



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA

**“INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL CON
COMPONENTES DE PSICOLOGÍA POSITIVA PARA
DESARROLLAR FORTALEZAS DE CARÁCTER EN
NIÑOS CON Y SIN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA”**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADAS EN PSICOLOGÍA

PRESENTAN:
ALEJANDRA LIMA QUEZADA
DIANA KARINA STRAFFON OLIVARES



DIRECTORA DE TESIS:
DRA. ANDRÓMEDA IVETTE VALENCIA ORTIZ

Pachuca de Soto, Hgo.

Enero 2018



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

11 de diciembre de 2017
 Asunto: Autorización de impresión formal

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

Manifestamos a usted que se autoriza la impresión formal del trabajo de investigación de las pasantes **ALEJANDRA LIMA QUEZADA Y DIANA KARINA STRAFFON OLIVARES**, bajo la modalidad de Tesis colectiva cuyo título es **“Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños con y sin sintomatología depresiva”** 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"

Nombres de los Docentes Jurados	Cargo	Firma de Aceptación del Trabajo para su Impresión Formal
Dra Rubén García Cruz	Presidente	
Dra Andrómeda Ivette Valencia Ortiz	Primer Vocal	
Dra Norma Angélica Ortega Andrade	Segundo Vocal	
Dra Claudia Margarita González Fragoso	Tercer Vocal	
Dr José Esael Pineda Sánchez	Secretario	
Dra Karina Reyes Jarquin	Suplente	Karina Reyes J.
Dra Margarita Tarragona Saez	Suplente	M Tarragona Saez.



www.uaeh.edu.mx

Agradecimientos

A mis padres, por ser un pilar fundamental en todo lo que soy, por la educación que me dieron para ser una persona de bien, por darme las herramientas necesarias para la vida, por su apoyo y amor incondicional.

A mi hermano, por enseñarme a ser diferente y estar conmigo en todo momento.

A mi directora Dra. Andrómeda por calidez humana, sus sabios conocimientos y por motivarme para poder lograr esta meta.

A mis amigos Karina, Miguel y Mauricio porque durante este tiempo logramos un excelente equipo y nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional.

Al Dr. Rubén por su tiempo compartido, por impulsar el desarrollo de mi formación profesional y por sus sabios consejos. Al Dr. Esael y la Dra. Norma por impulsar este proyecto compartiendo sus conocimientos en cada clase. A la Dra. Margarita por brindarnos de su tiempo para complementar este trabajo. A la Dra. Claudia y la Dra. Karina por sus asesorías en la elaboración de esta tesis.

A la Directora Irma, comunidad estudiantil, padres de familia, personal docente y de apoyo de esta escuela que nos brindaron la confianza para realizar el proyecto de investigación en esta institución, con especial aprecio a nuestros equipos Panditas y Leoncitos por su esfuerzo que demostraron en cada sesión, sin ustedes esto no se hubiera logrado.

A todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis, familiares, amigos y profesores que no recordé al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son.

Alejandra

Agradecimientos

A la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, especialmente al Instituto de Ciencias de la Salud, por ser parte de mi formación académica.

A mis padres por apoyarme en todo momento y permitirme cumplir este objetivo.

A mi hermano por ser un apoyo para mí en todo momento.

A mi familia por ser parte fundamental de mi formación profesional, por los consejos y apoyos cuando la meta no es clara y una palabra de ánimo es invaluable.

A la Doctora Andrómeda por su apoyo para la realización de esta tesis.

A mi compañera de tesis por su apoyo y paciencia.

A mis compañeros de cubículo Alejandra, Miguel y Mauricio por brindarme alegría y diversión cada día.

Al Doctor Rubén por el apoyo y tiempo que nos brindó.

Al Doctor Esael y la Doctora Normal por apoyar seguir este proyecto desde que se estaba planeando.

A nuestros sinodales gracias por su apoyo y ser parte de esta investigación.

A la escuela muchas gracias por su apoyo pero sobre todo muchas gracias a los niños participantes de intervención de ustedes aprendí mucho.

A todos los que nos ayudaron y apoyaron en este proyecto muchas gracias.

Karina

***“Los niños son el recurso más importante del mundo
y la esperanza para el futuro”***

John F. Kennedy

ÍNDICE

RESUMEN	14
ABSTRACT	16
INTRODUCCIÓN	17
CAPÍTULO I. PSICOLOGÍA POSITIVA: VIRTUDES Y FORTALEZAS DE CARÁCTER	19
1.1 Fundamentos de la Psicología Positiva: De los tres pilares de la Psicología Positiva al Modelo PERMA	22
1.2 Definición de virtudes y fortalezas de carácter.....	26
1.3 Clasificación de las virtudes y fortalezas de carácter.....	30
1.3.1 Virtud: Coraje.....	30
1.3.2 Virtud: Humanidad	31
1.3.3 Virtud: Justicia	32
1.3.4 Virtud: Sabiduría y Conocimiento.....	32
1.3.5 Virtud: Templanza.....	34
1.3.6 Virtud: Trascendencia	35
1.4 Virtudes, fortalezas de carácter y bienestar en el ámbito educativo	36
CAPÍTULO II. DEPRESIÓN	43
2.1 Definición	43
2.1.1 Factores relacionados con la sintomatología depresiva	48
2.2 Modelos explicativos de depresión	50
2.3 Depresión infantil	53
2.3.1 Evaluación de la depresión infantil.....	57
2.3.2 Impacto de la depresión en el ámbito educativo.....	59
CAPÍTULO III. TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICAS CON ENFOQUE COGNITIVO-CONDUCTUAL	61
3.1 Técnicas Cognitivo-Conductuales.....	63
3.1.1 Primera generación	64
3.1.2 Segunda generación.....	68
3.1.3 Tercera generación.....	76
3.2 Intervenciones para la promoción del bienestar.....	80
3.3 Investigaciones en contextos escolares.....	81

MÉTODO GENERAL	85
Justificación	85
Objetivo general	87
Objetivos específicos	87
MÉTODO FASE I	89
Pregunta de investigación	89
Objetivo general	89
Objetivos específicos	89
Tipo de estudio	89
Tipo de diseño	89
Variables	90
Hipótesis de investigación	91
Participantes	91
Instrumentos	92
Análisis de datos propuesto	93
Procedimiento Fase 1	93
RESULTADOS FASE I	94
Análisis descriptivos	94
Análisis estadístico descriptivo de las virtudes y fortalezas de carácter	95
Análisis estadístico descriptivo de depresión	97
Análisis estadístico descriptivo de habilidades sociales	98
Prueba de asociación de Pearson	101
MÉTODO FASE II	104
Pregunta de investigación	104
Objetivo general	104
Objetivos específicos	104
Tipo de estudio	104
Variables	105
Hipótesis de trabajo	106
Participantes	106
Instrumentos	107
Análisis de datos propuesto	107

