mucho con la situación a la que se enfrenta y las acciones que realiza en comparación con otras personas.

Perseverancia.

Independientemente de los obstáculos que se presenten al realizar una tarea específica, si el individuo sigue esforzándose por cumplir su meta, se identifica como una persona perseverante. Esta fortaleza se hace presente después de la aparición de varios aspectos negativos que como seres humanos sentimos al no lograr lo que nos proponemos: aburrimiento, frustración y la dificultad para pensar y actuar (Sol y Castro, 2012).

Esta fortaleza es diferente a las demás, ya que cuando uno es perseverante y logra el objetivo en el que se estaba enfocando, produce una gran satisfacción, y fuerza interna, la cual motiva al individuo a realizar todo aquello que se propone (Peterson et al., 2006).

Una persona perseverante es interesante y llama la atención de los demás, siendo un ejemplo para los demás, de esta manera se potencializa en los observadores el interés y las ganas de lograr metas o proyectos (Peterson y Seligman, 2004).

Integridad.

La integridad es la fortaleza que incluye el ser honesto y sincero con uno mismo y con los demás y el tomar responsabilidad de cómo uno se siente con lo que uno hace; toma en consideración la sincera y genuina presentación de uno mismo hacia los demás tan bien como el sentimiento o sensación interna que uno refleja moralmente hacia otras personas (Arguís et al., 2010).

Peterson y Seligman (2004) clasifican la integridad dentro de la virtud de coraje porque uno se da cuenta de la verdadera integridad de las personas cuando éstas se enfrentan a situaciones donde es más sencillo hacer aquello que no es correcto a lo que realmente es correcto. A lo largo de la historia la sociedad ha cultivado esta fortaleza desde que el individuo nace, enseñándole a decir la verdad, seguir las reglas y ser honesto hacia uno mismo.

Vitalidad.

La vitalidad es conocida mejor como una propiedad física del cuerpo humano que una mental, esta fortaleza se refiere a la sensación de alivio, de energía y entusiasmo que presentan las personas por casi todas las actividades que realizan (Sol y Castro, 2012). Se clasifica dentro de la virtud de coraje porque se manifiesta en circunstancias difíciles y potencialmente peligrosas.

La vitalidad refleja directamente la eudaimonia, y reafirma que la plenitud no solo es una definición abstracta, pero si es el experimentar un estado psicológico. Csikszentmihalyi (1990) define a la vitalidad como una manera de describir la construcción y la absorción del *flow*.

El entusiasmo es la principal característica de la vitalidad, y el entusiasmo por si solo tiene un gran valor y es de admirarse, pero también puede haber una progresiva disminución de éste cuando el individuo se enfrenta a situación que lo hacen sentir triste enojado o desanimado (Peterson y Seligman, 2004). La vitalidad se asocia directamente con el bienestar en todos los sentidos; se diferencia de otras fortalezas por el hecho de que es gracias a la vitalidad que se potencializan otras fortalezas de carácter (Ryan et al., 2008).

Humanidad

Se relaciona a las fortalezas interpersonales, es decir, aquellas que se relacionan a otras personas (Sol y Castro, 2012), dentro de esta virtud se incluye el acercamiento y la amistad con otras personas (Giménez et al., 2010).

Las fortalezas que constituyen esta virtud son consideradas como una de las bases para la satisfacción con la vida (Deci y Ryan, 2000)

Amor.

El amor sucede durante una relación recíproca con otra persona, éste se define a partir de compartir la seguridad, el confort y la aceptación del otro, se ven inmersos fuertes sentimientos positivos, e incluso el sacrificarse o sacrificar algo por la otra persona. Independientemente si nos conocemos realmente a nosotros mismos, todos deseamos estar enamorados, tener a una persona con quien compartir la vida diaria, e incluso se cree que las personas enamoradas son más plenas y felices (Peterson y Seligman, 2004).

Amabilidad.

Existen variables como el altruismo, las conductas pro sociales y la empatía, las cuales son consideradas como parte de la amabilidad (Giménez et al., 2010).

Cuando un individuo es amable, ayuda a los demás sin esperar nada a cambio, es actuar positivamente por el hecho de servir y ayudar a los demás (Sol, 2012).

Inteligencia social.

La inteligencia social consiste en identificar los sentimientos y decisiones de uno mismo y de los demás (Peterson et al., 2006); también es la capacidad que tiene el individuo de razonar las emociones interna y externamente, comprendiéndolas y evaluándolas, las personas con esta fortaleza saben cómo actuar ante las situaciones sociales a las que se enfrenta (Cosentino, 2009).

Justicia

Las fortalezas que perteneces a esta virtud se caracterizan por tener una carga cívica, y son necesarias para una sana convivencia en cualquier comunidad (Grinhauz y Castro, 2012).

Ciudadanía.

Consiste en la identificación y lucha del bien común por sobre el propio, las personas que tienen esta fortaleza son leales a sus grupos de trabajo, son

responsables hacia sus deberes ya que hace lo que le corresponde por el bien de su grupo (Cosentino, 2013), se asocia directamente con la autorregulación.

Las personas con esta fortaleza son voluntarios en la realización de las actividades de los grupos a los que pertenecen, participando activamente para lograr una meta en común, es por ello que el trabajo en equipo y la responsabilidad social ayudan a la potencialización de esta fortaleza (Peterson y Seligman, 2004).

Equidad.

Producto del juicio moral, la equidad o imparcialidad es la fortaleza en la que el individuo determina lo que es correcto o no, éste se muestra sensible ante las injusticias, presentando sentimientos de bondad y compasión; cuando se actúa con equidad, se les dan las mismas oportunidades a los demás, siendo responsables, confiables y morales (Cosentino, 2009); el ser equitativo o imparcial es dar a los demás las mismas oportunidades y las mismas reglas (Peterson et al., 2006).

Durante la infancia-adolescencia, el individuo adquiere capacidades cognitivas las cuales le ayudan a lograr una moral autónoma (Giménez et al., 2010); la equidad es la base en la sociedad y en todo sistema de justicia.

Liderazgo.

Se define como la capacidad que tiene el individuo de guiar a un grupo hacia los resultados correctos (Grinhauz y Castro, 2012), Cosentino (2009) menciona que las personas líderes poseen características temperamentales y cognitivas las cuales motivan a ayudar e influir en un grupo de manera positiva, motiva y dirige hacia acciones grupales, logrando el éxito siempre y cuando se mantenga una buena relación con los integrantes del grupo.

La persona líder puede ser nombrada formal o informalmente, estos líderes muestran el interés de querer dejar su huella en el mundo, influyendo en grupos al momento de motivar a los miembros de éste (Peterson y Seligman, 2004).

Templanza

Las fortalezas de esta virtud protegen al individuo contra los excesos y las acciones o pensamientos impulsivos y se relacionan con un desarrollo psicológico positivo (Grinhauz, 2012; Grinhauz y Castro, 2012).

Capacidad de perdón

Es la capacidad que tiene el individuo de otorgar una oportunidad extra a las personas que han actuado mal, siempre y cuando no se sienta rencor o venganza hacia ellas (Grinhauz y Castro, 2012); se caracteriza por ser una fortaleza de índole social.

Está relacionada con niveles mayores de gratitud y bienestar en el individuo (Bono y McCullough, 2006; Toussaint y Friedman, 2008); cuando se dan segundas oportunidades o se aman a los enemigos, satisface al individuo que perdona aun cuando el efecto o consecuencia del perdón no impacta directamente en el mundo, pero si en su vida (Peterson y Seligman, 2004).

Humildad.

Fortaleza que se identifica en personas que dejan que sus actos hablen por sí mismos, dejando de lado la estima propia, teniendo la capacidad de olvidarse de ellos mismos (Cosentino, 2009), está ligada a la auto aceptación y la apreciación.

El ser humilde consiste en reconocer el valor de las cosas y de las acciones de los demás y como éstas contribuyen a la mejora de la sociedad en general; las personas humildes escuchan consejos, ideas innovadoras, así como críticas independientemente si son buenas o malas (Peterson et al., 2006).

Prudencia.

Se caracteriza por ser una orientación hacia el futuro personal pero de manera cognitiva, que es guía para alcanzar metas propias a largo plazo; los individuos prudentes muestran un nivel de preocupación hacia la consecuencia de sus acciones mayor a la de los demás, son tímidos e incluso aburridos, tienen una resistencia a la expresión o acción de las metas a corto plazo,

sacrificando las metas a corto plazo con tal de obtener aquellas que requieren de mayor tiempo y dedicación (Cosentino, 2009; Peterson y Seligman, 2004).

La prudencia va más allá de hacer una simple elección, ya que las elecciones que se hacen se hacen “inteligentemente”, se considera una fortaleza psicológica cuando dirige al individuo de manera responsable y por ende se relaciona con un desarrollo psicológico positivo (Peterson y Seligman, 2004; Grinhauz y Castro, 2012)

Auto-regulación.

Se refiere concretamente a controlar las respuestas propias como lo son las acciones, expresiones, pensamientos, emociones e impulsos, entre otros; esto con la finalidad de cumplir alguna meta o pertenecer a un grupo con determinadas características (Cosentino, 2009).

Esta fortaleza se asocia al auto-control y a la auto-disciplina, las personas que cumplen sus tratamientos médicos, dietas o simplemente quienes cumplen sus promesas son un ejemplo de el alcance que tiene esta fortaleza (Ryan et al. 2008).

Trascendencia

Virtud que se conforma por un grupo de fortalezas que van más allá de lo material, ya que se conectan con el universo, proporcionando al individuo un significado a la vida (Grinhauz, 2012).

Capacidad estética.

También conocida como apreciación, es la capacidad que presenta el individuo en sentir placer en aquellas cosas físicas o sociales, tomando principalmente aquellos dominios que se reconocen exactos y/o excelentes (ciencias, experiencias, talentos e inclusive la naturaleza) (Cosentino, 2009).

Conecta de manera directa las emociones con los sentidos; las personas con capacidad estética encuentran, reconocen y sienten placer por lo que sus sentidos perciben, estas personas encuentran con más frecuencia alegría y sentido en su vida (Grinhauz y Castro, 2012).

Gratitud.

Es el sentimiento de agradecimiento que tiene una persona al reconocer que ha sido beneficiado e incluso se puede manifestar el agradecimiento ante la belleza de la naturaleza (Peterson et al., 2006).

Se relaciona directamente con el afecto positivo, el optimismo, el apoyo social, y la satisfacción con la vida (Froh, Yurkewicz y Kashdan, 2008). Cuando las personas muestran agradecimiento, presentan emociones positivas e incluso motivarse a actuar de manera virtuosa, estas personas incluso comparten sus victorias con aquellas personas que le ayudaron a triunfar (Peterson y Seligman, 2004).

Esperanza.

Se define como una actitud cognitiva, positiva, emocional y motivacional hacia el futuro, llevando al individuo a actuar de manera positiva hacia el futuro, estas acciones suponen los resultados deseados; la esperanza ha sido reconocida como un factor protector ante las enfermedades y la adversidad (Cosentino, 2009; Grinhauz y Castro, 2012).

Las personas con esperanza creen que esta en sus manos lograr un buen futuro, y por ello trabajan para conseguirlo independientemente si el presente no es como se esperaba; se asocia directamente con el optimismo (Peterson y Seligman, 2004; Sejas, 2013).

Humor.

El humor es el gusto de reír, hacer bromas, estar siempre sonriente, en conclusión, ver el lado positivo de la vida, las personas con humor suelen hacer alguna broma incluso en las situaciones difíciles, esto para equilibrar el mal rato que se ha vivido (Peterson et al., 2006; Sejas, 2013). El humor produce emociones positivas, tal vez no en los espectadores, pero si en quien lo produce.

Se identifica como una herramienta importante para afrontar la adversidad, el humor permite ver el lado bueno de las cosas y por lo tanto mantener un estado de ánimo positivo (Cosentino, 2009; Giménez et al., 2010).

Espiritualidad.

Esta es la fortaleza más humana que existe en el individuo, se refiere a la creencia de algo superior y de una dimensión trascendente de la vida, es pensar que existe algo superior que da sentido a la vida; esta creencia determina el comportamiento del individuo y su sustento emocional (Sejas, 2013, Cosentino, 2009).

Capítulo 2. Ansiedad en la infancia

Definición

La ansiedad es definida como un sentimiento de tensión, pensamientos de tensión o preocupación y cambios físicos. Las personas que son diagnosticadas con algún trastorno de ansiedad suelen tener pensamientos o preocupaciones intrusivos recurrentes, así como sintomatología física (American Psychiatric Association [APA], 2010).

También se define como un estado subjetivo emocional que se manifiesta ante la presencia de un estímulo que es considerado dañino o peligroso y que produce una sensación de preocupación o incertidumbre (Conde, Orozco, Báez y Dallos, 2009).

Se identifica que una persona presenta ansiedad cuando presenta respuestas biológicas, conductuales, físicas y emocionales que no puede controlar, que percibe como amenaza e incluso incómodas (Clark y Beck, 2011).

A nivel emocional la ansiedad es una emoción que previene al individuo de situaciones incontrolables, volviéndose un trastorno en el momento en que el individuo deja de ser funcional en cualquiera de sus ámbitos (social, personal, físico, emocional, etc.) (Simpson, et al., 2010).

Epidemiología

La OMS (2015), calcula que los trastornos relacionados con la ansiedad afectan al 3.8 por ciento de la población de adultos en todo el mundo.

Siendo los trastornos de ansiedad uno de los desórdenes mentales más común, se sabe que una de cada cuatro personas han sido víctimas de algún trastorno de ansiedad, presentándose en cualquier etapa de su vida, teniendo prevalencia en mujeres que en hombres (Rector, Bourdeau, Kitchen y Joseph-Massiah, 2008).

Los trastornos relacionados con la ansiedad ocupan dos de los primeros lugares en cuanto a prevalencia en la población infantil mexicana (Medina et al. 2003).

Teorías que explican la ansiedad

Modelo Cognitivo.

Este modelo fundamenta que la ansiedad es el producto de los pensamientos negativos que tiene la persona ante determinada situación. Burns (2006) plantea que cada vez que una persona se siente angustiada, es porque se dice a sí mismo que algo terrible le va a suceder; este modelo está basado en tres ideas fundamentales:

- El individuo se siente tal como piensa.
- Cuando el individuo está angustiado, se está engañando a sí mismo, ya que la ansiedad es consecuencia de pensamientos ilógicos distorsionados o sea que la angustia es una estafa mental.
- Cuando el individuo cambie su manera de pensar, podrá cambiar su manera de sentirse.

Modelo de la exposición.

Burns (2006) explica que este modelo tiene como idea fundamental que la ansiedad es generada por la evitación; el individuo siente angustia porque evita aquello a lo que le teme. Según esta teoría, el individuo vencerá sus miedos cuando deje de huir.

Modelo de la emoción oculta.

Este modelo explica que las personas que presentan ansiedad buscan ser agradables con la gente, le temen a los conflictos y a los sentimientos negativos. Una vez que el individuo siente que ha adquirido algún trastorno, de manera inconsciente lo oculta para no “contagiar” a los demás de este trastorno. Existen amplias posibilidades de que la ansiedad disminuya una vez que los sentimientos negativos salgan a la luz y se resuelva el problema del individuo (Burns, 2006).

Experimental motivacional.

Múltiples autores consideran a la ansiedad como un “drive” motivacional, siendo la responsable de que el individuo emita determinada respuesta ante un estímulo. Se supone que existe una relación entre la ansiedad y el grado de dificultad para resolver determinado problema; los individuos que tengan altos niveles de ansiedad resolverán con mayor facilidad la tarea en comparación con aquellos que presenten bajos niveles de ansiedad (Ansonera, Cobo y Romero, 1983).

Psicométrico-factorial.

Ansonera et al. (1983) consideran que la ansiedad es el resultado de hechos cognitivos, afectivos y comportamentales, haciéndose presentes a algunas formas de estrés. A nivel cognitivo, los estímulos pueden ser interpretados como peligrosos haciendo que se eleven los niveles de ansiedad; al mismo tiempo se realizan operaciones cognitivas y comportamentales que pueden lograr una disminución de la ansiedad que se pueden dar en tres tipos: 1) Reinterpretación del estímulo, 2) Evitación de la situación y 3) Emisión de conductas y/o mecanismos de defensa que tienden a reducir la ansiedad.

Teoría del aprendizaje y psicología conductual.

La idea principal de la teoría del aprendizaje proviene de los experimentos de Pavlov y Watson, sin embargo quienes desarrollaron los modelos actuales fueron Mowrer y Miller; identificaron que la ansiedad está relacionada con el miedo, solo que sucede de forma anticipada al estímulo, e incluso puede que el estímulo nunca llegue pero la ansiedad ya estará presente (Strongman, 1995).

Teoría neurogénica.

Desarrollada a nivel neuronal, esta teoría sostiene que constantemente se añaden neuronas recién nacidas al hipocampo; estudios recientes han encontrado que la neurogénesis se ve afectada en pacientes con trastornos del estado de ánimo y relacionados con la ansiedad; esto sugiere que el potencial neuronal es menor cuando se padecen estos trastornos (Miller y Hen, 2015).

Síntomas

Psicológicos.

La ansiedad en el individuo lo lleva a presentar una deficiencia en el control de impulsos, tener sensaciones de amenaza, sentir que siempre está expuesto a un peligro, y dificultades en la toma de decisiones. Emocionalmente se presentan la frustración, el nerviosismo, la intolerancia y el miedo o temor; al mismo tiempo se presentan deficiencias en la memoria, falta de control ante las situaciones problemáticas y una desestructuración del individuo (Clark y Beck, 2011).

Cognitivos.

La ansiedad es caracterizada por un sentimiento de miedo difuso, vago y desagradable. Las personas ansiosas se preocupan demasiado por supuestos peligros desconocidos; tienen pensamientos sobre el futuro en los que se incluyen peligros inminentes, o se la pasan recordando el pasado en los que solo rescatan los aspectos negativos de la situación (Sarason y Sarason, 2006).

Existen diferentes maneras en que la ansiedad puede manifestarse, ya sea a nivel cognitivo como inhibición o aceleración del pensamiento, pensamiento desordenado, dificultades para realizar asociaciones mentales, obsesiones, pensamiento mágico, y problemas de concentración (Trickett, 2009).

Físicos.

Sarason y Sarason (2006) identifican algunos síntomas, aunque no todas las personas presentan todos los síntomas, suelen presentar algunos de ellos como:

- Ritmo cardíaco acelerado
- Respiración profunda
- Diarrea
- Pérdida del apetito
- Mareos y desmayos
- Sudoración excesiva
- Insomnio prolongado
- Micción frecuente
- Nerviosismo
- Agitación
- Tensión muscular
- Sensación de cansancio
- Dificultad para respiración
- Temblores
- Sensación de cansancio
- Dificultad para concentrarse
- Hipervigilancia

Conductuales.

A nivel conductual la ansiedad se manifiesta en la búsqueda constante de apoyo, agitación psicomotriz, hiperactividad, inquietud (Solloa, 2009). Una persona ansiosa puede presentar tartamudeo, movimientos repetitivos de manos, brazos y piernas, congelamiento, risa, nerviosismo, bromas y conductas evitativas (Ortega, 2003).

Tipos y criterios diagnósticos

Trastorno de ansiedad por separación.

En esta clasificación, el individuo tiene ansiedad excesiva por separarse de personas o de lugares con las que tienen un fuerte vínculo emocional. En niños, el vínculo involucra a un progenitor, y si comienzan en la niñez, no persisten hasta la edad adulta; este trastorno no debe confundirse con ansiedad de separación que ocurre en etapas normales de desarrollo; también se puede presentar como fobia escolar, rechazo a ir a la escuela o ausentismo escolar en donde presentan síntomas somáticos como cefaleas o náuseas; en niños suele iniciarse antes de los 6 años, disminuyendo a partir de los 12, afectando a un 3-5% de los niños y a un 2-4% de los adolescentes (APA, 2013; Ruiz y Lago, 2005).

Tabla 3.

Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno de ansiedad de separación

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN

- A) Temor o ansiedad inapropiados excesivos para el nivel de desarrollo por la separación respecto de aquellos a quienes el individuo está vinculado, evidenciados por al menos tres de los siguientes:
- a. Malestar excesivo recurrente cuando se anticipa o experimenta separación respecto del hogar o de figuras de vinculación importantes.
 - b. Preocupación persistente y excesiva por perder figuras de vinculación importantes o por posible daño a ellos, como enfermedad, lesión, desastres o muerte.
 - c. Preocupación persistente y excesiva por experimentar un suceso desagradable que cause separación respecto a una figura de vinculación importante.
 - d. Renuencia o rechazo persistentes a ir afuera, alejarse de casa o ir a la escuela, al trabajo o alguna otra parte por temor a la separación.
 - e. Temor o renuencia persistentes a dormir lejos de casa o a ir a dormir sin tener cerca de una figura de vinculación importante.
 - f. Pesadillas repetidas con el tema de separación.
 - g. Quejas repetidas de síntomas físicos cuando ocurre o se anticipa la separación respecto a las figuras de vinculación importantes.
- B) Temor, ansiedad o evitación son persistentes, y duran al menos cuatro semanas en niños y adolescentes y por lo común seis meses o más en adultos.
- C) La alteración causa malestar desde el punto de vista clínico significativo o deterioro en las áreas social, académico, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D) La alteración no es explicada mejor por otro trastorno mental.

Nota: Adaptado de "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)" de APA, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Mutismo selectivo.

Trastorno caracterizado por la ausencia persistente de habla en situaciones sociales, siendo muy raro, se manifiesta frecuentemente en niños pequeños, se diferencia de la timidez. Los individuos con mutismo selectivo no inician el habla con otras personas, pero en escenarios con los que están familiarizados, se desenvuelven con normalidad. Las consecuencias generales en niños es el afrontarse a un aislamiento social y en la escuela sufren deterioros académicos; sus criterios diagnósticos son los siguientes (Black, 2014):

Tabla 4.

Criterios diagnósticos del DSM-V para mutismo selectivo

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA MUTISMO SELECTIVO
a) Ausencia consciente de habla en situaciones sociales específicas en que se espera que la persona hable, aunque sí lo hace en otras situaciones.
b) La alteración interfiere en el logro educativo o laboral o en la comunidad social.
c) La alteración dura al menos un mes.
d) La ausencia de habla no es atribuible a falta de conocimiento o comodidad con el lenguaje hablado requerido en la situación social.
e) La alteración no es explicada mejor por un trastorno de la comunicación y no ocurre de manera exclusiva durante la evolución de trastorno del espectro autista, esquizofrenia y otro trastorno psicótico.

Nota: Adaptado de "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)" de APA, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Fobia específica y trastorno de ansiedad social (Fobia social).

Una fobia es definida como un miedo irracional a objetos, lugares, actividades e incluso personas, este miedo es irracional, excesivo y desproporcionado (APA, 2013).

Diversos autores (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers y Telch, 2010) señalan que las fobias se clasifican de acuerdo a cuatro subtipos:

1. Situacionales: como el temor a los espacios cerrados como cuartos angostos, aviones, trenes, etc.
2. Ambientales: miedo al agua, a los truenos, a las alturas, etc.
3. Animal: miedo a las arañas, a las ranas, a los gatos, etc.

4. Daño, sangre, inyecciones: cirugías, inyecciones, procedimientos dentales, etc.

Tabla 5.

Criterios diagnósticos del DSM-V para fobia específica

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA FOBIA ESPECÍFICA
a) Temor o ansiedad considerables acerca de un objeto o situación específicos.
b) El objeto o situación específicos casi siempre provocan temor o ansiedad inmediatos.
c) El objeto o situación específicos son evitados de manera activa o resistidos con intenso temor o ansiedad.
d) El temor o ansiedad son desproporcionados para el peligro real representado por el objeto o situación específicos y para el contexto sociocultural.
e) Temor, ansiedad o evitación son persistentes, y suelen durar seis meses o más.
f) Temor ansiedad o evitación que causan malestar desde el punto de vista clínico o deterioro significativo en la áreas social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
g) La alteración no es mejor explicada por los síntomas de otro trastorno mental.
ESPECIFICAR SI:
● Animal
● Ambiente natural
● Sangre-inyección-herida
● Situacional
● Otros

Nota: Adaptado de "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)" de APA, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

La fobia social es aquel temor a ser humillado, o la vergüenza que se puede sentir ante situaciones sociales, temen exponerse y evitan la mayoría de contacto social, en niños la ansiedad ocurre en escenarios con pares y no solo cuando interactúa con adultos; la fobia específica es una categoría que incluye fobias aisladas, ésta causa deterioros significativos a nivel clínico, en niños se manifiesta la ansiedad en forma de berrinches, llanto, etc. (Black, 2014).

Tabla 6.

Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno de ansiedad social

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA TRASTORNO DE ANSIEDAD SOCIAL (FOBIA SOCIAL)

- a) Notable temor o ansiedad acerca de una o más situaciones sociales en que el individuo está expuesto al posible escrutinio de otros.
- b) El individuo teme actuar de un modo o mostrar síntomas de ansiedad que sean evaluados de forma negativa.
- c) Las situaciones sociales casi siempre provocan temor o ansiedad.
- d) Las situaciones sociales se evitan o soportan con intenso temor o ansiedad.
- e) El temor o la ansiedad son desproporcionados para la amenaza real representada por la situación social y para el contexto sociocultural.
- f) Temor, ansiedad o evitación son persistentes y por lo común duran seis meses o más.
- g) Temor, ansiedad o evitación que causan malestar desde el punto de vista clínico o deterioro significativo en las áreas social, laboral u otras importantes para el funcionamiento.
- h) Temor, ansiedad o evitación no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia.

Temor, ansiedad o evitación no son explicados mejor por los síntomas de otro trastorno mental.

Si hay otra afección médica, temor, ansiedad o evitación carecen de relación o son excesivos.

Nota: Adaptado de "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)" de APA, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Trastorno de pánico.

Un individuo con trastorno de pánico, presenta ataques de pánico o ansiedad inesperados, recurrentes y acompañados de preocupación de volver a tener un ataque con duración mínima de un mes, este ataque de miedo es manifestado también por síntomas fisiológicos (Colombiana de la Salud S. A., 2014); para que el episodio de ansiedad se clasifique como un ataque, el individuo debe de presentar al menos cuatro de los trece síntomas característicos. Los ataques de pánico no son considerados como trastorno, ya que pueden presentarse dentro de cualquier trastorno de ansiedad, el ataque se caracteriza por la presencia abrupta que alcanza su máximo en minutos y dentro de la cual ocurren cuatro o más de los siguientes síntomas (Black, 2014):

Tabla 7.

Criterios del DSM-V para especificador de ataque de pánico

CRITERIOS DEL DSM-V PARA ESPECIFICADOR DE ATAQUE DE PÁNICO	
● Palpitaciones. Pulso saltón o frecuencia cardíaca alta.	● Temor de perder el control o “volverse loco”.
● Sudación.	● Parestesias.
● Temblor o sacudidas.	● Desrealización.
● Sensaciones de disnea o sofocamiento.	● Escalofríos o sensación de calor
● Sensación de ahogamiento.	● Temor a morir.
● Dolor o molestia precordiales.	● Mareo ligero o intenso, inestabilidad, desmayo.
● Náuseas o malestar abdominal.	

Nota: Adaptado de “Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)” de APA, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

El DSM-V identifica los criterios diagnósticos para el trastorno de pánico, los cuales se describen a continuación:

Tabla 8.

Criterios del DSM-V para trastorno de pánico

CRITERIOS DEL DSM-V PARA TRASTORNO DE PÁNICO	
A. Palpitaciones. Pulso saltón o frecuencia cardíaca alta.	B. Mareo ligero o intenso, inestabilidad, desmayo.
C. Sudación.	D. Escalofríos o sensación de calor.
E. Temblor o sacudidas.	F. Parestesias.
G. Sensaciones de disnea o sofocamiento.	H. Desrealización.
I. Sensación de ahogamiento.	J. Temor de perder el control o “volverse loco”.
K. Dolor o molestia precordiales.	L. Temor a morir.
M. Náuseas o malestar abdominal.	

Nota: Adaptado de “Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)” de APA, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Agorafobia.

Los individuos que presentan una incapacidad de salir de un lugar o una situación en caso de un ataque de pánico, evitando aquellos lugares o situaciones

que puedan ser desencadenantes de un ataque de pánico, sienten temor de ser avergonzados o de no poder recibir ayuda cuando la necesiten, es por ello que evitan sitios muy concurridos, como centros comerciales, conciertos, paradas de transporte público, etc. (Black, 2014).

Tabla 9.

Criterios diagnósticos del DSM-V para agorafobia

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA AGORAFOBIA
a) Temor o ansiedad intensos por dos (o más) de las siguientes cinco situaciones: <ul style="list-style-type: none">a. Usar el transporte públicob. Estar en espacios abiertosc. Estar en lugares cerradosd. Formarse en una fila o estar en una multitude. Estar fuera de casa solo.
b) El individuo teme o evita estas situaciones porque piensa que el escape podría ser difícil o podría no disponerse de ayuda en caso de producirse síntomas tipo pánico u otros síntomas discapacitantes o vergonzosos.
c) Las situaciones agorafóbicas casi siempre provocan temblor o ansiedad.
d) Las situaciones agorafóbicas se evitan de forma activa, requieren la presencia de un acompañante, o se soportan con intensos temor o ansiedad.
e) El temor o la ansiedad son desproporcionados para el peligro real representado por las situaciones agorafóbicas y para el contexto sociocultural.
f) Temor, ansiedad, o evitación son persistentes, y suelen durar seis meses o más.
g) Temor, ansiedad o evitación causan malestar desde el punto de vista clínico significativo o deterioro en las áreas social, ocupacional u otras áreas importantes del funcionamiento.
h) Si hay otra afección médica, temor, ansiedad o evitación son con claridad excesivos.
i) Temor, ansiedad o evitación no son mejor explicados por los síntomas de otro trastorno mental.

Nota: Adaptado de "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)" de APA, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

La Clasificación Internacional de las Enfermedades en su décima versión (CIE-10) menciona que la característica principal de la agorafobia es la aparición de la ansiedad ante lugares cerrados, o no tener la ayuda suficiente en caso de que el individuo tenga una crisis de angustia o los síntomas físicos característicos de ésta (Colombiana de Salud S. A., 2014)

Ansiedad generalizada.

Estos pacientes se preocupan excesivamente sobre situaciones cotidianas de la vida, como la limpieza, la salud, la economía, el trabajo y las relaciones familiares

(APA, 2013), para identificar el trastorno en niños solo se diagnostica cuando presenta un síntoma del inciso C:

Tabla 10.

Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno de ansiedad generalizada

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA
a) Ansiedad y preocupación excesivas
b) El individuo encuentra difícil controlar la preocupación.
c) Ansiedad y preocupación se asocian con tres (o más) de los seis síntomas siguientes: <ul style="list-style-type: none">a. Inquietud, nerviosismo o sensación de estar en el límite.b. Fatigabilidad.c. Dificultad para concentrarse; la mente se pone en blanco.d. Irritabilidad.e. Tensión muscular.f. Alteración del sueño.
d) Ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan malestar desde el punto de vista clínico o deterioro significativo en las áreas social, laboral u otras importantes del funcionamiento.
e) La alteración no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.
f) La alteración no es mejor explicada por otro trastorno mental.