Procedimiento Fase 2	107
RESULTADOS FASE II	109
Análisis descriptivos de la validación por jueces expertos	109
Descripción de las sesiones	112
MÉTODO ESTUDIO I	126
Pregunta de investigación	126
Objetivo general	126
Objetivos específicos	126
Tipo de estudio	127
Tipo de diseño	127
Variables	127
Hipótesis de investigación	129
Participantes	129
Instrumentos	131
Análisis de datos propuesto	133
Procedimiento Estudio I	132
RESULTADOS ESTUDIO I	134
Descriptivos	134
Efectividad de la intervención	135
Análisis de la Significancia Clínica	142
Diferencias Pre- Post en el uso de Virtudes y Fortalezas de carácter	145
DISCUSIONES Y CONCLUSIONES	167
REFERENCIAS	178
ANEXOS	194

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Quehaceres de la Psicología clásica y la Psicología Positiva en distintas áreas.....	24
Tabla 2: Clasificación de las veinticuatro fortalezas de carácter.....	27
Tabla 3: Criterios de las veinticuatro fortalezas de carácter.....	28
Tabla 4: Habilidades o capacidades y la relación que tiene con las fortalezas de carácter.....	37
Tabla 5: Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Coraje en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades	38
Tabla 6: Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Humanidad en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades.....	38
Tabla 7: Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Justicia en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades.....	39
Tabla 8: Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Sabiduría y Conocimiento en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades.....	39
Tabla 9: Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Templanza en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades.....	40
Tabla 10: Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Trascendencia en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades.....	41
Tabla 11: Clasificación de los síntomas de depresión por áreas.....	46
Tabla 12: Factores relacionados con la sintomatología depresiva.....	49
Tabla 13: Modelos explicativos de la depresión.....	51
Tabla 14: Sintomatología depresiva infantil por edades.....	55
Tabla 15: Instrumentos para la evaluación de la depresión en México.....	57

Tabla 16: Aspectos que propiciaron la segunda generación de técnicas cognitivo conductuales.....	68
Tabla 17: Estructura de la Terapia de Relajación Aplicada.....	78
Tabla 18: Variables dependientes.....	90
Tabla 19: Medidas obtenidas por sexo en cada fortaleza del cuestionario VIA-Y....	96
Tabla 20: Medidas obtenidas por sexo en las subescalas del cuestionario CDI.....	97
Tabla 21: Medidas obtenidas por grado escolar en el cuestionario CDI.....	98
Tabla 22: Medidas obtenidas por edad en el cuestionario CDI.....	98
Tabla 23: Medidas obtenidas por sexo en el cuestionario CABS.....	99
Tabla 24: Medidas obtenidas por sexo en la escala CABS.....	99
Tabla 25: Medidas obtenidas por edad en la escala CABS.....	100
Tabla 26: Correlación de las Virtudes y las subescalas de CDI.....	102
Tabla 27: Correlación de las Virtudes, la puntuación total de CABS y los estilos...	102
Tabla 28: Correlación de la puntuación total de CABS, los estilos y las subescalas del CDI.....	103
Tabla 29: Variable independiente.....	105
Tabla 30: Variable dependiente.....	105
Tabla 31: Grado académico de los psicólogos que participaron como jueces expertos.....	109
Tabla 32: Años de práctica clínica en el campo de la Psicología Cognitivo-Conductual de los psicólogos que participaron como jueces expertos.....	109
Tabla 33: Años de práctica clínica en el campo de la Psicología Positiva de los psicólogos que participaron como jueces expertos.....	110
Tabla 34: Objetivos generales de las sesiones de la intervención.....	112
Tabla 35: Variable independiente.....	127
Tabla 36: Variables dependientes.....	128

Tabla 37: Verbalizaciones de los y las participantes al concluir la intervención...	142
Tabla 38: Medidas obtenidas por los grupos antes y después de la intervención en el Cuestionario VIA-Y.....	147
Tabla 39: Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las virtudes.....	149
Tabla 40: Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Coraje.....	150
Tabla 41: Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Humanidad.....	151
Tabla 42: Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Justicia.....	152
Tabla 43: Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Sabiduría y Coraje.....	153
Tabla 44: Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Templanza.....	154
Tabla 45: Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Trascendencia.....	155
Tabla 46: Prueba Rangos con signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las virtudes en los cuatro subgrupos.....	156
Tabla 47: Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Coraje en los cuatro subgrupos.....	157

Tabla 48: Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Humanidad en los cuatro subgrupos.....	158
Tabla 49: Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Justicia en los cuatro subgrupos.....	159
Tabla 50: Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Sabiduría y Conocimiento en los cuatro subgrupos.....	160
Tabla 51: Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Templanza en los cuatro subgrupos.....	161
Tabla 52: Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Trascendencia en los cuatro subgrupos.....	162
Tabla 53: Resultados de la prueba U de Mann-Whitney entre subgrupos en las evaluaciones Pre y Post del CDI.....	163
Tabla 54: Resultados de la prueba Wilcoxon en subgrupos para las diferencias en las evaluaciones Pre y Post del CDI.....	164
Tabla 55: Distribución de participantes por estilos según el CABS en la evaluación Pre.....	165
Tabla 56: Resultados de la prueba U de Mann-Whitney entre subgrupos en las evaluaciones Pre y Post del CABS.....	165
Tabla 57: Resultados de la prueba Wilcoxon en subgrupos para las diferencias en las evaluaciones Pre y Post del CABS.....	166
Tabla 58: Distribución de participantes por estilos según el CABS en la evaluación Post.....	166

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Descripción del Modelo PERMA.....	23
Figura 2: Criterios diagnósticos de la depresión.....	45
Figura 3: Niveles de depresión.....	47
Figura 4: Clasificación del trastorno depresivo.....	47
Figura 5: Descripción del conductismo.....	65
Figura 6: Descripción de la primera generación de técnicas cognitivo conductuales.....	67
Figura 7: Modelo de la Terapia Racional Emocional.....	70
Figura 8: Modelo de Beck.....	71
Figura 9: Modelo de la Terapia de solución de problemas.....	72
Figura 10: Modelo de Reestructuración cognitiva.....	72
Figura 11: Componentes principales del Entrenamiento en Habilidades Sociales.....	74
Figura 12: Descripción de la segunda generación de técnicas cognitivo conductuales.....	75
Figura 13: Descripción de la tercera generación de técnicas cognitivo conductuales.....	80
Figura 14: Esquema general de investigación.....	88
Figura 15: Distribución de los participantes por edad y sexo.....	94
Figura 16: Distribución de los participantes por grado.....	95
Figura 17: Distribución de los participantes por estilos según la escala CABS...	100
Figura 18: Correlación de las puntuaciones totales de los instrumentos empleados.....	101
Figura 19: Distribución de los participantes del Grupo 1 por condición clínica y por sexo.....	133

Figura 20: Distribución de los participantes del Grupo 2 por condición clínica y por sexo.....	133
Figura 21: Gráfica de G2-13-NC resultado de la Técnica de división en mitades.....	135
Figura 22: Gráfica de G1-15-NC resultado de la Técnica de división en mitades.....	136
Figura 23: Gráfica de G2-15-C resultado de la Técnica de división en mitades.....	137
Figura 24: Gráfica de G1-11-C resultado de la Técnica de división en mitades.....	138
Figura 25: Gráfica de G2-9-C resultado de la Técnica de división en mitades.....	139
Figura 26: Gráfica de G2-5-C resultado de la Técnica de división en mitades.....	140
Figura 27: Fotografía tomada durante las sesiones.....	144
Figura 28: Fotografía tomada durante las sesiones.....	144
Figura 29: Fotografía tomada durante las sesiones.....	144
Figura 30: Fotografía tomada durante las sesiones.....	145
Figura 31: Fotografía tomada durante las sesiones.....	145
Figura 32: Fotografía tomada durante las sesiones.....	145

INTRODUCCIÓN

El término depresión se ocupa de manera indiscriminada por la población en general, ya que se utiliza como sinónimo de tristeza o decaimiento, dejando de lado la realidad de este trastorno, el cual actualmente es un problema de salud pública, por ello, la Organización Mundial de la Salud reporta que en el año 2020 será la segunda causa de incapacidad en el mundo mientras que en el año 2000 ocupaba el cuarto (Ávila & Espinoza, 2016; Chávez-Hernández, Correa-Romero & Klein-Caballero, 2017).

La depresión es un problema que no sólo aqueja a la población adulta mundial sino a la población infantil ya que se ha demostrado que la mayoría de los adultos que presentan depresión tenían sintomatología depresiva en edades tempranas (Berenzon, Lara Robles & Medina-Mora, 2013). El continuo desarrollo de este trastorno es un problema que se puede aminorar mediante la implementación de intervenciones que permitan desarrollar en sus participantes factores protectores que a su vez reduzcan los factores de riesgo (Sánchez, 2008).

En este sentido la Psicología positiva se presenta como una opción viable ya que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y aumentar las cualidades positivas de las personas para prevenir la aparición de enfermedades o patologías ya que para ella no sólo es importante disminuir los defectos que puedan tener las personas sino que también es necesario promover características/estrategias/técnicas que favorezcan el bienestar (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

A partir de la necesidad de fundamentar el bienestar se intentó identificar las características del carácter que estuvieran presentes en todas las personas sin importar la cultura que tuvieran para así obtener valores universales reconocidos como positivos que pudieran ser medidos y fomentados (Peterson y Seligman, 2004); teniendo como resultado la propuesta de un manual llamado Character Strengths and virtues: A Handbook and classification, además de instrumentos que pudieran medirlas en las diferentes etapas del desarrollo (Peterson & Park, 2009).

Éstas denominadas fortalezas de carácter se describieron como características, recursos positivos o estilos moralmente valorables de pensar sentir y actuar de una persona que al ser utilizadas permiten o favorecen al bienestar y a la vida en plenitud (Peterson & Seligman, 2009); retomando lo ya mencionado el bienestar es lo que se busca al intentar mejorar la salud mental de la población (Sánchez, 2008).

En este sentido debemos recordar que la infancia es una etapa en la que se pueden adquirir nuevas habilidades o conocimientos con mayor facilidad debido a la plasticidad mental que se tiene en esta edad (Castillo-Parra, Gómez & Ostrosky-Solís, 2009); por lo que la escuela se convierte en el espacio perfecto para enseñar a desarrollar estas fortalezas que funjan como factores protectores al desarrollo de trastornos mentales (White & Waters, 2015).

Como ya se había mencionado anteriormente la mejor manera desarrollar estos factores protectores es por medio de intervenciones las cuales pueden ser preventivas universales ya que tienen como objetivo disminuir o erradicar el desarrollo de trastornos mentales en pro de la salud mental de la población (OMS, 2004).

CAPÍTULO I.

PSICOLOGÍA POSITIVA: VIRTUDES Y FORTALEZAS DE CARÁCTER

Tradicionalmente, la Psicología estaba orientada principalmente a tres aspectos, 1) tratar la enfermedad mental, 2) fomentar la vida productiva de las personas y 3) la identificación del talento humano. Posterior a la Segunda Guerra Mundial, la Psicología únicamente se enfocó en el primer aspecto, utilizando un modelo basado en la enfermedad, solidificó una diversidad de teorías y estudios científicos alrededor de las patologías mentales (Lupano & Castro, 2010; Seligman, 1999), y esto ayudó a consolidar a la Psicología como ciencia.

No obstante, era necesario un cambio en el enfoque de la Psicología, no sólo preocuparse por curar las patologías de los seres humanos, sino también enfocarse en la construcción o promoción de las cualidades positivas (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Buscando este objetivo, Martin Seligman (1999) siendo entonces el presidente de la American Psychology Association (APA), propuso el desarrollo de la Psicología Positiva. Durante su presidencia al frente del APA, se unió a otros psicólogos e investigadores como Peterson, Csikszentmihalyi, Diener, Jamieson, Vaillant, entre otros, que en conjunto hicieron una gran producción académica acerca de la Psicología Positiva, y junto con la Universidad de Pensilvania se crea una página web “Authentic Happiness”, y la revista “The Journal of Positive Psychology” lo que permitió que este nuevo enfoque fuera consolidando su base teórica y científica (Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006; Littman-Ovadia & Niemiec, 2016).

Por otro lado, la Psicología Positiva según Hernández (2008) es el estudio científico de los mecanismos psicológicos de las fuerzas, recursos o virtudes que, en un contexto sociomaterial, contribuyen a construir un funcionamiento óptimo de los individuos, grupos, organizaciones y sociedades.

De la misma manera, Gable y Haidt (2005) establecieron a la Psicología Positiva como el estudio de las condiciones y procesos que contribuyen al

funcionamiento óptimo del florecimiento de las personas, grupos o instituciones. Cabe destacar que desde este enfoque, no se minimiza la presencia de enfermedad, por el contrario se reconoce la importancia de saber más acerca de las patologías y los tratamientos que resultan efectivos para disminuirlas (Tarragona, 2013).

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) refieren que el objetivo de la Psicología Positiva es mejorar la calidad de vida y aumentar las cualidades positivas de las personas para prevenir la aparición de enfermedades o patologías de acuerdo con estos dos autores, no basta con disminuir los defectos de las personas, sino que también es necesario promover características que favorezcan al bienestar.

El bienestar es un concepto amplio que en las últimas décadas se ha estudiado con mayor frecuencia, ya que es fundamental para los investigadores identificar aquellos factores que están presentes en la vida de las personas plenas (Vázquez, Hervás, & Ho, 2006).

Diener, Oishi y Lucas (2003) definieron el bienestar subjetivo como la evaluación o percepción que tiene una persona acerca de la satisfacción con su propia vida. Para evaluar el bienestar subjetivo, según los autores se tiene que considerar dentro de un periodo de tiempo, las respuestas emocionales que tiene la persona ante las experiencias vividas, el estado de ánimo, la satisfacción con la vida y el cumplimiento de metas.

Este constructo se ha estudiado desde distintas disciplinas como la Economía y la Psicología (Cieslik, 2016). Desde la perspectiva de la Economía, es un indicador de desarrollo que ha permitido la comparación entre distintas naciones de primer, segundo y tercer mundo, además los economistas enfocaron su trabajo en la relación que existe entre el ingreso económico y el bienestar (Ansa, 2008; Helliwell, Huang & Wang, 2017; Rojas, 2009).