Nota: Adaptado de "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)" de APA, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Factores de riesgo

Edad.

La presencia de los trastornos de ansiedad en algún miembro de la familia, indican una aparición a temprana edad en los miembros más pequeños (Cárdenas, Feria, Palacios y De la Peña, 2010), especialmente en niños con padres ansiosos y niños víctimas del sobre control de padres extremadamente ansiosos (Colombiana de Salud S. A., 2014).

La Organización Mundial de la Salud identifica que los trastornos de ansiedad son los que inician más rápidamente, a la edad promedio de 15 años (OMS, 2004 en Secretaría de Salud, 2010).

Serrano, et al. (2013) mencionan que la incidencia de los trastornos de ansiedad es mayor en la adolescencia y en la juventud.

Sexo.

Los trastornos de ansiedad se presentan principalmente en las mujeres, representando un 75% de los pacientes (Peñate, et. al., 2014); en México, los

trastornos de ansiedad son los más frecuentes, los tipos de ansiedad con mayor prevalencia son la fobia específica, fobia social y trastorno por estrés postraumático, y todos ellos se presentan la mayoría en mujeres que en hombres (Medina et. al., 2003)

Académicos.

Vallejo (1990 como se citó en Serrano, et. al., 2013) menciona que el porcentaje de niños y niñas que tienen rechazo hacia la escuela y las actividades académicas presentan al mismo tiempo trastornos de ansiedad.

Los factores sociales, impactan directamente en el individuo exponiéndolo a los trastornos de ansiedad, por ello es importante identificar que la escuela es el primer lugar fuera de casa en donde el niño se relaciona; en la escuela aplica el conocimiento y las experiencias aprendidas en casa, pero al mismo tiempo adquiere nuevos conocimientos y experiencias agradables y desagradables (Cárdenas, et. al., 2010).

Psicológicos.

Dentro de los factores psicológicos se encuentran los sentimientos de falta de control, la incapacidad de aplicar estrategias para el control del estrés, falta de apoyo social, y la tendencia a la inhibición conductual o sea la tendencia a reaccionar pasivamente ante situaciones nuevas o alarmantes, presentándose mediante la timidez o la evitación al estímulo (Colombiana de Salud S. A., 2014).

El temperamento es un factor a edad temprana, ya que los niños que son controlados comportamentalmente, tímidos o retraídos en los primeros años de vida tienden a desarrollar trastornos de ansiedad prematuramente (Ruiz y Lago, 2005).

Consecuencias

Físicas.

Los trastornos de ansiedad se relacionan con la sintomatología del estrés, como el aumento de la presión arterial, alteraciones del sueño, hiperactivación fisiológica, sudoración excesiva, dolores de cabeza intensos, presencia de alergias o padecimientos dermatológicos, entre otros. (León-Sanabria, 2007).

Psicológicas.

Se presenta una alteración de los procesos mentales, como la distorsión de la realidad, del entorno y del mismo individuo, perjudicando la funcionalidad mental del

individuo alterando la capacidad de resolver problemas y de análisis (Secretaría de Salud [SSA], 2010).

Conductuales.

Existen conductas relacionadas directamente a la ansiedad, como compulsiones, agresión o la incapacidad de actuar ante una situación; conductas alimentarias de riesgo, como la bulimia, anorexia o los atracones; la persona ansiosa puede ser introvertido o altamente sociable.

Ansiedad infantil

La presencia de los síntomas de la ansiedad en niños es un indicador importante de la presencia de la ansiedad en la juventud e incluso en la edad adulta, relacionado con problemáticas asociadas en el campo laboral, social e incluso familiar y personal (Orozco, Gil y Valeriano, 2015).

Las causas de la aparición de ansiedad en los niños varían dependiendo de la etapa de desarrollo en la que se encuentra. Las autoras Ruiz y Lago (2005) identifican una clasificación de los temores que presenta el niño según el momento evolutivo.

Tabla 11.

Temores del desarrollo y los trastornos de ansiedad en el niño y el adolescente, según momento evolutivo

	Miedos y temores propios de la etapa evolutiva	Trastornos de ansiedad prototípicos
Infantes (hasta 5 años)	<ul style="list-style-type: none"> ● Estímulos discrepantes ● Ansiedad ante el extraño ● Ansiedad de separación ● Otros (Oscuridad, seres extraños...) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansiedad generalizada
Niños (5-12 años)	<ul style="list-style-type: none"> ● Acontecimientos misteriosos ● Daños corporales ● Adecuación (rechazo parental) y rendimientos ● Relación con iguales 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ansiedad de separación ● Trastorno de ansiedad generalizada ● Fobias específicas
Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> ● Adecuación social ● Hipocondriasis ● Miedo a la muerte 	<ul style="list-style-type: none"> ● Fobia social ● Trastornos propios del adulto

Nota: Adaptado de "Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia." de Ruiz y Lago, 2005, en: AEPap. ed. Curso de actualización pediatría 2005, Madrid, pp. 265-280.

Una forma de determinar si es normal o patológica la ansiedad en niños es identificando la capacidad que tiene el individuo para superar la ansiedad y permanecer normal cuando la situación haya desaparecido. La ansiedad se manifestará de diferente manera dependiendo la etapa del desarrollo, en los más pequeños se manifiesta como actividad excesiva, comportamientos estridentes y llamadas de atención, problemas para la separación y dificultades para irse a dormir; los niños de mayor edad manifiestan miedo, tensión, nerviosismo, irritabilidad, enojo y conductas antisociales (Ruiz y Lago, 2005).

Capítulo 3. Depresión en la infancia

Definición

La palabra depresión es un término que se utiliza cotidianamente por las personas, pero sin una clara distinción, se dice que una persona está depresiva cuando, por ejemplo, no acredita un examen, está triste por una ruptura amorosa, e incluso cuando no logra objetivos con una mínima importancia; es necesario definir con claridad a qué se refiere, ya que puede ser un síntoma, un síndrome o un trastorno (Cruz, 2013).

Cuando la depresión es referida como un síntoma incluye diferentes estados de ánimo que se presentan a lo largo de la vida infinidad de veces, como la tristeza, la desdicha, e incluso la disforia; estos estados de ánimo son producidos por situaciones cotidianas y su presencia suele ser pasajera. A pesar de ello, pueden ser parte de un trastorno mental o parte de enfermedades como la anorexia, bulimia, hipertensión, diabetes o cáncer (Ruz y Alvis, 2009).

Este trastorno altera el estado de ánimo de manera patológica, incapacitando a la persona para que realice sus actividades normales, ya que el cambio del estado de ánimo se presenta con gran intensidad (Goncalves, González y Vázquez, 2003), este estado de ánimo suele confundirse con la tristeza, pero a diferencia de ésta, la depresión es el resultado de diversos componentes personales, familiares, laborales e incluso sociales, y es presentada con una gran intensidad y duración (Friedman y Thase, 1995; Solloa, 2009).

La OMS (2012), define a la depresión como un trastorno mental, que tiene como principales características la tristeza, la pérdida de placer por variadas actividades, desinterés, culpa, falta de concentración, cansancio excesivo y trastornos relacionados con la alimentación y la higiene del sueño.

La depresión es una agrupación de síntomas afectivos donde entran la tristeza patológica, el decaimiento, la sensación de malestar e impotencia. Al mismo tiempo se presentan alteraciones cognitivas y somáticas (Alberdi, Castro, Taboada y Vázquez, 2006).

Las cogniciones que se presentan se relacionan directa y potencialmente con situaciones o creencias de pérdida. Se ha considerado que las personas deprimidas suelen autoevaluarse de manera negativa cuando se relacionan con otras personas (Lizondo, Montes y Jurado, 2005).

Epidemiología

La OMS (2008) refiere que la depresión es una de las 10 enfermedades que producen en el individuo más discapacidad en todo el mundo, y pronostican que para el 2020 se volverá la primera causa de incapacidad laboral.

La depresión es una enfermedad que ha tenido una alta prevalencia en los últimos años alrededor del mundo, se calcula que aproximadamente el 50 por ciento de las personas que padecen algún trastorno mental son víctimas de la depresión, se calcula que para el año 2020 se convertirá en la segunda enfermedad de mayor índice (Valencia, 2010).

En México casi la mitad de las personas deprimidas han tenido el deseo de morir, pero solo un tercio de ellos han pensado en la posibilidad de suicidarse (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara y Berglund, 2007).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del año 2005 (Medina- Mora et al., 2005) el 8.8% de la población mexicana han presentado un cuadro de depresión en alguna etapa de su vida.

Desde 2006, de acuerdo a los datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2013), millones de niños y adolescentes padecen depresión, motivo por el cual en 2013 se registraron 168 suicidios en niños de 10 a 14 años.

Teorías que explican la depresión

Teoría Conductual.

Estas teorías consideran la reducción generalizada como el síntoma principal de la depresión, siendo éstas consecuencia de la pérdida de refuerzos positivos de la conducta o la pérdida de la efectividad de dichos reforzadores (Luna, 2002).

Teoría de la indefensión aprendida.

También llamada del desvalimiento aprendido, sostiene que las personas en depresión perciben su conducta independientemente de los refuerzos ambientales con sentimientos relacionados con la indefensión, el desvalimiento y el fracaso; estas atribuciones se dan por la adquisición de resultados negativos a causas internas, globales y estables (Seligman, 1975).

Teoría de la desesperanza.

Propuesta por Abrahamson, Metalsky y Alloy (1978, citado en Rosselló y Berríos, 2004) propone que todos los individuos con inferenciales negativos están más expuestos a presentar síntomas depresivos, tienen alta probabilidad de suicidarse a causa de su desesperanza.

Menciona que la expectativa negativa de un suceso relevante, unido un sentimiento de impotencia sobre la incapacidad de cambiar el suceso, será característico de la persona deprimida (Luna, 2002).

Teoría de la distorsión cognitiva.

Esta teoría sostiene que la depresión es el resultado de la imagen negativa que tiene el individuo de sí mismo y de su entorno, siendo esto el camino para llegar al cuadro depresivo (Mardomingo, 1994).

Síntomas

Cada individuo es diferente, por lo tanto, no todos presentan los mismos síntomas con la misma frecuencia ni con la misma intensidad. Los síntomas dependen de la persona y de la situación que la lleva a presentar algún grado de depresión.

Algunas de los síntomas más frecuentes de la depresión son los siguientes (Ceballos, 2010; Chinchilla, 2008; Rivera y Andrade, 2008; San Molina, 2010; Suárez, 2009; Solloa, 2009; Uriarte, 2010):

- Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío.
- Sentimientos de desesperanza y/o pesimismo.
- Culpa, inutilidad y/o impotencia.
- Irritabilidad, inquietud.
- Pérdida de interés en las actividades que antes disfrutaba.
- Fatiga y falta de energía.
- Dificultad para concentrarse, recordar detalles y tomar decisiones.
- Insomnio, despertar muy temprano, o dormir demasiado.
- Comer excesivamente o perder el apetito.
- Pensamientos suicidas o intentos de suicidio.
- Dolores y malestares persistentes, dolores de cabeza, cólicos, o problemas digestivos que no se alivian incluso con tratamiento.

Niños y adolescentes presentan en lugar del estado de ánimo bajo un estado de ánimo irritable (Andrade, Cañas y Betancourt, 2008).

Tipos y criterios diagnósticos

El Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM-V) de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana (APA, 2013) en su 5ta versión, realizan modificaciones en los trastornos del estado de ánimo, excluyendo el duelo, ya que se suponía que éste protegía al individuo para el desarrollo de un episodio depresivo.

El DSM-V enumera 9 categorías dentro de los trastornos depresivos, clasificados de la siguiente manera:

Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (TDDEA).

Es una clasificación nueva en el DSM (APA, 2013) y es caracterizado por irritabilidad crónica, intensa y persistente, ha sido muy importante su diagnóstico ya que existen innumerables niños que antes de ésta última edición del manual, no se les podía diagnosticar con un trastorno del estado de ánimo; los criterios diagnósticos para TDDEA son los siguientes:

Tabla 12.

Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA TRASTORNO DE DESREGULACIÓN DISRUPTIVA DEL ESTADO DE ÁNIMO

- a) Berrinches intensos manifestados de forma verbal o conductual.
- b) Los berrinches son inconsistentes con el nivel de desarrollo del infante.
- c) Ocurren tres o más veces por semana.
- d) El estado de ánimo entre arrebatos es de manera persistente irritable o iracundo la mayor parte del día, casi todos los días y es observable por otros.
- e) Los criterios A y D han estado persistentes por 12 meses o más.
- f) Los criterios A y D se cumplen en al menos dos de tres entornos y son graves en al menos uno de ellos.
- g) El diagnóstico no debe establecerse por primera vez antes de los seis años de edad o después de los 18.
- h) Por relato u observación, la edad de inicio de los criterios A y E es antes de los 10 años.
- i) Nunca ha habido un periodo bien definido que dure más de un día en el cual se hayan cumplido los criterios sintomáticos completos de episodio maniaco o hipomaniaco.
- j) Las conductas no ocurren sólo durante un episodio de trastorno depresivo mayor y no son explicadas mejor por otro trastorno mental.

Nota: Adaptado de "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)" de APA, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

El TDDEA es común en niños usuarios de clínicas pediátricas de salud mental, también es frecuente en niños pequeños. La prevalencia global de TDDEA en un periodo de seis meses a un año podría estar dentro del intervalo de 2 a 5%, al parecer estos niños están en alto riesgo de padecer un trastorno depresivo mayor y de ansiedad en la edad adulta (Cárdenas et al., 2010).

Episodio depresivo Mayor.

Los pacientes que presenten este trastorno deben de tener mínimo 5 de los 9 síntomas que el DSM-V refiere (APA, 2013), y deben de estar presentes por al menos dos semanas para descartar problemáticas transitorias del estado de ánimo. Sus criterios diagnósticos son los siguientes:

Tabla 13.

Criterios diagnósticos del DSM-V episodio maniaco

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA EPISODIO MANÍACO
<p>a) Cinco o más de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio respecto del funcionamiento previo.</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días. b. Disminución notable del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días. c. Pérdida de peso significativa sin hacer dieta, o aumento de peso, o decremento o aumento del hambre casi todos los días. d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días. e. Agitación o retardo psicomotores casi todos los días. f. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días. g. Sentimientos de minusvalía o culpa excesiva o inapropiada casi todos los días. h. Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi todos los días. i. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente con o sin un plan específico, o un intento de suicidio. <p>b) Los síntomas causan malestar clínico significativo o deterioro en las áreas social, laboral u otras áreas de funcionamiento importantes.</p> <p>c) El episodio no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra afección médica.</p>

Nota: Adaptado de "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)" de APA, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

La alteración del estado de ánimo es un defecto básico de la depresión y frecuentemente se acompaña de un grupo síntomas somáticos relacionados con el hambre y la higiene del sueño. También se quejan de fatigarse rápidamente o de tener la sensación de carecer de energía (Black y Andreasen, 2014). Es muy

frecuente el sentimiento de culpa por situaciones reales pasadas o imaginarias; pierden la confianza en sí mismas, evitan responsabilidades y relaciones sociales, presentan dificultades para concentrarse, son incapaces de realizar tareas cognitivas.

Existen otros posibles síntomas en pacientes con depresión:

- Variación diurna
- Problemas sexuales
- Depresión enmascarada
- Síntomas psicóticos

Trastorno Depresivo Persistente (Distimia).

Es una alteración crónica del estado de ánimo que persiste, con una duración mínima de dos años, caracterizado por síntomas depresivos típicos como anorexia, insomnio, pérdida de energía, entre otros (Cárdenas et al., 2010). Solo se requiere que el individuo presente dos de los seis síntomas para ser diagnosticado; los criterios diagnósticos son los siguientes:

Tabla 14.

Criterios diagnósticos del DSM-V para trastorno depresivo persistente (Distimia)

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-V PARA TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE (DISTIMIA)
<ul style="list-style-type: none">● Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, la mayoría de los días, por un mínimo de dos años.● Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los siguientes:<ul style="list-style-type: none">a. Hambre escasa o ingesta excesiva de alimentos.b. Insomnio o hipersomnias.c. Baja energía o fatiga.d. Baja autoestima.e. Baja concentración o dificultad para tomar decisiones.f. Sentimientos de desesperanza.● Durante dos años (un año para niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado libre de los síntomas de los criterios A y B por más de dos meses seguidos.● Los criterios para un trastorno depresivo mayor pueden estar presentes de manera continua por dos años.● Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco, y jamás se han cumplido los criterios para trastorno ciclotímico.● La alteración no se explica mejor por trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico especificado o no especificado.● Los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

- Los síntomas causan malestar clínico significativo o deterioro en el funcionamiento social, laboral y de otras áreas importantes.

ESPECIFICAR SI:

- Con ansiedad
- Con características mixtas
- Con características melancólicas
- Con características atípicas
- Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo
- Con características psicóticas incongruentes con el estado de ánimo
- Con inicio periparto

ESPECIFICAR SI:

- En remisión parcial
- En remisión completa

ESPECIFICAR SI:

INICIO TEMPRANO: antes de los 21 años de edad.

INICIO TARDÍO: a los 21 años de edad o después.

ESPECIFICAR SI (PARA LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS DEL TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE):

CON SÍNDROME DISTÍMICO PURO: no se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor en los dos últimos años.

CON EPISODIO DEPRESIVO MAYOR PERSISTENTE: se han cumplido los criterios completos para un episodio depresivo mayor durante todo el periodo previo de dos años.

CON EPISODIOS DEPRESIVOS MAYORES INTERMITENTES, CON EPISODIO ACTUAL: en la actualidad se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor, pero ha habido periodos de al menos ocho semanas en al menos los dos años previos con síntomas abajo del umbral para un episodio depresivo mayor completo.

CON EPISODIOS DEPRESIVOS MAYORES INTERMITENTES, SIN EPISODIO ACTUAL: en la actualidad no se cumplen los criterios completos para un episodio depresivo mayor, pero ha habido uno o más episodios depresivos mayores en al menos los últimos dos años.

ESPECIFICAR LA GRAVEDAD ACTUAL:

- Leve
- Moderado
- Grave

Nota: Adaptado de "Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)" de APA, 2013, Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

A menudo es de inicio temprano, ya sea en la niñez la adolescencia o los inicios de la edad adulta, esto está relacionado con un mayor índice de trastornos de la personalidad y los relacionados con el uso de sustancias.

Factores de riesgo

Sexo.

Existen factores específicos de personalidad que se relacionan al sexo de la persona, estableciendo que el hecho en sí mismo de ser mujer te vuelve vulnerable a padecer este trastorno (Carrillo, Rojo, y Staats, 2004).

Edad.

La depresión juvenil suele confundirse con conductas propias de la etapa de desarrollo que el individuo vive en ese momento, y se asocia directamente con conflictos interpersonales, comportamientos irritables, trastornos de conducta y problemas escolares (Alberdi, et al., 2006)

Sociales.

Dentro de los factores sociales se les da más peso a los problemas relacionados con la familia, ya que éstos pueden ser un desencadenante para la aparición de la depresión, la estructura familiar se relaciona con la aparición de ésta; aquellas situaciones que se encuentran fuera del control del individuo suelen ser desencadenantes para la manifestación del trastorno (Vargas, 2014).

Consecuencias

Físicas.

Se presenta una pérdida de peso, cansancio extremo, dolores corporales, alteraciones psicomotrices, movimientos corporales exagerados o nulos, bajo nivel de voz, caída de pelo, enlentecimiento del lenguaje, pensamiento y movimientos corporales, irritabilidad, fatiga, insomnio, (Fernández, 2001; Espinosa, et al., 2015)

Psicológicas.

Los adolescentes presentan frustración ante su autorrealización y afecto. En cualquier edad, los síntomas depresivos afectan directamente la dinámica personal y familiar del individuo de una manera negativa (Gómez, Gutiérrez y Londoño, 2013; Espinosa, et al., 2015).

Conductuales.

En edades tempranas existe un impacto directo sobre el rendimiento escolar, y sus relaciones interpersonales. Los adolescentes presentan comportamientos de desesperanza y de riesgo, como el consumo de sustancias o el exponerse a actividades que de alguna manera incrementen en ellos el sentimiento de placer. El

riesgo suicida es una consecuencia propia de este trastorno, debido a que el 90% de las personas que fallecen de esta manera padecen un padecimiento psiquiátrico. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Gómez et al., 2013; Baca y Aroca, 2014).

Depresión infantil

Durante muchos años resultó imposible relacionar la depresión con población infantil, ya que resultaba polémico que en esta etapa se presentaran síntomas característicos solo de los adultos (Herrera, Núñez, Tobón y Arias, 2009), en la actualidad la depresión es una realidad en todas las etapas del desarrollo, pero es importante diferenciar la sintomatología entre niños y adultos.

En los niños se muestran diferentes síntomas dependiendo de la edad del infante, estos síntomas pueden ser emocionales, físicas y conductuales, las cuales se muestran a continuación:

- 0-3 años: en esta etapa es complicado identificar las características ya que el niño experimenta su primer contacto con el ambiente, independientemente de ello, se pueden identificar características emocionales como cara inexpresiva, evitación de la mirada, mirada lejana, afectividad pobre o apática e irritabilidad; como característica física se presenta un retraso ponderoestatural y en características conductuales se pueden identificar la falta de juego social, dificultades conductuales, de alimentación y de sueño, así como un retraso del desarrollo motor y del lenguaje.
- 3-5 años: se identifican la mirada de aflicción, irritabilidad y afectividad sombría en características emocionales; en cuanto a características físicas son predominantes la encopresis, enuresis, eczema y bajo progreso ponderoestatural; las características conductuales suelen ir desde el aislamiento social hasta el exceso de actividad o letargo, problemas de separación, conducta agresiva y autoagresión.
- 6-8 años: las características emocionales de la depresión entre estas edades van desde la infelicidad prolongada, la irritabilidad y la afectividad sombría; las características físicas se hacen presentes en quejas vagas, episodios semejantes a convulsiones y se mantienen la enuresis y la encopresis. Las características conductuales se intensifican en cuanto a la presencia de

conductas agresivas, de alto riesgo o preocupaciones mórbidas, cambios de apetito y trastornos de sueños.

- 9-12 años: Emocionalmente los niños en esta etapa presentan síntomas como la apariencia triste, el sentimiento de incompetencia y la irritabilidad; conductualmente se aprecia una falta de placer en actividades, disminución en la capacidad de concentración, así como una excesiva culpa y auto depreciación.
- 13-18/19 años: durante este rango de edad los síntomas de la depresión son más notorios emocionalmente el individuo presenta una apariencia triste, así como un sentimiento de incapacidad e irritabilidad; a nivel físico los síntomas repercuten de manera muy agresiva en la salud ya que se presentan trastornos alimenticios como la anorexia nerviosa y enfermedades como la colitis ulcerativa. A nivel conductual los síntomas que se presentan son las fobias, conducta antisocial, trastornos del sueño y pensamientos recurrentes sobre muerte y suicidio.

Método

Objetivos

Objetivo General.

Identificar cual es la relación que existe entre los niveles de ansiedad, depresión y las virtudes psicológicas en niños en edad escolar pertenecientes a escuelas del municipio de Pachuca de Soto y de Mineral de la Reforma del Estado de Hidalgo.

Objetivos específicos

- Obtener los niveles de ansiedad de niños en edad escolar pertenecientes a escuelas del municipio de Pachuca de Soto y de Mineral de la Reforma del Estado de Hidalgo.
- Obtener los niveles de depresión de niños en edad escolar pertenecientes a escuelas del municipio de Pachuca de Soto y de Mineral de la Reforma del Estado de Hidalgo.
- Obtener los puntajes de las virtudes y fortalezas de niños en edad escolar pertenecientes a escuelas del municipio de Pachuca de Soto y de Mineral de la Reforma del Estado de Hidalgo.
- Realizar una comparación por género de los puntajes de virtudes y fortalezas de niños en edad escolar pertenecientes a escuelas del municipio de Pachuca de Soto y de Mineral de la Reforma del Estado de Hidalgo.

Hipótesis

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y ansiedad con las virtudes y fortalezas psicológicas en los niños en edad escolar.

Ho: No existe relación estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y ansiedad con las virtudes y fortalezas psicológicas en los niños en edad escolar.

Variables

Tabla 15. Tabla de definición conceptual y operacional.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Ansiedad	Estado subjetivo emocional que se manifiesta ante la presencia de un estímulo que es considerado dañino o peligroso y que produce una sensación de preocupación o incertidumbre (Conde, Orozco, Báez & Dallos, 2009).	<p>Lo que pienso y siento (CMAS-R)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborado por Cecil R. Reynolds y Berth Richmond en 1997 • 37 ítems en respuesta dicotómica • Mide cuatro subescalas: <ul style="list-style-type: none"> o Ansiedad fisiológica o Inquietud/hipersensibilidad o Preocupaciones sociales/concentración o Mentira • Kuder-Richardson .83
Depresión	Trastorno mental constituido por una agrupación de síntomas afectivos en donde pertenecen la tristeza patológica, el decaimiento, la sensación de malestar e impotencia. Al mismo tiempo se presentan alteraciones cognitivas y somáticas. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012).	<p>CDI (Children's Depression Inventory)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborado por M. Kovacs • Adaptado a México por Meave y Ayala (2001) • 27 ítems en escala Likert • Mide cuatro factores: <ul style="list-style-type: none"> o Autoapreciación o Estado de ánimo negativo o Inefectividad o Integración social • Alfa de Cronbach de .821
Virtudes y fortalezas psicológicas	Virtudes: Rasgos positivos deseables que todo individuo debería de tener (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).	<p>Inventory of Strengths for Youth (VIA-Y) de Fortalezas,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborado por Peterson y Seligman en 2003 • 198 ítems en escala Likert de 5 puntos • Mide 6 virtudes y 24 fortalezas psicológicas • Subescalas con índices de fiabilidad por encima de .65 • Alfa de Cronbach de .970.

Participantes

Población.

Niños y niñas de educación básica, de primero a sexto de primaria y de primero a tercero de secundaria entre 6 y 15 años de edad, pertenecientes a escuelas del municipio de Pachuca de Soto y de Mineral de la Reforma del Estado de Hidalgo.

Muestra.

La muestra consistió de 548 alumnos, 256 niños y 292 niñas de educación básica (de primero a sexto de primaria y de primero a tercero de secundaria), la media de edad fue de 10.45 (DS= 2.41), pertenecientes a 7 escuelas particulares del municipio de Pachuca de Soto y Mineral de la Reforma del estado de Hidalgo.

Tipo de muestreo.

Intencional no probabilístico

Criterios de inclusión.

- Niños y niñas inscritos en las escuelas que participan en el proyecto.
- Edad de entre 6 y 15 años.
- Contar con la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión.

- Niños y niñas que no pertenezcan a las escuelas que participan en el proyecto.
- No contar con la firma del consentimiento informado.

Criterios de eliminación.

- No terminar de contestar las pruebas.
- Contestar de manera incorrecta los instrumentos.

Tipo de estudio

Estudio con un enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo-correlacional, pues se tiene como propósito de conocer las características principales de las variables así como la relación que existe entre ellas en un contexto particular.

Tipo de diseño

No experimental, ya que se pretende medir cada concepto y analizar los resultados sin manipular variables, llevando a cabo mediciones describiendo sus efectos observados y las relaciones obtenidas son de asociación sin implicar causalidad. Y de tipo transversal, ya que nuestro estudio se aplicará y se analizará en un solo momento.

Instrumentos

Ansiedad.

Para medir la ansiedad se utilizó el instrumento Lo que pienso y siento (CMAS-R), elaborado por Reynolds y Richmond en 1997, consta de 37 ítems en respuesta dicotómica. El CMAS-R se divide en cuatro subescalas: ansiedad fisiológica compuesta por 10 reactivos, inquietud/hipersensibilidad compuesta por 11 reactivos, preocupaciones sociales con 7 reactivos y mentira con 9 reactivos. Esta escala presenta una consistencia interna adecuada con un valor de .83 estimado mediante la fórmula Kuder-Richardson (Pompa, 2011).

Depresión.

Se utilizó el Inventario *Children's Depression Inventory* (CDI), de Kovacs (1992), este inventario consta de 27 ítems en escala Likert, el cual mide cuatro factores los cuales se dividen de la siguiente manera: auto apreciación con 7 ítems, estado de ánimo negativo con 9 ítems, ineffectividad compuesta por 4 ítems e integración social con 6 ítems. El CDI presenta un Alfa de Cronbach de .821 (Miranda et al., 2016).

Virtudes y fortalezas Psicológicas.

Para evaluar las virtudes y las fortalezas psicológicas se utilizó el *Inventory of Strengths for Youth* (VIA-Y) de Fortalezas, elaborado por Peterson y Seligman en 2004, el cual consta de 198 ítems en escala Likert, este instrumento se encuentra dentro del programa de Psicología de la Salud y Psicología Positiva para niños y sus familias, en el que actualmente se están investigando sus propiedades psicométricas en población mexicana. El VIA-Y presenta un Alfa de Cronbach de .970.

Procedimiento

De acuerdo al plan de acción, primero se obtuvo el acceso a las instituciones educativas de nivel básico, presentando el proyecto y las variables a medir a las autoridades de cada plantel educativo; una vez teniendo la participación de la institución educativa, se obtuvo el consentimiento de los padres de familia, logrando así la aplicación de los instrumentos.

Una vez que se aplicó la batería de pruebas, se procedió a la calificación y captura de los instrumentos, para poder realizar los análisis correspondientes.

Se obtuvieron frecuencias, y un análisis comparativo de medias por género aplicando una *t* de Student para muestras independientes con las fortalezas;

posteriormente se realizó un análisis descriptivo y se correlacionaron los puntajes de los factores de cada prueba, así como sus puntajes totales con los puntajes de las 6 virtudes del cuestionario VIA-Y por medio de una correlación de Pearson, para saber si existen relaciones estadísticamente significativas. Por último, se realizó un análisis comparativo entre los puntajes mayores y menores de las escalas de ansiedad y depresión en relación a la utilización de las virtudes y fortalezas psicológicas.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo por medio de una prueba *t* de Student para muestras independientes, para observar diferencias por género de los puntajes de las fortalezas psicológicas, así como de los puntajes de ansiedad y depresión; una correlación de Pearson para determinar si existe una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y la depresión con las virtudes psicológicas, todo esto en el paquete estadístico SPSS versión 22.

Resultados

Datos sociodemográficos

Se contó con 546 participantes de los cuales el 46.7% fueron del sexo masculino y el 53.3% fueron del sexo femenino.

La edad de los participantes osciló entre los 6 y 16 años, teniendo una media de 10.45 años, como se puede observar en la figura 8.