Mientras que para la Psicología, el bienestar es un estado deseable por cualquier persona, por lo que desde esta disciplina se buscan las características y factores que promueven el bienestar y que se identificaron a través de distintas

investigaciones, que un estado de bienestar favorece a la salud física y emocional de las personas, las vuelve más productivas, aumenta la longevidad y mejora la calidad de vida cumpliendo así algunos de los objetivos de esta ciencia (Castro, 2010; Cieslik, 2016; Keyes, 2007).

Sin embargo, la preocupación por el estudio sobre conceptos como el bienestar o la felicidad no es un interés reciente ni exclusivo de la Psicología Positiva, el estudio se remonta hasta la Filosofía Occidental, la cual no ha tenido otra preocupación central que el análisis de condiciones sustantivas del bienestar (la eudamonía aristotélica) y el análisis de condiciones existenciales que limitan el alcance desde esa idea (Arias, 2016; Vázquez, 2006).

Vázquez (2006) resalta a los filósofos como Aristóteles, Spinoza, Schopenhauer, Bertrand Russel y Heidegger quienes desde su punto de vista hicieron una reflexión acerca de la felicidad, considerándola como eje del pensar sobre lo humano. Más adelante, en la Psicología Humanista se encuentran conceptos desarrollados por Maslow (1954) que sirven de antecedentes de la Psicología Positiva (Littman-Ovadia & Niemiec, 2016; Vázquez, 2006).

Desde mediados del siglo pasado empezaba el interés de variables o constructos positivos del ser humano, los estudios no estaban basados o fundamentados en la investigación, a diferencia de la Psicología Positiva que utiliza el método científico (Salanova & Llorens, 2016).

A pesar de que la Psicología Positiva inició hace más de dos décadas, se considera que aún se encuentra en desarrollo su teoría y sus métodos, así como el diseño de instrumentos de medición, técnicas y programas de intervención que tengan bases empíricas, sean válidos y confiables (Arias, 2016; Park, Peterson & Sun, 2013).

Cabe mencionar que los trabajos de la Psicología Positiva no sólo se limitan a países como Estados Unidos o España, éstos se han expandido hasta América Latina. En el caso de México, existen investigaciones en aspectos positivos, así como en la construcción de instrumentos de medición y programas de intervención

(González & Valdez, 2015; Imagina México A. C., 2012; Luna, Laca & Mejía, 2011; Padrós, Gutiérrez, & Medina, 2015; Palomar & Gómez, 2010; Plasencia, Eguiluz, & Osorio, 2017; Robles, 2015; Rojas, 2010; Tarragona, 2013; Valencia, García, Lima y Traffon, 2017; Valencia, Flores & Sánchez-Sosa, 2006) que han permitido el desarrollo de la Psicología Positiva, en el país. Así mismo, en el 2016 se llevó a cabo en la Universidad de Tlaxcala el Primer Congreso Internacional de Psicología Positiva en México.

1.1 Fundamentos de la Psicología Positiva: *De los tres pilares de la Psicología Positiva al Modelo PERMA*

Seligman (2003) propuso un modelo teórico con aplicaciones prácticas en donde exponía las tres vías para alcanzar la felicidad:

- 1) Emociones positivas (vida placentera): En esta vía se consideran las emociones positivas, por ejemplo, la esperanza, el optimismo y la gratitud que permiten alcanzar la felicidad que es parte de la vida placentera. Sin embargo, la felicidad es momentánea y se logra cuando se experimentan más emociones positivas que negativas (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).
- 2) Rasgos positivos (vida satisfactoria): Desarrollar o cultivar aspectos positivos que son deseables para la persona y le ayudan a alcanzar un estado de bienestar. El bienestar se logra a través de las virtudes y fortalezas de carácter, que serán explicadas a detalle más adelante. Cuando una persona disfruta de lo que hace o tiene talento para algo (estado de flow), alcanza la vida satisfactoria (Mariñelarena-Dondena; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).
- 3) Instituciones positivas (vida significativa): En esta última vía se considera que deben existir instituciones positivas dentro de nuestra sociedad como la familia o la escuela que permitan el desarrollo idóneo de los aspectos o rasgos positivos y que promuevan emociones positivas. Cuando las instituciones favorecen, las personas se comprometen, se sienten parte de la institución y logran la vida significativa la cual es más duradera y la vida

tiene un sentido (Mariñelarena-Dondena; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005).

Posteriormente, Seligman (2012) hace una revisión a su teoría y plantea que el núcleo de la Psicología Positiva es el bienestar y no la felicidad, como se creía antes y propone un nuevo modelo llamado PERMA (por sus siglas en inglés) compuesto por cinco componentes (Ver Figura 1).