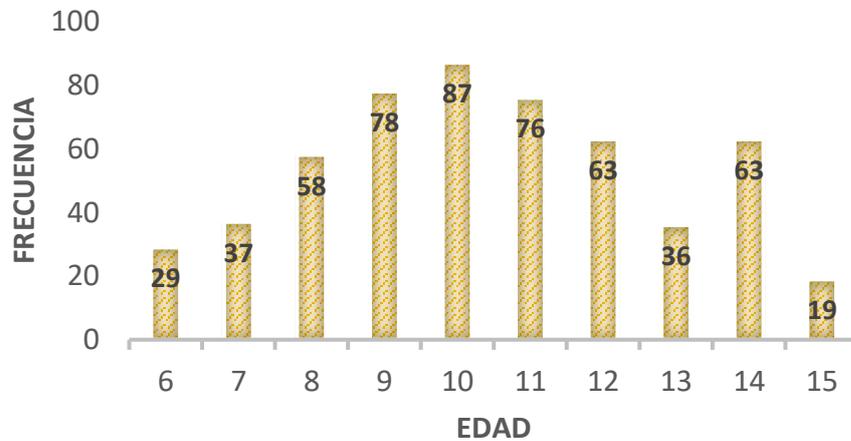


Figura 8. Frecuencia edad

El grado escolar con mayor frecuencia de niños fue quinto de primaria con un tamaño muestral de 98 y el de menor frecuencia fue segundo año de primaria con una muestra de 36.

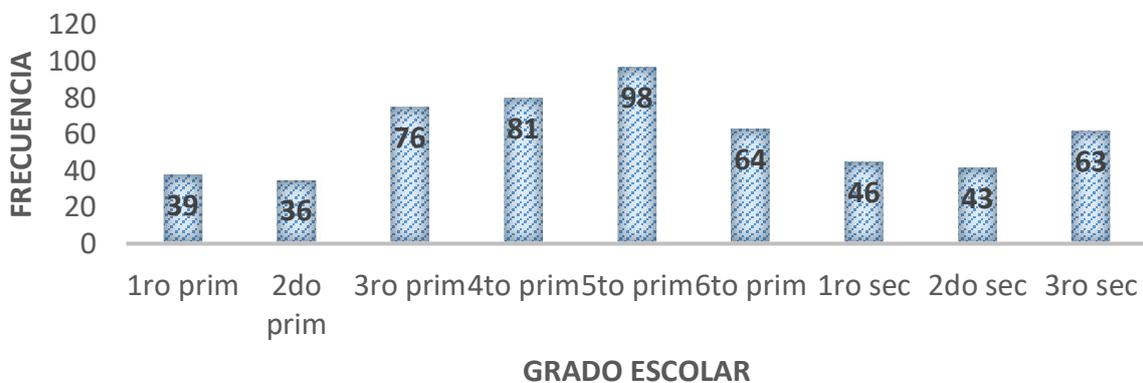


Figura 9. Frecuencia por grado escolar

La escuela con una mayor participación dentro del proyecto fue la Escuela 5 con una muestra de 182 niños, por el contrario, la escuela con menor número de participantes fue la Escuela 3 con una muestra de 34 (ver figura 10).

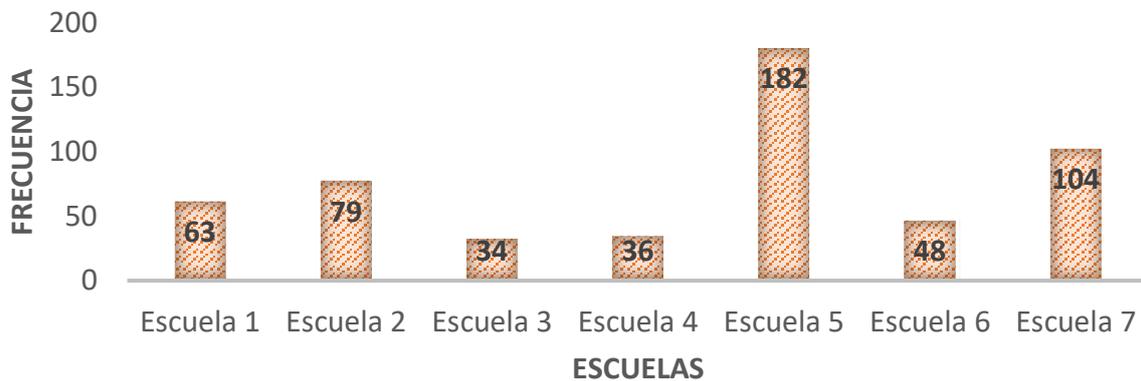


Figura 10. Frecuencia de participantes por escuela

La escuela con mayor participación dentro del proyecto fue la escuela 5 con un total de 182 participantes pertenecientes a los 8 grados educativos.

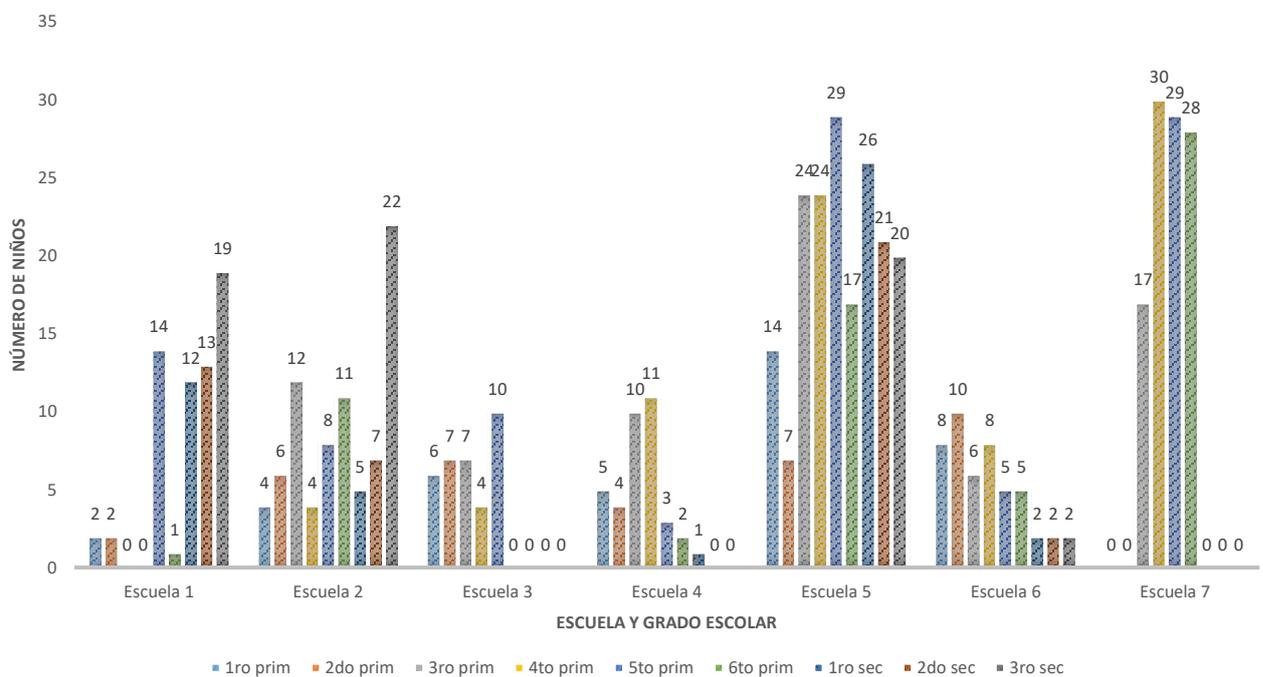


Figura 11. Frecuencia de participantes por grado escolar por escuela.

Prueba *t* de Student para muestras independientes

Ansiedad y depresión.

Para saber si existe alguna diferencia estadísticamente significativa de los puntajes de ansiedad y depresión, así como la utilización de las virtudes y fortalezas psicológicas en cuanto al sexo, se realizaron comparaciones de medias por medio de la Prueba *t* de Student para muestras independientes.

En lo que respecta a los niveles de ansiedad, la muestra total obtuvo una media de 52.40 ($n=541$); las niñas mostraron una media de 52.12 y los niños de 52.73, al comparar estas medias no se identifican diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos ($t= .26$, $gl=53$, $p=.78$), como se muestra en la figura 12.



Figura 12. Media de ansiedad por género

En cuanto a los niveles de depresión, la muestra total obtuvo una media de 19.58 ($n=541$); las niñas con una media de 19.77 y los niños de 19.35, al comparar estas medias no se identifican diferencias estadísticamente significativas entre estos grupos ($t=-.55$, $gl=53$, $p=.58$).

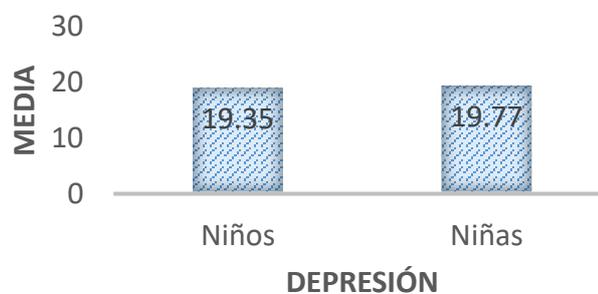


Figura 13. Media de depresión por género

Virtudes y fortalezas psicológicas.

Se realizó una comparación de medias en los puntajes de las virtudes, encontrando que las niñas participantes de esta muestra reportaron una media superior a la de los niños en todas las virtudes. La media total en la virtud de “Coraje” es de 3.65 (n=541), quedando una media de 3.70 reportado en las niñas y una de 3.60 en los niños. Por otra parte, al evaluar “Humanidad” la media total que se obtiene es de 3.62 (n=541), reportando las niñas una media de 3.67 y los niños una de 3.57. En “Justicia” la media total es de 3.54 (n=541), la media para las niñas es de 3.59 y para los niños de 3.49. Al evaluar “Sabiduría”, la media total es de 3.59 (n=541), las niñas reportan una media mucho mayor a la de los niños con 3.66 y 3.51 respectivamente. La media total en “Templanza” es de 3.39 (n=541), donde las media de las niñas es de 3.43 y la de los niños de 3.35. La media total de “Trascendencia” es de 3.79 (n=541) dando como resultado 3.86 la media para niñas y 3.71 la media para niños.

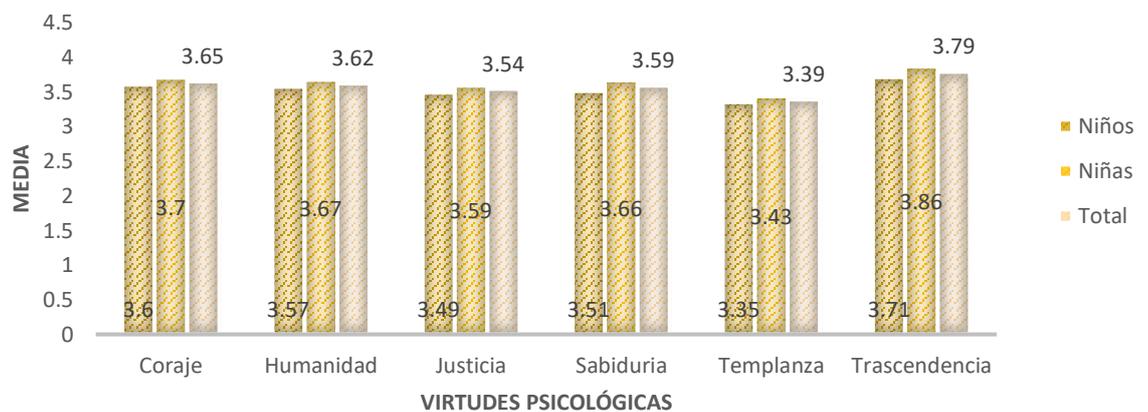


Figura 14. Media de virtudes psicológicas por género

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas solo en las virtudes de “Sabiduría” ($t=-3.12$, $gf=53$, $p=0.002$) y “Trascendencia” ($t=-2.87$, $gf=53$, $p=.004$).

Se analizaron las medias de las 24 fortalezas psicológicas como se muestra a continuación:

Sabiduría y conocimiento.

Se identifican diferencias estadísticamente significativas en las fortalezas de “Apertura mental” ($t=-3.46$, $gI=53$, $p=.001$), “Perspectiva” ($t=-2.46$, $gI=53$, $p=.014$) y “Deseo de aprender” ($t=-3.19$, $gI=53$, $p=.001$) entre los niños y niñas de la muestra.

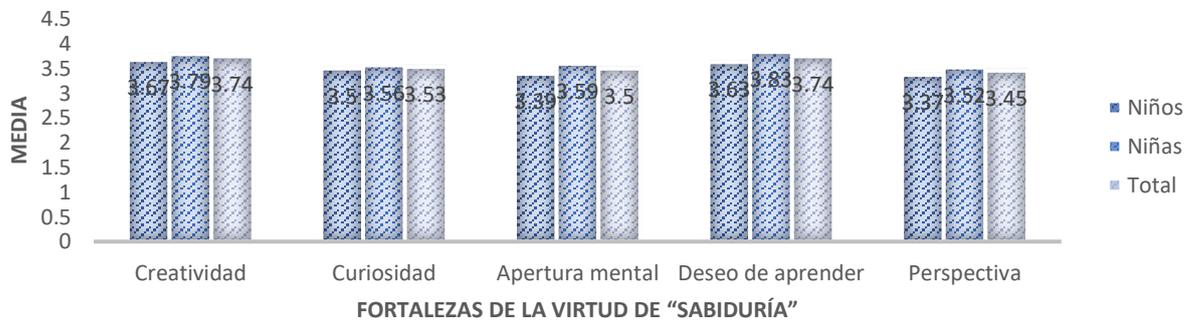


Figura 15. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Sabiduría.

Coraje.

Se identifican diferencias estadísticamente significativas en “Perseverancia” ($t=-2.87$, $gI=53$, $p=.004$) e “Integridad” ($t=-2.68$, $gI=53$, $p=.008$).

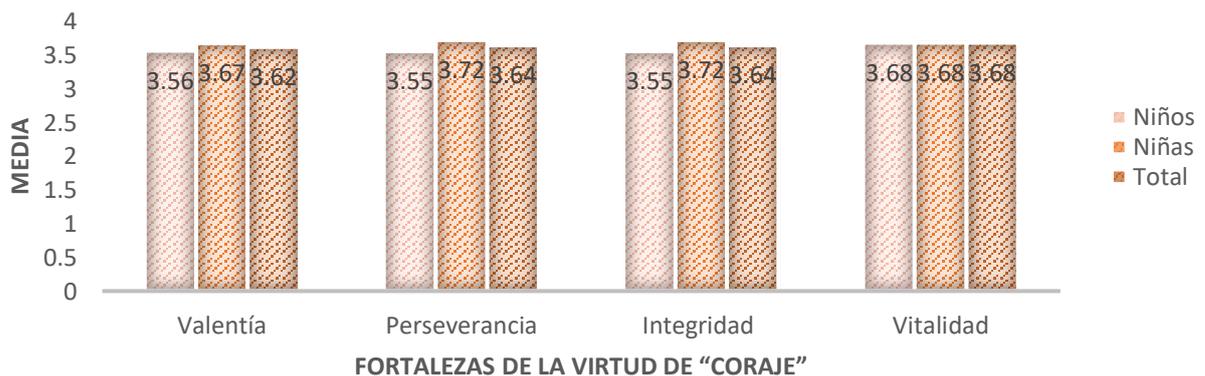


Figura 16. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Coraje.

Humanidad.

En las fortalezas de la virtud de “Humanidad” se identifican diferencias estadísticamente significativas solo en “Amabilidad” ($t=-3.77$, $gI=54$, $p=0.00$).

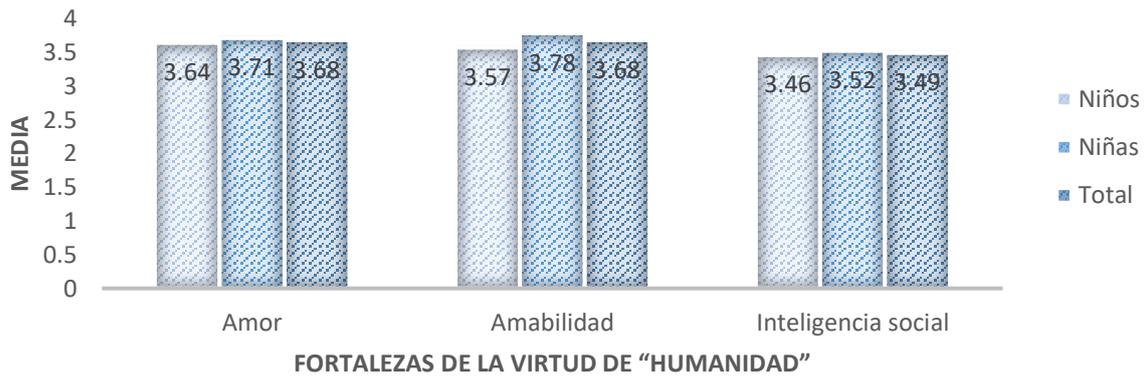


Figura 17. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Humanidad.

Justicia.

La “Ciudadanía” ($t=-2.17$, $g/53$, $p=.030$) y la “Equidad” ($t=-2.32$, $g/53$, $p=.021$) muestran diferencias estadísticamente significativas entre las niñas y los niños de la muestra.



Figura 18. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Justicia.

Templanza.

Se mostraron diferencias estadísticamente significativas en las fortalezas “Humildad” ($t=-2.23$, $g/53$, $p=.026$) y “Prudencia” ($t=-2.15$, $g/53$, $p=.032$).

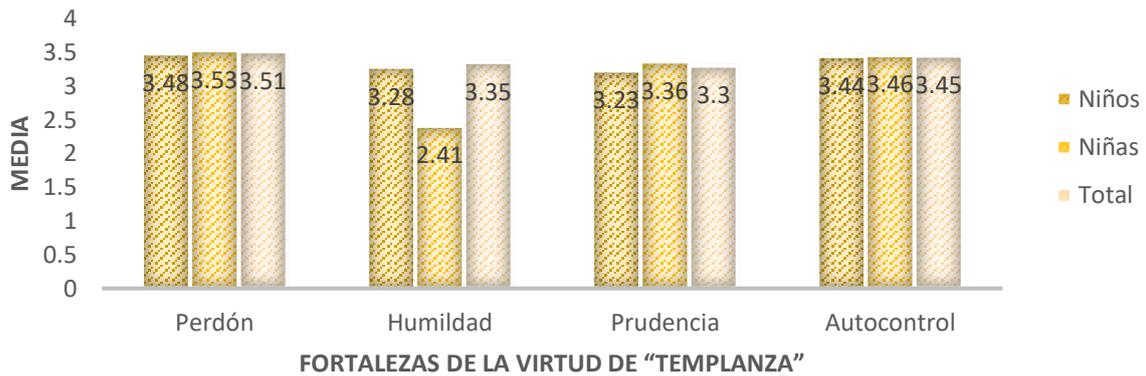


Figura 19. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Templanza.

Trascendencia.

Al realizar el análisis estadístico, se identifican diferencias estadísticamente significativas en las fortalezas de “Capacidad estética” ($t=-5.26$, $gl=53$, $p=0.00$), “Gratitud” ($t=-2.56$, $gl=53$, $p=.011$) y “Espiritualidad” ($t=-2.50$, $gl=53$, $p=.012$).

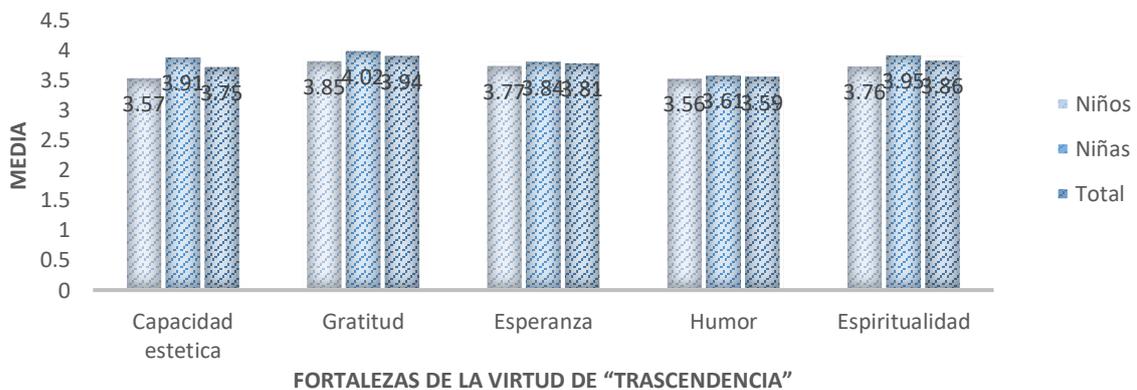


Figura 20. Media de las fortalezas psicológicas por género de la virtud de Trascendencia.

Correlación de Pearson

Se encontró que los puntajes entre de los factores del CDI (Tabla 16) se correlacionan de manera negativa con las virtudes; todos muestran una correlación que oscila entre una correlación negativa muy débil (-0.10) y una correlación negativa media (-0.50).

Tabla 16.*Correlación entre los factores del CDI y las Virtudes Psicológicas.*

	CORAJE	HUMANIDAD	JUSTICIA	SABIDURÍA	TEMPLANZA	TRASCENDENCIA
ESTADO DE ÁNIMO NEGATIVO	-.155(**)	-.129(**)	-.118(**)	-.102(*)	-.117(*)	-.120(**)
PROBLEMAS INTERPERSONALES	-.243(**)	-.213(**)	-.173(**)	-.159(**)	-.216(**)	-.190(**)
INEFICACIA	-.262(**)	-.190(**)	-.216(**)	-.233(**)	-.183(**)	-.187(**)
ANEDONIA	-.260(**)	-.243(**)	-.213(**)	-.219(**)	-.186(**)	-.257(**)
AUTOESTIMA NEGATIVA	-.250(**)	-.191(**)	-.153(**)	-.149(**)	-.153(**)	-.196(**)
PUNTAJE TOTAL CDI	-.301(**)	-.249(**)	-.228(**)	-.223(**)	-.222(**)	-.250(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

La puntuación del CMAS-R (Tabla 23) correlacionan de manera negativa con casi todas las virtudes obteniendo una significancia al nivel 0.01 (**) y al nivel 0.05 (*), a excepción el factor “Inquietud/hipersensibilidad” que muestra una correlación considerable con la virtud de “Humanidad” y “Coraje”.

Tabla 17.*Correlación entre los factores del CMAS-R y las Virtudes Psicológicas.*

	CORAJE	HUMANIDAD	JUSTICIA	SABIDURÍA	TEMPLANZA	TRASCENDENCIA
ANSIEDAD TOTAL	-.200(**)	-.188(**)	-.127(**)	-.089(*)	-.142(**)	-.154(**)
ANSIEDAD FISIOLÓGICA	-.127(*)	-.127(**)	-.084(**)	-.039	-.128(**)	-.075
INQUIETUD/HIPERSENSIBILIDAD	-.095(**)	-.080(**)	-.066	-.032	-.042	-.077
PREOCUPACIONES SOCIALES	-.259(**)	-.256(**)	-.175(**)	-.162(**)	-.172(**)	-.216(**)
MENTIRA	.205(**)	.191(*)	.157(**)	.144(**)	.211(**)	.117(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Con respecto a la correlación entre el CMAS-R y las fortalezas se identifican nuevamente correlaciones débiles negativas, destacando la correlación entre la variable “preocupaciones sociales” y la fortaleza “vitalidad” mostrando una correlación negativa débil.

Al momento de correlacionar los factores del CMAS-R con las fortalezas, se obtienen los resultados que se presentan en la tabla a continuación:

Tabla 18.*Correlación entre los factores del CMAS-R y las Fortalezas Psicológicas.*

	ANSIEDAD TOTAL (PUNTUACION NATURAL)	ANSIEDAD FISIOLOGICA (PUNTUACION NATURAL)	INQUIETUD/ HIPERSENSIBILIDAD	PREOCUPACIONES SOCIALES	MENTIRA
CREATIVIDAD	-0.095(*)	-0.055	-0.047	-0.134(**)	.157(**)
CURIOSIDAD	.024	.075	.033	-0.050	.076
APERTURA MENTAL	-0.175(**)	-0.145 (**)	-0.109(*)	-0.184(**)	.150(**)
APRENDIZAJE	-0.081	-0.031	-0.047	-0.131(**)	.118(**)
PERSPECTIVA	-0.108(*)	-0.082	-0.023	-0.188(**)	.113(**)
VALENTIA	-0.026	-0.022	-0.025	-0.069	.081
PERSEVERANCIA	-0.162(**)	-0.118(**)	-0.051	-0.228(**)	.186(**)
INTEGRIDAD	-0.201(**)	-0.124(**)	-0.111(**)	-0.244(**)	.223(**)
VITALIDAD	-0.282(**)	-0.201(**)	-0.142(**)	-0.304(**)	.169(**)
AMOR	-0.198(**)	-0.110(**)	-0.077	-0.297(**)	.150(**)
AMABILIDAD	-0.070	-0.038	-0.038	-0.128(**)	.200(**)
INTELEGENCIA SOCIAL	-0.214(**)	-0.171(**)	-0.083	-0.223(**)	.148(**)
CIUDADANIA	-0.137(**)	-0.081	-0.081	-0.202(**)	.176(**)
EQUIDAD	-0.098(*)	-0.062	-0.062	-0.097(*)	.156(**)
LIDERAZGO	-0.093(*)	-0.064	-0.041	-0.139(**)	.065
PERDON	-0.133(**)	-0.131(**)	-0.053	-0.116(**)	.140(**)
HUMILDAD	.013	.029	-0.008	-0.023	.151(**)
PRUDENCIA	-0.202(**)	-0.177(**)	-0.068	-0.260(**)	.161(**)
AUTOCONTROL	-0.140(**)	-0.143(**)	-0.037	-0.142(**)	.196(**)
CAPACIDAD ESTETICA	-0.045	-0.016	-0.034	-0.081	.049
GRATITUD	-0.117(**)	-0.060	-0.054	-0.176(**)	.122(**)
ESPERANZA	-0.203(**)	-0.109(*)	-0.113(**)	-0.268(**)	.165(**)
HUMOR	-0.125(**)	-0.011	-0.195(*)	-0.170(**)	.021
ESPIRITUALIDAD	-0.097(*)	-0.087(*)	-0.004	-0.120(**)	.109*

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Por otra parte, las correlaciones entre el CDI y las fortalezas psicológicas muestran que existen nuevamente correlaciones negativas, destacando las correlaciones con las fortalezas de “vitalidad” (con correlaciones negativas medias) principalmente con los factores de anhedonia y autoestima negativa, resultados que podemos observar en la tabla a continuación:

Tabla 19.

Correlación entre los factores del CDI y las Fortalezas Psicológicas.

	ESTADO DE ANIMO NEGATIVO	PROBLEMAS INTERPERSONALES	INEFICACIA	ANEDONIA	AUTOESTIMA NEGATIVA	PUNTAJE TOTAL
CREATIVIDAD	-.076	-.115(**)	-.235(**)	-.148(**)	-.144(**)	-.182(**)
CURIOSIDAD	-.028	-.059	-.129(**)	-.106(*)	-.093(*)	-.105(*)
APERTURA MENTAL	-.157(**)	-.153(**)	-.242(**)	-.206(**)	-.193(**)	-.244(**)
APRENDIZAJE	-.084	-.150(**)	-.241(**)	-.141(**)	-.164(**)	-.187(**)
PERSPECTIVA	-.101(*)	-.082	-.259(**)	-.191(**)	-.142(**)	-.202(**)
VALENTIA	-.021	-.069	-.143(**)	-.090(*)	-.111(**)	-.100(*)
PERSEVERANCIA	-.123(**)	-.176(**)	-.335(**)	-.217(**)	-.240(**)	-.274(**)
INTEGRIDAD	-.189(**)	-.238(**)	-.206(**)	-.199(**)	-.280(**)	-.284(**)
VITALIDAD	-.235(**)	-.225(**)	-.274(**)	-.318(**)	-.343(**)	-.368(**)
AMOR	-.191(**)	-.182(**)	-.209(**)	-.259(**)	-.294(**)	-.296(**)
AMABILIDAD	-.065	-.132(**)	-.133(**)	-.163(**)	-.129(**)	-.151(**)
INTELIGENCIA SOCIAL	-.170(**)	-.173(**)	-.225(**)	-.193(**)	-.201(**)	-.252(**)
CIUDADANIA	-.094(*)	-.137(**)	-.191(**)	-.193(**)	-.166(**)	-.195(**)
EQUIDAD	-.104(*)	-.083	-.146(**)	-.145(**)	-.132(**)	-.159(**)
LIDERAZGO	-.101(*)	-.099(*)	-.248(**)	-.077	-.157(**)	-.176(**)
PERDON	-.062	-.108(*)	-.093(*)	-.131(**)	-.112(**)	-.134(**)
HUMILDAD	.040	-.031	-.053	-.029	-.032	-.021
PRUDENCIA	-.210(**)	-.241(**)	-.284(**)	-.226(**)	-.281(**)	-.315(**)
AUTOCONTROL	-.139(**)	-.175(**)	-.187(**)	-.110(*)	-.169(**)	-.203(**)
CAPACIDAD ESTETICA	-.041	-.116(**)	-.149(**)	-.084(*)	-.126(**)	-.122(**)
GRATITUD	-.150(**)	-.207(**)	-.201(**)	-.259(**)	-.227(**)	-.273(**)
ESPERANZA	-.196(**)	-.200(**)	-.313(**)	-.277(**)	-.294(**)	-.340(**)
HUMOR	-.078	-.089(*)	-.089(*)	-.197(**)	-.138(**)	-.154(**)
ESPIRITUALIDAD	-.057	-.093(*)	-.111(*)	-.146(**)	-.121(**)	-.135(**)

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significante al nivel 0,05 (bilateral).

Discusión y conclusiones

En la actualidad la presencia de la Psicología Positiva en la sociedad es casi nula, esto se debe, por una parte, a que es una rama nueva de la psicología y por el otro a la falta de interés de la sociedad para el pleno desarrollo y bienestar del individuo; por el contrario, las patologías se hacen presentes día a día dentro de la sociedad, la ansiedad ocupa dos de los primeros lugares en cuanto a prevalencia en la población infantil mexicana, y la depresión se hace presente en millones de niños y adolescentes en México, motivo por el cual se registran suicidios en niños de entre 10 y 14 años (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2013; Medina et al. 2003).

Dada la presencia de estos trastornos en poblaciones cada vez más jóvenes, es elemental aplicar la Psicología Positiva para lograr un bienestar y sobre todo la salud en todos los aspectos, logrando al mismo tiempo la prevención de patologías en un futuro. Es importante tener en cuenta la relación que existe entre la Psicología Positiva y el bienestar, la felicidad y el optimismo, como factores de protección ante las adversidades de la vida (física, social y emocional).

La importancia de la escuela en el desarrollo del individuo es grande en el sentido de que éste lugar es el primer contacto que se tiene fuera de casa, siendo el lugar donde se adquieren los primeros conocimientos de la vida, se aprende ahí a convivir y relacionarse con otras personas, es el lugar ideal para aplicar la psicología positiva con el uso de las virtudes y fortalezas psicológicas.

Al terminar el presente estudio se concluye que se cumplió con los objetivos presentados, es grato encontrar que se relacionaron de manera significativa los niveles de ansiedad y depresión con los puntajes de las virtudes y fortalezas psicológicas, lo anterior nos lleva a la conclusión de que el uso de las virtudes y fortalezas psicológicas son un factor de protección para la prevención y el afrontamiento de patologías, ya que entre mayor sea la presencia de las virtudes y fortalezas psicológicas, menor será la incidencia de este tipo de patologías.