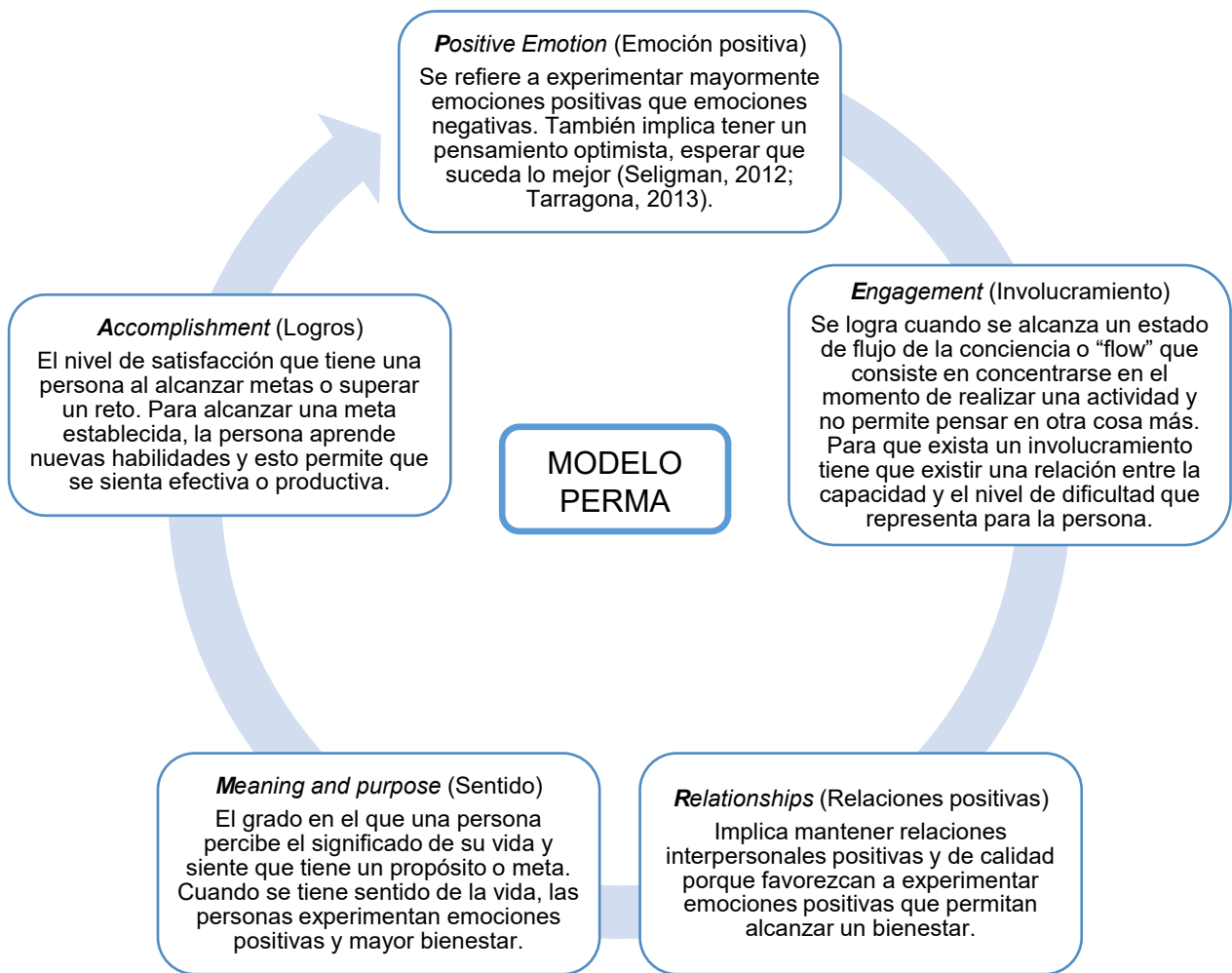


Figura 1. Descripción del Modelo PERMA (adaptado de Seligman, 2012).

Existe una traducción al español del Modelo PERMA realizada por Tarragona (2013), pionera de la Psicología Positiva en México, quien utilizó el acrónimo PRISMA para describir los componentes:

1. **Positividad**
2. **Relaciones interpersonales**
3. **Involucramiento**
4. **Significado/Sentido de la vida**
5. **Metas Alcanzadas**

Contemplando que la salud mental no sólo es la ausencia de enfermedad o patología y el posible aumento en la prevalencia de trastornos mentales en los próximos años, en específico los trastornos depresivos, la Psicología Positiva se ha centrado en la prevención, abordando las áreas clínica, laboral y educativa con la finalidad de equilibrar o complementar el quehacer de la Psicología clásica (Castro, 2010). Según Seligman y colaboradores (2013) el trabajo de un psicólogo desde esta perspectiva consiste en identificar los factores protectores que predicen la salud y la enfermedad, por encima de los factores de riesgo.

Castro (2010) enlista quehaceres de la Psicología clásica y de la Psicología Positiva en distintas áreas de aplicación a modo de comparación (Ver Tabla 1), sin embargo para el autor, la Psicología debería dejar de ser clásica o positiva, porque lo ideal sería que ambas se complementaran y tomaran a la salud y la enfermedad como sus objetos de estudio en conjunto.

Tabla 1.

Quehaceres de la Psicología clásica y la Psicología Positiva en distintas áreas.

Áreas de la Psicología	Abordaje de la Psicología Clásica	Abordaje de la Psicología Positiva
Área clínica	Aliviar o disminuir los síntomas y tratar de resolver los conflictos que afectan a la persona.	Detectar y fortalecer los aspectos positivos, aumentar las emociones

Áreas de la Psicología	Abordaje de la Psicología Clásica	Abordaje de la Psicología Positiva
Área laboral	Identificar problemas e implementar estrategias de solución dentro de las organizaciones.	positivas y la resiliencia en la persona. Potencializar las virtudes en la organización, incrementar el bienestar laboral de los trabajadores.
Área educativa	Identificar factores que afecten el proceso de enseñanza-aprendizaje. Intervenir para la disminución del déficit en los alumnos y orientación a padres sobre el déficit.	Incrementar fortalezas, fomentar el estado de <i>flow</i> , la motivación y la inteligencia emocional en los alumnos.

Fuente: *Adaptado de Castro, 2010.*

Para otros autores como Piña (en prensa) aún falta mucho para llegar a una comprensión madura sobre el objeto de estudio de la Psicología, por lo que el uso de términos como “Psicología Positiva” llega a ser confuso y con el riesgo de caer en el uso de palabras sin sustento teórico y metodológico, por lo que también es importante una revisión de los principales críticos de este nuevo enfoque.

Por otro lado, recientemente, los investigadores han enfatizado la necesidad de promover el bienestar desde etapas tempranas del desarrollo, empleando mayormente la prevención que técnicas de intervención para disminuir síntomas, ya que se resalta que la ausencia de la enfermedad no es sinónimo de salud mental, por lo que se pueden utilizar estrategias prácticas que permitan la identificación y el aumento de fortalezas que favorezcan el desarrollo óptimo de niños, niñas y adolescentes (Froh, Yurkewicz & Kashdan, 2009).

Partiendo de esta idea, la Psicología Positiva ha dedicado sus esfuerzos al estudio del bienestar, identificando que las virtudes y las fortalezas de carácter son una vía para alcanzarlo (Park, Peterson & Sun, 2013).

1.2 Definición de virtudes y fortalezas de carácter

En relación al objetivo principal de la Psicología Positiva que consiste en reducir la probabilidad de trastornos mentales, además de identificar y promover características positivas personales e instituciones, por lo que se han centrado en la prevención (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Grinhauz y Castro (2012) mencionan que la Psicología Positiva enfoca sus estudios en el carácter, principalmente en aspectos de la personalidad que son moralmente valiosos, por lo que cuando se habla del buen carácter, desde esta perspectiva se refiere a la unión de rasgos positivos, dentro éstas se resaltan principalmente las fortalezas de carácter.

Por otro lado, Peterson y Seligman (2004) se cuestionaban la razón por la cual no existía un manual similar al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM, actualmente en su quinta versión (APA, 2013) en el que se enlistaran y clasificaran las fortalezas humanas. Buscando la respuesta, los autores realizaron una investigación con personas de diferentes países, para identificar las características del carácter que estuvieran presentes en todas las personas sin importar su cultura, dicho de otra manera, fueran valores universales intrínsecamente reconocidos como positivos y que éstos pudieran ser medidos y fomentados (Comte-Sponville, 2005 en Vázquez & Hervás, 2009) así dio como resultado la propuesta de un manual llamado *Character Strengths and virtues: A Handbook and classification*, además de instrumentos que pudieran medirlas en las distintas etapas de desarrollo (Peterson & Park, 2009).

Al respecto, las fortalezas de carácter son las características, manifestaciones psicológicas, recursos positivos o estilos moralmente valorables de pensar, sentir y actuar de una persona, que al ser utilizadas favorecen o contribuyen al bienestar y a la vida en plenitud (Peterson & Seligman, 2004). Cuando una persona las expresa en determinadas circunstancias, permite la experiencia de

sentir emociones positivas auténticas y éstas promueven el bienestar (Perandones, Herrera, & Lledón, 2014).