En cuanto a los niveles de ansiedad y depresión, no se identificaron diferencias estadísticamente significativas al realizar una comparación por género, diversos autores (Jenson, Olympia, Farley y Clark, 2004) exponen que las escuelas en donde se motiva a los niños al desarrollo de competencias tienen una alta probabilidad de

potencializar la motivación en sus niños, logrando un descenso en la presencia de comportamientos de riesgo y conductas problemáticas.

Los resultados expuestos anteriormente ayudan a concluir que las virtudes y fortalezas psicológicas están presentes en nuestra vida diaria, y los resultados demuestran que son una gran herramienta que sirven de factor de protección ante situaciones desagradables o que desestabilizan la vida del individuo; las virtudes y fortalezas psicológicas se manifiestan en los niños pero ni ellos, ni los padres, maestros o cuidadores logran identificarlas, es por ello que se recomienda la creación de un programa de enseñanza para que principalmente los niños en primera instancia, los padres y docentes logren identificar las virtudes y fortalezas y lograr la potencialización de aquellos que predominan en él.

Diversos autores (Catalano et al., 2002) realizaron un análisis sobre los programas de Psicología Positiva aplicados en diversas escuelas, encontrando que el uso de estos programas beneficia a los niños de diversas maneras, entre ellas una mejor adaptabilidad a los programas educativos, mejor rendimiento escolar, una menor predisposición a cometer actos de riesgo o violencia, un considerable aumento de asistencia a clases, todo esto en poblaciones con problemas de conducta.

Es necesario considerar que dentro de la presente investigación una parte de la población se ubica en una zona de riesgo, ya que la ubicación de la escuela es diferente a las demás: esta población pertenece a una escuela pública, factor el cual podría estar interviniendo en los niveles de ansiedad y/o depresión, así como en el uso de las virtudes y fortalezas psicológicas, ya que las demás escuelas son privadas, en éstas el trato hacia los alumnos es diferente, son niños dentro de un estrato social medio-alto, con una metodología de enseñanza diferente en cada escuela y las necesidades son diferentes, todo esto en comparación a la escuela pública que participó en esta investigación, sería interesante realizar una comparación entre las escuelas utilizando el tipo de educación (pública o privada).

Las niñas de la muestra presentaron niveles mayores en todas las variables en comparación a los niños en la presencia de los trastornos de ansiedad y depresión, así como en el uso de las virtudes y fortalezas psicológicas, esto nos da a entender que el género es un factor importante que influye en la presencia de patologías y en el uso de los factores de protección, el tipo de estudio no permite establecer relaciones

causales, pero apunta a que las condiciones sociales influyen a que el género tenga una influencia directa en los resultados mostrados.

A partir de la realización de esta investigación surgen nuevas preguntas de investigación, preguntas que se van derivando de los resultados obtenidos, es de suma importancia identificar aquellas variables las cuales influyen directamente en el uso o no de las virtudes y fortalezas psicológicas, e incluso se puede realizar una investigación modificando el tipo de población, para así poder relacionar las etapas de desarrollo con los resultados obtenidos.

Algunas de las limitaciones que se tuvieron en esta investigación fueron principalmente la dificultad que se tuvo para obtener el acceso a las instituciones educativas, ya que como se mencionó al principio, la mayoría son de índole privada; también se tuvieron problemáticas en cuanto a la aplicación de los instrumentos (por errores de la logística, del aplicador o del niño o niña que contestó la batería de pruebas), es por ello que a pesar de que la muestra era más grande, ésta se redujo considerablemente; se tuvo una gran dificultad en la aplicación del instrumento VIA ya que contiene 187 ítems, lo cual se veía reflejado en el tiempo excesivo que se invertía en la aplicación en los niños más jóvenes y se volvía tedioso en los niños más grandes.

Se recomienda aplicar esta misma investigación en los diferentes estratos de la república mexicana, para identificar el uso o no de las virtudes y fortalezas psicológicas en lugares con diferencias económicas, políticas y sociales dentro de la entidad, esto nos ayudará para la elaboración de un programa de intervención aplicable en cualquier estado del país, el objetivo de este programa sería la implementación de actividades dentro del aula para la identificación y potencialización de las virtudes y fortalezas psicológicas en los niños.

Es de suma importancia recalcar el valor de la presente investigación, ya que ésta sirve de base para poder lograr futuras investigaciones ya sea en los mismos escenarios o en escenarios diferentes, nos ayuda a tener un punto de partida para generar una línea de investigación orientada principalmente al uso de las Virtudes y Fortalezas psicológicas y compararlas no solo con la Ansiedad y Depresión, si no con otros trastornos y/o patologías.

Las virtudes y Fortalezas psicológicas suelen confundirse con valores y/o moral, y a pesar de que van tomadas de la mano, es importante enseñar a la población

en general la importancia de estas variables, así como su uso, su aprovechamiento y cómo lograr su potencialización; demostrando a las personas los beneficios que tiene la utilización de éstas, se lograra una prevención a nivel primaria que inclusive no solo ayude a prevenir patologías futuras, también ayudará a crear una sociedad completamente diferente orientada a la psicología positiva, en donde sus miembros se desarrollen optimistas, sanos y felices.

Anexos

Anexo 1: Consentimiento informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Instituto de Ciencias de la Salud
Área Académica de Psicología

Folio: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos es grato informarle que el Cuerpo Académico en Salud Emocional de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo se encuentra realizando una investigación para conocer las principales respuestas emocionales de los niños y niñas con la finalidad de promover su bienestar y salud.

Por tal motivo solicitamos su consentimiento para aplicar una batería de instrumentos en su hijo (a), considerando que esta aplicación se apega en todo momento a lo dispuesto en el código ético del psicólogo, por lo que se mantendrá la confidencialidad de la participación y datos de los niños y niñas.

Los aspectos a evaluar son: sueño, percepción visual, felicidad, estilos cognitivos, tristeza y ansiedad. La aplicación de la batería se realizará en los horarios y días previamente establecidos con la institución y con las autoridades de la SEPH para no afectar las actividades académicas. Los responsables de esta actividad son la Dra. Andrómeda I. Valencia Ortiz y el Dr. Rúben Cruz García, profesores Investigadores de ICSc.

Sin más por el momento me despido de usted, agradeciendo de antemano su atención y apoyo.

He leído y comprendo las características de la investigación que realiza el "Cuerpo Académico de Salud Emocional" de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, en el cual está invitado a participar a mi hijo(a) (escriba nombre del menor)

Del grupo: _____

ACEPTO que participe en este proyecto:

Nombre y Firma del Tutor

Cirujal Ex Hacienda La Concepción 9011
Carretera Pachuca-Atepepan
San Agustín Tlaxiaco, Hidalgo, México C.P. 39100
Teléfono: 52 (771) 71 725 03 Ext. 2144, 2111 y 2112
psicologa@uash.edu.mx

www.uash.edu.mx

75

Anexo 2: Lo que pienso y siento (CMAS-R)

LO QUE PIENSO Y SIENTO (CMAS-R)

Cecil R. Reynolds, PhD y Bert O. Richmond, EdD

Nombre _____
Fecha _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado escolar _____

INSTRUCCIONES

Aquí hay varias oraciones que dicen cómo piensan y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en círculo la palabra "SI" si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra "NO". Contesta todas las preguntas aunque algunas sea difícil tomar una decisión. No marques "SI" y "NO" en la misma pregunta.

No hay respuestas correctas ni incorrectas. Sólo tú puedes decirnos cómo piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración pregúntate "¿Así soy?" Si es así, encierra en un círculo "SI". Si no es así, Marca "NO".

	Puntuación Natural	Percentil	Puntuación T o puntuación escalar
Total:	_____	_____	_____
I:	_____	_____	_____
II:	_____	_____	_____
III:	_____	_____	_____
M:	_____	_____	_____

1. Me cuesta trabajo tomar decisiones.....	Sí	No
2. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero.....	Sí	No
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.....	Sí	No
4. Todas las personas que conozco me caen bien.....	Sí	No
5. Muchas veces siento que me hace falta el aire.....	Sí	No
6. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).....	Sí	No
7. Muchas cosas me dan miedo.....	Sí	No
8. Siempre soy amable.....	Sí	No
9. Me enojo con mucha facilidad.....	Sí	No
10. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.....	Sí	No
11. Siento que a los demás no les gusta como hago las cosas.....	Sí	No
12. Siempre me parto bien.....	Sí	No
13. En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido(a).....	Sí	No
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí.....	Sí	No
15. Me siento solo(a) aunque este acompañado(a).....	Sí	No
16. Siempre soy bueno(a).....	Sí	No
17. Muchas veces siento asco o náuseas.....	Sí	No
18. Soy muy sentimental.....	Sí	No
19. Me sudan las manos.....	Sí	No
20. Siempre soy agradable con todos.....	Sí	No
21. Me canso mucho.....	Sí	No
22. Me preocupa el futuro.....	Sí	No
23. Los demás son más felices que yo.....	Sí	No
24. Siempre digo la verdad.....	Sí	No
25. Tengo pesadillas.....	Sí	No
26. Me siento muy mal cuando se enojan conmigo.....	Sí	No
27. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal.....	Sí	No
28. Nunca me enojo.....	Sí	No
29. Algunas veces me despierto asustado(a).....	Sí	No
30. Me siento preocupado(a) cuando me voy a dormir.....	Sí	No
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis tareas escolares.....	Sí	No
32. Nunca digo cosas que no debo decir.....	Sí	No
33. Me muevo mucho en mi asiento.....	Sí	No
34. Soy muy nervioso (a).....	Sí	No
35. Muchas personas están contra mí.....	Sí	No
36. Nunca digo mentiras.....	Sí	No
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.....	Sí	No

Anexo 3: Inventario de depresión para niños (CDI)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDI)

Adaptación a México: Meave & Ayala, 2001

Nombre: _____ Edad: _____

Fecha: _____ Nombre del aplicador: _____

Señala la opción que describe como te has sentido durante las últimas semanas. Marca una equis (X) en el recuadro que corresponda a tu respuesta.

Ítem	Pregunta	Sí	A veces	No
1	Te has sentido triste			
2	A ti las cosas no te salen			
3	Las cosas que has hecho te han salido mal			
4	Te has divertido			
5	Has pensado que eres un(a) niño(a) malo(a)			
6	Has pensado que te pasaran cosas malas			
7	Te gusta cómo eres			
8	Crees que las cosas han salido mal por tu culpa			
9	Has pensado en quitarte la vida			
10	Has sentido ganas de llorar			
11	Te has sentido enojado(a)			
12	Te has sentido a gusto con la gente			
13	Te ha costado decidir entre lo que te gusta			
14	Has sentido que te ves feo(a)			
15	Te ha costado trabajo la escuela			
16	Te ha costado trabajo dormir			
17	Te has sentido cansado(a)			
18	Se te ha ido el hambre			
19	Te ha preocupado enfermarte			
20	Te has sentido solo(a)			
21	Te has aburrido de la escuela			
22	Has tenido ganas de estar con tus amigos			
23	Has hecho bien el trabajo de la escuela			
24	Eres igual de aplicado(a) que los(as) demás niños(as)			
25	Has pensado que algunas personas no te quieren			
26	Has sido obediente			
27	Te has peleado			

Anexo 4: Cuestionario de fortalezas para niños y adolescentes (VIA-Y)

Values in Action Inventory of Strengths for Youth (VIA-Y)

Nombre: _____

Edad: _____ Grado Escolar: _____

Fecha de aplicación: ____/____/____

Instrucciones: A continuación hay una lista de afirmaciones que pueden describir a niños/as y adolescentes de entre 8 y 17 años. Lee cada una y decide en qué grado refleja cómo eres y márcalas. Por favor, sé tan sincero/a como puedas.

1.Muy diferente a mí	2.Algo diferente a mí	3.Poco parecido a mí	4.Parecido a mí	5.Muy parecido a mí
----------------------	-----------------------	----------------------	-----------------	---------------------

Ejemplo:

Me aburro con facilidad	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Si crees que la oración te describe cómo eres por completo, es decir si tú te aburres con facilidad marca en el número 5 Muy parecido a mí.

Me aburro con facilidad	1	2	3	4	<input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------	---	---	---	---	-------------------------------------

En cambio si crees que el enunciado no se parece a como tú eres, es decir, no te aburres con facilidad marca en el número 1 Muy diferente a mí.

Me aburro con facilidad	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3	4	5
-------------------------	-------------------------------------	---	---	---	---

Práctica:



Me aburro con facilidad	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Me aburro con facilidad	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

1.Muy diferente a mí	2.Algo diferente a mí	3.Poco parecido a mí	4.Parecido a mí	5.Muy parecido a mí	
1. Me encanta el arte, música, la danza o el teatro.	1	2	3	4	5
2. Defiendo a otros niños cuando están siendo tratados injustamente.	1	2	3	4	5
3. Me gusta pensar en diferentes maneras de resolver problemas.	1	2	3	4	5
4. No se me ocurren muchas preguntas acerca de las cosas.	1	2	3	4	5
5. Cuando estoy a cargo de un grupo, les doy las tareas más fáciles a los que me caen bien.	1	2	3	4	5
6. Puedo seguir siendo amigo de quienes fueron crueles conmigo, si me piden perdón.	1	2	3	4	5
7. En mi vida, me quejo más de lo que agradezco.	1	2	3	4	5
8. Siempre cumplo lo que digo.	1	2	3	4	5
9. Haga lo que haga, las cosas no me saldrán bien.	1	2	3	4	5
10. Mucha gente dice que soy muy serio.	1	2	3	4	5
11. Trabajo sin descanso en mis deberes o tareas hasta que las acabo.	1	2	3	4	5
12. Pienso bien las cosas incluso en situaciones difíciles.	1	2	3	4	5
13. Cuando mis amigos están tristes o enojados, los escucho y los consuelo.	1	2	3	4	5
14. Cuando hay personas en mi equipo que no están de acuerdo, no puedo conseguir que trabajen juntas.	1	2	3	4	5
15. Siempre me siento querido por los demás.	1	2	3	4	5
16. Me emociono cuando aprendo algo nuevo.	1	2	3	4	5
17. Pienso que siempre tengo la razón.	1	2	3	4	5
18. Soy muy cuidadoso(a) en todo lo que hago.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo dinero, normalmente lo gasto todo de una vez sin pensarlo.	1	2	3	4	5
20. En diferentes situaciones sociales, hablo y me comporto adecuadamente.	1	2	3	4	5
21. A menudo siento que alguien "desde el cielo" me cuida y me protege.	1	2	3	4	5
22. Si mi equipo no elige mi idea, ya no quiero trabajar con ellos.	1	2	3	4	5
23. Usualmente sé lo que es realmente importante.	1	2	3	4	5
24. Soy muy entusiasta.	1	2	3	4	5
25. Cuando veo un hermoso paisaje, me detengo a disfrutarlo unos minutos.	1	2	3	4	5
26. No me enfrento a los demás ni por mí mismo, ni para ayudar a los otros.	1	2	3	4	5
27. Es difícil que se me ocurran ideas nuevas.	1	2	3	4	5
28. Me interesan toda clase de cosas.	1	2	3	4	5
29. Juego limpio aun cuando mi equipo está perdiendo.	1	2	3	4	5
30. Aunque alguien me haga daño, lo perdono si se disculpa.	1	2	3	4	5
31. En mi vida puedo encontrar muchas cosas por las que dar gracias.	1	2	3	4	5
32. Miento para conseguir salir de problemas.	1	2	3	4	5
33. Creo que me van a suceder cosas buenas.	1	2	3	4	5
34. Raras veces bromeo con otras personas.	1	2	3	4	5
35. Si una tarea es difícil, me doy por vencido fácilmente.	1	2	3	4	5
36. Cuando tomo una decisión, considero lo bueno y lo malo de cada opción.	1	2	3	4	5
37. Cuando me hablan de gente que está enferma o es pobre, me preocupo por ellos.	1	2	3	4	5
38. No soy bueno haciéndome cargo de un grupo.	1	2	3	4	5
39. Hagan lo que hagan, quiero a los miembros de mi familia.	1	2	3	4	5
40. Aprendo cosas sólo cuando alguien me obliga.	1	2	3	4	5
41. Aunque sea muy bueno en algo, no ando presumiendo.	1	2	3	4	5
42. Generalmente hago las cosas sin pensar.	1	2	3	4	5
43. Hago las cosas que tengo que hacer aunque no tenga ganas.	1	2	3	4	5
44. Siempre sé que decir para que la gente se sienta bien.	1	2	3	4	5
45. No creo en Dios ni en un ser superior.	1	2	3	4	5
46. Trabajo muy bien cuando estoy en grupo.	1	2	3	4	5