Park y Peterson (2009) establecen la diferencia entre dos conceptos, 1) virtudes y 2) fortalezas de carácter. Los autores usan el término de virtud para referirse a las características centrales valoradas por filósofos o pensadores como sabiduría, coraje, humanidad, justicia, templanza y trascendencia, mientras que el término de fortaleza de carácter hace referencia a los procesos o mecanismos psicológicos más específicos que definen a las virtudes.

Según Peterson y Seligman (2004) este manual se enfoca en lo que está bien de las personas y específicamente en las fortalezas de carácter son la base de la condición humana y representa una vida importante hacia la buena vida, por lo que utilizaron un esquema de clasificación de veinticuatro fortalezas de carácter agrupadas en seis virtudes (Ver Tabla 2) y propusieron estrategias de evaluación que permitan el estudio y la promoción de la salud mental.

Tabla 2.

Clasificación de las veinticuatro fortalezas de carácter

Virtud	Fortalezas
Coraje	Valentía (Valor)
	Persistencia (Perseverancia)
	Integridad (Autenticidad, Honestidad)
	Vitalidad (Ánimo, Entusiasmo, Vigor, Energía)
Humanidad	Bondad (Generosidad, Compasión)
	Amor
	Inteligencia social (Inteligencia emocional)
Justicia	Imparcialidad
	Liderazgo (Justicia)
	Ciudadanía (Responsabilidad social. Lealtad, Trabajo en equipo)
Sabiduría y	Creatividad (Originalidad, Ingenio)
Conocimiento	Curiosidad (Interés, Búsqueda de la novedad)

Virtud	Fortalezas
	Apertura mental (Juicio, Pensamiento crítico) Aprendizaje (Amor por el aprendizaje) Perspectiva (Sabiduría)
Templanza	Clemencia (Perdón, Misericordia) Humildad (Modestia) Prudencia Autocontrol (Autorregulación)
	Apreciación (Admiración) Gratitud
Trascendencia	Esperanza (Optimismo) Humor (Alegría) Espiritualidad (Religiosidad, Fe, Propósito)

Fuente: Adaptado de Peterson y Seligman, 2004.

Para considerar un rasgo positivo como fortaleza de carácter, éste puede cumplir al menos algunos de los diez criterios que propusieron Peterson y Seligman en 2004. Más adelante, Peterson y Park (2009) hicieron una revisión de la lista de criterios y propusieron una lista con total de doce criterios (Ver Tabla 3). Los criterios no son condiciones necesarias, sino más bien características pertinentes que permite agrupar a las fortalezas. En cuanto a las veinticuatro fortalezas, según los autores la mitad de las fortalezas cumplen con los diez criterios, mientras que la otra mitad no.

Tabla 3.

Criterios de las veinticuatro fortalezas de carácter

Criterio	Características
Ubicuidad	La fortaleza debe ser reconocida en las distintas culturas.
Plenitud	El uso de las fortalezas debe contribuir a la satisfacción y la vida en plenitud de una persona y de aquellas que se encuentran a su alrededor, más

Criterio	Características
	allá de la mera ausencia de malestar o enfermedad.
Moralmente valioso	Debe de tener un nivel de valoración por sí mismo y no como el medio para alcanzar un fin.
No empequeñece a los demás	Sino que eleva a aquellos que lo observan, produciendo admiración, no envidia. Las personas que observan a otra realizar una fortaleza quedan impresionados, son inspirados y animados al observar una conducta virtuosa.
Opuestos deseables	Tiene antónimos evidentes que son negativos.
Apariencia de rasgo	Es una diferencia individual con una estabilidad y generalización demostradas.
Medibles	Han sido medidos con éxito por investigadores como diferencias individuales.
Distintividad	No es redundante con otras fortalezas de carácter.
Ejemplos paradigmáticos	Están encarnados de forma evidente en algunos individuos.
Niños prodigio	Se muestra en algunos niños o jóvenes de forma precoz.
Ausencia selectiva	Está ausente totalmente en algunos individuos.
Instituciones	Es el objetivo deliberado de las prácticas y rituales para intentar inculcarlas.

Fuente: Adaptado de Peterson y Park, 2009.

Las fortalezas de carácter se encuentran dentro de uno de los pilares de la Psicología Positiva, el significado, que consiste en que la persona identifique cuáles son las fortalezas de carácter más desarrolladas y luego usarlas para pertenecer y dirigirse a algo que la persona crea, por lo que la búsqueda del significado y el compromiso están estrechamente relacionados con la satisfacción con la vida, dejando por un lado la búsqueda del placer (Seligman, 2002; Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins, 2009).

1.3 Clasificación de las virtudes y fortalezas de carácter

1.3.1 Virtud: Coraje

Esta virtud se conforma por aquellas fortalezas emocionales que implican tener la capacidad de perseguir y actuar conscientemente para alcanzar algún logro o meta, sin importar las adversidades y sobrellevando la incertidumbre sobre si se tiene la capacidad o no de alcanzar el objetivo (Giménez, Vázquez & Hervás, 2010; Peterson & Seligman, 2004). Compuesta por las fortalezas Valentía, Persistencia, Integridad y Vitalidad.

Valentía

Se refiere a la capacidad para realizar lo que está correcto según la situación que se está viviendo, haciendo frente al miedo, sin dejarse intimidar por amenazas o cambios y correr riesgos que fueron previamente evaluados razonadamente (Consentino, 2010; Grinhauz & Castro, 2012; Peterson & Seligman, 2004), también se considera la fuerza física pero no se limita a eso (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010).

Persistencia

Continuar realizando una actividad de manera voluntaria a pesar de que las circunstancias pueden adversas o concluir una tarea aún con presencia de obstáculos difíciles de superar y al finalizar sentir una satisfacción por haberla realizado (Consentino, 2010; Grinhauz & Castro, 2012; Peterson & Seligman, 2004).

Integridad

Ser coherente consigo mismo, actuando con sinceridad, sin ser pretencioso, asumiendo la responsabilidad de nuestros actos y sentimientos. También implica presentarse ante los demás de modo genuino, haciendo lo que está correcto según al contexto (Consentino, 2010; Grinhauz & Castro, 2012; Peterson & Seligman, 2004).

Vitalidad

Esta fortaleza está relacionada con el término de bienestar ya que es la percepción de sentirse con energía. No sólo se vincula con la salud física, el buen funcionamiento corporal y la ausencia de fatiga, sino también con un estado emocional positivo (Consentino, 2010).

1.3.2 Virtud: Humanidad

Esta virtud está conformada por las fortalezas impersonales que implican cuidar y ofrecer amistad y cariño a los demás personas (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010). Compuesta por las fortalezas Bondad, Amor e Inteligencia Social.

Bondad

Consiste en ayudar a los demás sin esperar nada a cambio, hacer favores buenas acciones para los demás, cuidando de otras personas (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Consentino, 2010).

Amor

Se refiere a la capacidad de una persona para amar y ser amado, valorando las relaciones cercanas con otros, en específico en las que el afecto y el cuidado son mutuos (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010). Consentino (2010) menciona que existen tres formas de manifestación 1) Amor hacia quienes son fuentes primarias de nuestros cuidados 2) Amor por las personas que están a nuestro cuidado y 3) Amor que involucra el deseo apasionado de contacto emocional, físico y sexual.