Referencias

- Alberdi, J., Taboada, O., Castro, C. y Vázquez, C. (2006). *Depresión, Guías clínicas*. Recuperado el día 26 de Febrero del 2015 de: www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf
- Alonso, N. e Iriarte, C. (2005). Programa Educativo de crecimiento Emocional y Moral: PECEMO. Málaga: Aljibe
- Alpizar, H., Salas, D. (2010). El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva. *Revista electrónica de estudiantes Escuela de psicología, Universidad de Costa Rica* 5 (1), 65-83.
- American Psychological Association. (2010). *Trastornos de la ansiedad: el papel de la psicoterapia en el tratamiento eficaz*. Recuperado el 10 de marzo de 2015 de: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/tratamiento.aspx>
- American Psychological Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Andrade, P., Cañas, J. y Betancourt (2008). *Investigaciones Psicosociales en adolescentes*. México: UNICACK.
- Ansonera, A., Cobo, J. y Romero, I. (1983). El constructo ansiedad en Psicología: una revisión. *Dialnet*, 16, 33-37.
- Arguis, R., Bolsas, A.P. Hernández, S. y Salvador, M.M. (2010). Programa aulas felices". *Psicología positiva aplicada a la educación*. Recuperado de: <http://catedu.es/psicologiapositiva>.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Mendez, E., Fleiz, C., Rojas, E. y Cruz, C. (2009) Diferencias de sexo en la prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes en la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32, (2), 155-164.
- Black, D. W. y Andreasen, N. C. (2014) *Texto introductorio de Psiquiatría*. México: El Manual Moderno.
- Bono, G. y McCullough, M. E. (2006). Positive respounses to benefit and harm: Bringing forgiveness and gratitude into cognitive psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychoterapy*, 20, 147-158.
- Burns, D (Eds.). (2006) *Adiós, Ansiedad*. Barcelona, España: Paidós
- Carr, A. (2007). *Psicología Positiva: La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Paidós.

- Cárdenas, E. M., Feria, M., Vázquez, J., Palacios, L. y De la Peña, F. (2010) *Guía Clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes*. México.
- Catalano, R. F., Berglund, M. L., Ryan, J. A. M., Lonczak, H. S. y Hawkins, D. (2002). *Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs*. *Prevention & Treatment*, 5, 1-106.
- Ceballos, R. (2010). *Ansiedad y depresión: Guía práctica*. España: Formación Alcalá.
- Chinchilla, A. (2008). *La depresión y sus máscaras: aspectos terapéuticos*. España: Médica Panamericana.
- Clark, D. y Beck, A. (2011). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice* (9a ed.). United States of America: The Guilford Press.
- Colombiana de Salud S.A. (2014) *Guía de manejo para trastorno de ansiedad CIE-10 F40, F41, F42*. Colombia.
- Conde, C. A; Orozco, L.C; Báez, A.M y Dallos, M.I. (2009). Aportes fisiológicos a la validez de criterio y constructo del diagnóstico de ansiedad según entrevista psiquiátrica y el State-Trait Anxiety Inventory (STAI) en una muestra de estudiantes universitarios colombianos. *Revista Colombiana Psiquiátrica*. 38 (2) 262-278.
- Cruz, L. A. I. (2013). *Propuesta de un taller para el manejo de la depresión y ansiedad en jóvenes adultos: Tesis en disertación Licenciatura*. Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F.
- Cosentino, A.C. (2009). Evaluación de las virtudes y fortalezas humanas en población de habla hispana. *Psicodebate*, 10, 53-71.
- Davidson, R. J. (2003). Affective neuroscience and psychophysiology: Toward a synthesis. *Psychophysiology*, 40, 655-665.
- Davidson, R. J. (2004) Well-being and affective style: Neural substrates and biobehavioural correlates. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 359, 1395-1411.
- Deci, E. L. y Ryan, R.M. (2000) The “what” and “why” of goal pursuits: human needs and the self-determination of behaviour. *Psychological Inquiry*, 11, 227-268.
- Fredrickson, B. L. y Levenson, R. W. (1998). Positive emotions speed recovery from the cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition & Emotion*, 12, 191-220.

- Friedman, E. y Thase, M. (1995). Trastornos del estado del ánimo. En V., Caballo, G., Buela & J. Carrobbles (Eds.) Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos (pp. 619-681) Madrid: Siglo XXI.
- Froh, J.J., Yurkewicz, C. y Kashdan, T.B. (2008). Gratitude and subjective well-being in early adolescents: an experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of school Psychology* 46, 213-233.
- Giménez, M., Vázquez C. y Hervás, G. (2010) El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society & Education*, 2 (2), 83-100.
- Glaser, R. y Kiecolt- Glaser, J. K. (2005). Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nature Reviews Immunology*, 5, 243-251.
- Gonclaves, F., González, V. y Vázquez, J. (2003) *Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad*. España: Editorial IM&C.
- González-Forteza, C., Hermosillo, A. E., Vacio-Muro, M., Peralta, R. y Wagner, F. A. (2015). Depression among adolescents. A hidden problem for public health and clinical practice. *Boletín México del Hospital Infantil de México (English Edition)*, 72 (2). 149-155.
- Grinhauz, S.A. (2012). El análisis de las virtudes y fortalezas en niños: una breve revisión teórica. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 12, 39-61.
- Grinhauz, S. A. y Castro, A.S. (2012). El análisis de las virtudes y fortalezas en la infancia. *Anuario de investigaciones, Facultad de Psicología-UBA*, 19, 27-35.
- Hefferon, K. y Boniwell, I. (2011). *Positive Psychology: Theory, Research and Applications*. Estados Unidos: Open University Press.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2013). Estadísticas de Mortalidad. Consulta interactiva.
- Jenson, W. R., Olympia, D., Farley, M. y Clark, E. (2004). Positive psychology and externalizing students: Awash in a sea of negativity, *Psychology in the Schools*, 41, 67-80.
- Jurado, S., Villegas, M., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. y Varela, R. (1998) La Estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31. Recuperado de http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=11318&id_seccion=3&id_ejemplar=1169&id_revista=1

- Kovacs, M. (1992). Children's Depression Inventory (CDI). New York: Multi-health Systems, Inc.
- Lizondo, G., Montes, N. y Jurado, F. (2005). Enfoque cognitivo de la depresión. *Revista paceña de medicina familiar*, 2 (1), 50-52.
- López, O., Piñero, E. y Areñse, J. (2013). Estudio de las fortalezas Psicológicas en educación infantil. *Proceedings of International Congress of Educational Sciences and Development*, 1-6.
- Lucas, R. E., Diener, E. y Suh, E. M. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of personality and Social Psychology*, 71, 616-628.
- Luna, J. A. (2002). La soledad, la depresión y el vacío existencial: males de nuestro siglo. En Luna, J. A (Ed.) *¿Soledad y depresión?* (pp. 15-16). Bogotá: San Pablo.
- Mardomingo, M. J. (1994) Síndromes. En *Psiquiatría del niño y del adolescente* (p. 235). Madrid: Díaz de Santos, S. A.
- Medina-Mora, ME, Borges G, Benjet, C., Lara, C. y Berglund, P.A. (2007). Psychiatric disorders in México: Lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry*, 190, 521-528.
- Medina Mora, M. E., Borges, G., Lara, C., Benjet, C., Blanco, J., Fleiz, C., Villatoro, J., Rojas, E., Zambrano, J., Casanova, L. y Aguilar, S. (2003) Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México Salud Mental. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. 26 (4), 1-16.
- Miller, B. y Hen, R. The current state of the neurogenic theory of depression and anxiety. *Current Opinion in Neurobiology*, 30. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=10036kndhsduhfsshd5006&site=ehost-live>
- Miranda, I., Laborín, J., Chávez-Hernández, A. M., Sandoval, S. y Torres, N. (2016). Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y salud*, 26 (2), 273-282.
- Moreno, B. y Gálvez, M. (2010). La Psicología Positiva va a la Escuela. Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar, 6 (1), 210-220. Recuperado de www.tipica.org/media/system/articulos/vol6N1/vol6N1_Moreno_psicologiapositiva.

- Organización Mundial de la Salud (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 09 de Septiembre de 2016 en http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo. Recuperado el 17 de mayo de 2016 en www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- Organización mundial de la salud OMS. (2012). *La depresión*. Recuperado el 23 de febrero de 2015, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Mental Disorders. Recuperado el 13 de Marzo de 2015 de: http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/
- Orozco, L. A. R., Gil, F. M. E. B. y Valeriano, A. H. L. (2015). Tratamiento En: José Luis Ybarra S., Luz Adriana Orozco R. y Andrómeda Valencia O.
- Ortega, A. M. (2003). Measuring Language Anxiety Perceived By Spanish University Students Of English. *Revistes Catalanes amb Accés Obert*, 12 (1).
- Peñate, W., Roca Sánchez, M. J., Pitti, C.T., Bethencourt, J. M. Fuente, J. A., y Gracia, R. (2014). Cognitive-behavioral treatment and antidepressants combined with virtual reality exposure for patients with chronic agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14 (1). 9-17.
- Peterson, C., Park, N. y Seligman, M. (2006). Greater strengths of character and recovery from illness. *The Journal of Positive Psychology*, 1 (1), 17-26
- Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (2004). Character, strengths and virtues. A handbook and classification. Oxford: Oxford University Press.
- Positive Psychology Center (1998) Positive Psychology network concept paper. Recuperado de: <http://ppc.sas.upenn.edu>
- Pompa, E. (2011). *Evaluación de un programa multidisciplinario para reducir los niveles de ansiedad, depresión e índice de masa corporal en niños con sobrepeso y obesidad*. Doctorado. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Pressman, S.D. y Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.
- Rector, N. A. Bourdeau, D. Kitchen, K., y Joseph-Massiah. (2008). Anxiety disorders: An information guide. Canadá: Centre for Addiction and Mental Health.
- Reynolds, C. y Richmond, B. (1997). Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (revisada) (CMAS-R). México: El Manual Moderno.

- Rivera, M. y Andrade, P. (2008). Conductas Autodestructivas e Intento suicida en Adolescentes. En Andrade, P., Cañas, J. & Betancourt (Comp.) *Investigaciones Psicosociales en adolescentes* (pp. 89-110). México: UNICACK.
- Rojtenberg, S. (2006) *Depresiones, bases clínicas, dinámicas, neurocientíficas*. Buenos Aires: Polemos.
- Rosa, Y. y Quiñones, A. (2012). El bienestar psicológico en el proceso de ayuda con estudiantes universitarios. *Revista Griot*. 5 (1). 7-17.
- Rosselló, J. y Berríos, M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as, *Revista Interamericana de Psicología*, 38 (2), 295-302
Recuperado de:
<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pdf>
- Ruiz, A.M y Lago, B. (2005) Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap. ed. Curso de actualización pediatría 2005, Madrid, pp. 265-280.
- Ruz, A. y Alvis, L. (2009) *Enfermedades crónico degenerativas y trastornos del estado de ánimo*. México: Lunbeck, Quinta de Agua Ediciones.
- Ryan, R. M., Huta, V. y Deci, E. L. (2008). Living well: A self-determination theory perspective on eudaimonia. *Journal of Happiness Studies*, 9, 139-170.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Sánchez, J, y López, A. (2005). Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. *Salud global*, 5 (3), 1-8.
- San-Molina, L. (2010). *Depresión: ¿Qué es? Frecuencia y sus causas, síntomas, diagnóstico y tipos de depresión, alivio y tratamiento*. España: Amat.
- Sarason, I. G., y Sarason, B. R. (2006). Trastornos del estado de ánimo y suicidio. En *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. (pp.337-340) México: PEARSON EDUCATION
- Secretaría de Salud (2010). Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto. México.

- Sejas, R. G. (2013). La virtud: sabiduría y conocimiento, y la virtud: espiritualidad y trascendencia, de estudiantes identificados aymaras. *Revista de psicología*, 9, 85-93.
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. E .P., Steen, T. A., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421
- Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish. A visionary new understanding of happiness and well-being*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. P. (2012). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster
- Seligman, M. E. P. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Serrano, C., Rojas, A. y Ruggero, C. (2013) Depresión, ansiedad y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Revista intercontinental de psicología y educación*. 15 (1). 47-60.
- Simpson, H. B., Neria, Y., Lewis-Fernández, R. y Schneier, F. (2010). *Anxiety Disorders: Theory, Research and Clinical Perspectives*. Unites States of America: Cambridge University Press.
- Sheldon, K. y King, L. (2001). Why Positive Psychology is necessary?. *American Psychologist*, 56 (3), 206-207.
- Snyder, C. R. y López, S. J. (Eds.) (2002). *Handbook of Positive Psychology*. N. York: Oxford University Press.
- Sol, A. (2012) El análisis de las virtudes y fortalezas en niños: una breve revisión teórica. *Psicología, Cultura y Sociedad*, 39-61.
- Sol, G. A. y Castro, S.A. (2012) El análisis de las virtudes y fortalezas en la infancia. *Anuario de investigaciones, Universidad de Buenos Aires*, 19, 27-35.
- Solloa, L. (2009) *Los trastornos psicológicos en el niño: Etiología, características, diagnóstico y tratamiento*. México: Trillas.
- Strongman, K. T. (1995) Teories of Anxiety. *New Zeland Journal of Psychology* 23 (3), 4-10. Recuperado de: <http://www.psychology.org.nz/wp-content/uploads/NZJP-Vol242-1995-1-Strongman.pdf>

- Suárez, M. (2009). *La depresión en la vida diaria: guía práctica destinada al médico general para su detección, diagnóstico y tratamiento*. Argentina: Editorial Polemos.
- Tarragona, M. (2013). Psicología Positiva y Terapias Constructivas: Una Propuesta Integradora. *Terapia Psicológica*, 31 (1), 115-125.
- Toussaint, L. y Friedman, P. (2008). Forgiveness, gratitude and well-being: the mediating role of affect and beliefs. *Journal of Happiness Studies*.
- Trickett, S. (2009). *Supera la ansiedad y la depresión*. España: Editorial Hispano Europea.
- Uriarte, V. (2010). *Manual clínico de los antidepresivos*. México: Editorial Alfil.
- Valencia, G. (2010). Riesgo de Depresión en estudiantes del Programa de Enfermería de una Universidad Libre de Pereira. *Cultura del Cuidado Enfermería*, 7 (2). 15-27.
- Vázquez, C. y Hervás, G. (Eds.) (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C. (2009) La ciencia del bienestar psicológico. En C. Vázquez & G. Hervás (Eds.), *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una Psicología Positiva* (pp. 13-46). Madrid: Alianza Editorial.
- Vázquez, C., Hervás, G., Rahona, J. J. y Gómez, D. (2009). Bienestar Psicológico y Salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 5, 15-28.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B. y Telch, M. J. (2010) Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un metanálisis. *Revista de Toxicomanías*. 1 (61). 3-20.