Inteligencia social

Implica la capacidad de percibir las emociones en las personas y en las relaciones interpersonales, así como el significado de esas emociones. Una persona con inteligencia social sabe lo que los demás sienten, desean y buscan (Grinhauz, 2012; Peterson & Seligman, 2004).

1.3.3 Virtud: Justicia

Esta virtud está compuesta por las fortalezas cívicas necesarias para una vida en comunidad saludable, son relevantes para la interacción óptima entre el individuo y el grupo o la comunidad a la que pertenece (Grinhauz & Castro, 2012; Peterson & Seligman, 2004). Compuesta por las fortalezas Imparcialidad, Liderazgo y Ciudadanía.

Imparcialidad

Es la capacidad para guiarse por principios o juicios sociales equitativos y objetivos y no por sentimientos o prejuicios personales (Grinhauz & Castro, 2012; Perandones, Herrera, & Lledón, 2014).

Liderazgo

Se trata de una cualidad de la personalidad en donde los atributos cognitivos y de temperamento para influir y ayuda a los demás, guiando a un grupo en armonía para lograr metas en conjunto (Grinhauz & Castro, 2012; Peterson & Seligman, 2004).

Ciudadanía

Esta fortaleza representa un sentimiento de identificación y sentido de obligación hacia un grupo, buscando el bien común más allá de un bien personal, por lo que la persona se involucra, se compromete y tiene una responsabilidad social con su comunidad (Consentino, 2010; Grinhauz & Castro, 2012; Peterson & Seligman, 2004).

1.34 Virtud: Sabiduría y Conocimiento

Esta virtud se conforma por fortalezas de carácter que se manifiestan a nivel cognitivo, las cuales implica la adquisición y uso del conocimiento (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Peterson & Seligman, 2004). Compuesta por las fortalezas Creatividad, Curiosidad, Apertura Mental, Amor por el Aprendizaje y Perspectiva.

Creatividad

Es la capacidad de producir ideas o comportamientos originales o novedosos y adaptativos, pensar en nuevas formas de definir y hacer cosas (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Peterson & Seligman, 2004).

Curiosidad

Consiste en el deseo por experimentar y conocer nuevas experiencias o cosas, estar abierto a la búsqueda, exploración y descubrimiento; implica un reconocimiento activo (Consentino, 2010; Peterson & Seligman, 2004).

Apertura mental

Se refiere a la voluntad de buscar activamente pruebas en contra de las creencias u objetivos de cada uno, sin precipitarse a sacar conclusiones, para evaluar las evidencias de manera imparcial, teniendo la capacidad de cambiar el punto de vista que se tenía (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Consentino, 2010; Peterson & Seligman, 2004).

Amor por el Aprendizaje

Se caracteriza por la forma en que una persona adquiere nuevos conocimientos o habilidades y por interés que permite involucrarse en un tema en específico, disfrutando de buscar nuevos y mejores conocimientos (Consentino, 2010; Grinhauz & Castro, 2012; Peterson & Seligman, 2004).

Perspectiva

Representa la capacidad de un nivel superior de juicio elevado y profundo sobre la vida, que permite dar sabios consejos y adecuados a los demás (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Consentino, 2010; Grinhauz & Castro, 2012).

1.3.5 Virtud: Templanza

Esta virtud se integra por las fortalezas emocionales que protegen contra los excesos y la impulsividad (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Grinhauz & Castro, 2012). Compuesta por las fortalezas Clemencia, Humildad, Prudencia y Autocontrol.

Clemencia

Implica la capacidad de perdonar o dar una segunda oportunidad a aquellas personas que han actuado mal, sin ser vengativo o rencoroso, reflejando benevolencia o compasión hacia la persona que hizo daño (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Consentino, 2010).

Humildad

Se refiere a no ostentar los logros o méritos propios, dejando que éstos hablen por sí mismos, sin considerarse más especial de lo que uno es en realidad (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Consentino, 2010).

Prudencia

Es una orientación cognitiva hacia el futuro personal, implica ser cauto para no correr riesgos a la hora de tomar decisiones, observando y razonando antes de actuar (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Consentino, 2010; Giménez, Vázquez & Hervás, 2010; Perandones, Herrera, & Lledón, 2014).

Autocontrol

Esta fortaleza se refiere a cómo una persona ejerce control sobre sus propios impulsos, regulando lo que piensa y siente, conteniendo deseos o necesidades cuando es necesario (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Giménez, Vázquez & Hervás, 2010; Perandones, Herrera, & Lledón, 2014; Peterson & Seligman, 2004).

1.3.6 Virtud: Trascendencia

Esta virtud se conforma por las virtudes que le dan significado a la vida (Grinhauz & Castro, 2012). Compuesta por las fortalezas Apreciación, Gratitud, Esperanza, Humor y Espiritualidad.

Apreciación

Es la capacidad encontrar, reconocer, sentir y asombrarse por lo bueno, la belleza, excelencia de las cosas del entorno físico, social, naturaleza, de las ciencias, las artes o experiencias cotidianas (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Consentino, 2010).

Gratitud

Ser consciente de las buenas cosas y agradecer por ellas. Sentir y expresar las gracias (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Giménez, Vázquez & Hervás, 2010; Perandones, Herrera, & Lledón, 2014).

Esperanza

Es la fortaleza que se manifiesta a nivel cognitivo, donde se esperar lo mejor del futuro, pensando en que las cosas marcharan bien, pero también involucra trabajar para conseguirlo (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Consentino, 2010; Giménez, Vázquez & Hervás, 2010).

Humor

Es el reconocimiento lúdico, el disfrute y la creación de la incongruencia, demostrándose alegre ante la adversidad, manteniendo un estado de ánimo. También implica la capacidad de hacer reír o sonreír a las demás personas (Peterson & Seligman, 2004).

Espiritualidad

Tener la creencia de que existe una dimensión de vida trascendente que da propósito a la propia vida y un significado a las cosas que ocurren y la propia

existencia. Estas creencias pueden guiar las conductas propias (Arguís, Bolsas, Hernández & Salvador, 2010; Peterson & Seligman, 2004).

1.4 Virtudes, fortalezas de carácter y bienestar en el ámbito educativo

La Psicología Positiva se desarrolla en distintas áreas de aplicación como la clínica, de la salud, organizacional y por supuesto, en la educación (Castro, 2010).

La infancia es la etapa del desarrollo ideal para aprender nuevas habilidades y capacidades que permitan afrontar situaciones a corto y mediano plazo (Valencia, Orozco, Chávez, Guijarro & Porras, 2015), por lo que la escuela es el espacio idóneo para que los infantes desarrollen y apliquen estos nuevos conocimientos, sin embargo, existen otros agentes como compañeros y profesores que modelan las conductas que aprenderán, ahora bien, es importante que las conductas sean apropiadas y adaptativas, por ello se deben identificar factores que estén involucrados en la interacción para el correcto aprendizaje de las nuevas habilidades (Valencia, García, Bautista, Cáceres & Lima, en prensa).

Seligman, Ernst, Gillham, Reivich y Linkins (2009) definieron a Educación Positiva como la Educación tanto para las habilidades tradicionales como para la felicidad. Para los autores, el aumento de la depresión en estudiantes que cada vez va en aumento, la poca satisfacción con la vida y la importancia de las emociones positivas en el aprendizaje son las principales razones por la cual es importante que la felicidad tenga que ser enseñada en la escuela.

Palomera (2017) resalta la importancia de realizar investigaciones en Psicología Positiva dentro del contexto educativo, para identificar el papel que representan los aspectos positivos en los procesos de aprendizaje, además de cómo favorecen a la construcción de la convivencia escolar.

Seligman y colaboradores (2009) hacen referencia que aquellas habilidades que aumentan la resiliencia, las emociones positivas, el compromiso y el significado pueden ser aprendidos dentro de contextos escolares y que los programas orientados a promover el bienestar pueden ayudar a incrementar habilidades y fortalezas que son valorados por la mayoría, mejora el comportamiento de los

estudiantes y facilita el compromiso de los estudiantes logrando así el aprendizaje, el cual es principal objetivo de la educación.

Con el objetivo de evaluar las fortalezas de carácter en niños, Park y Peterson (2006) desarrollaron el instrumento *Values in Action Inventory of Strengths for Youth* (VIA-Y) a modo de autoinforme que consta de 198 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (muy en desacuerdo a muy de acuerdo) que permite medir el uso de éstas en niños y adolescentes de 10 a 17 años.

Por otro lado, Palomera (2017) menciona investigaciones realizadas con respecto a las fortalezas de carácter dentro del contexto escolar y que éstas al desarrollarse tienen algunas ventajas relacionadas con otras capacidades como puede verse en la Tabla 4.

Tabla 4.

Habilidades o capacidades y la relación que tiene con las fortalezas de carácter.

Habilidades o capacidades	Relación con fortalezas de carácter
Empatía y relaciones interpersonales positivas	Amor, Bondad, Integridad y Ciudadanía
Logro escolar y rendimiento académico	Persistencia, Curiosidad, Aprendizaje y Apertura mental
Salud física y mental	Valentía
Regulación emocional	Autorregulación, Prudencia, Clemencia, Imparcialidad, Liderazgo y Ciudadanía
Mayor concentración y atención	Autorregulación
Asertividad	Humor
Altos niveles de felicidad	Amor, Esperanza, Vitalidad y la Gracitud

Fuente: *Adaptado de Palomera, 2017*

Grinhauz y Castro (2012) realizaron una descripción de cómo se manifiestan las fortalezas de carácter en la infancia. En cuanto a las fortalezas de carácter que

integran Coraje, los niños tienden a realizar acciones que son correctas para los demás, desarrollando habilidades como empatía o autonomía (Ver Tabla 5).

Tabla 5.

Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Coraje en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades.

Virtud	Fortalezas	Manifestación	Relación
Coraje	Valentía	Los niños hacen lo correcto aun cuando corren riesgos	Buena salud física y mental
	Persistencia	Los niños que poseen esta fortaleza no abandonan las tareas asignadas aunque les resulte muy difícil de hacerlas	Rendimiento académico óptimo, experimentar emociones positivas como la esperanza
	Integridad	Los niños inspiran confianza	Satisfacción con la vida, empatía
	Vitalidad	Los niños suelen ser entusiastas, enérgicos y activos	Autonomía, eficacia, establecimiento de relaciones sociales positivas

Fuente: *Adaptado de Grinhauz y Castro, 2012.*

En la Tabla 6 se presentan las manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Humanidad, las cuales principalmente se manifiestan en las emociones de los niños, en cómo las expresan y las reconocen en otros beneficiando al establecimiento de relaciones interpersonales.

Tabla 6.

Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Humanidad en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades.

Virtud	Fortalezas	Manifestación	Relación
Humanidad	Bondad	Los niños disfrutan de la felicidad ajena	Empatía
	Amor	Los niños no tienen miedo de dar y recibir muestras de cariño	Buena expresión de emociones, satisfacción con la vida
	Inteligencia social	Los niños son competentes socialmente, tienen la capacidad de observar y comprender a los demás relacionándose con ellos de forma apropiada	Fácil adaptación en diferentes circunstancias sociales

Fuente: *Adaptado de Grinhauz y Castro, 2012.*

Con respecto a las fortalezas que integran Justicia, las acciones que realizan los niños implican la capacidad de relacionarse con otros dentro de un grupo, fomentando desde tempranas edades acciones cívicas que lo preparan para integrarse más adelante a una sociedad (Ver Tabla 7)

Tabla 7.

Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Justicia en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades.

Virtud	Fortalezas	Manifestación	Relación
Justicia	Imparcialidad	Los niños suelen escuchar a sus compañeros por igual, incluso con los que no se llevan bien	Empatía
	Liderazgo	Los niños tienen la capacidad para dirigir y motivar sus acciones hacia el éxito colectivo	Escuchar y acompañar a otros
	Ciudadanía	Los niños disfrutan de formar parte de un equipo, respetando y apoyando las decisiones tomadas entre todos los miembros	Autocontrol, autorregulación, ciudadanía responsable

Fuente: *Adaptado de Grinhauz y Castro, 2012.*

En cuanto a Sabiduría y Conocimiento, las fortalezas de carácter se manifiestan a nivel cognitivo, los niños están motivados para aprender y a buscar nuevas experiencias, permitiendo la autonomía y el pensamiento crítico (Ver Tabla 8).

Tabla 8.

Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Sabiduría y Conocimiento en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades.

Virtud	Fortalezas	Manifestación	Relación
Sabiduría y Conocimiento	Creatividad	Los niños tienen apertura a nuevas experiencias	Autonomía
	Curiosidad	Los niños tienen deseo de conocer y experimentar cosas nuevas	Facilita el aprendizaje y el rendimiento escolar óptimo
	Apertura mental	Los niños pueden cambiar de opinión si se encuentra evidencia que contradiga lo que anteriormente pensaban, analizan las cosas sin	Pensamiento crítico

Virtud	Fortalezas	Manifestación	Relación
		adelantarse a sacar conclusiones	
	Aprendizaje	Los niños les encanta aprender nuevas cosas por sí solos o a través de un guía	Autonomía, curiosidad, motivación, deseo de superación
	Perspectiva	Esta fortaleza tiene mayor relevancia a partir de la adolescencia	Aprendizaje

Fuente: *Adaptado de Grinhauz y Castro, 2012.*

Por otra parte, las manifestaciones de las fortalezas de carácter que integran Templanza, conllevan la regulación emocional lo que implica identificar y expresar sus propias emociones y pensamientos de forma adecuada, además de que pueden medir las consecuencias de sus actos (Ver Tabla 9).

Tabla 9.

Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Templanza en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades.

Virtud	Fortalezas	Manifestación	Relación
Templanza	Clemencia	Los niños ofrecen una segunda oportunidad a aquellas personas que han actuado mal	Bienestar social y personal, gratitud, disminución de estados depresivos, ira e impulsividad,
	Humildad	Los niños no gustan de ostentar	Salud mental, maduración y autoaceptación
	Prudencia	Los niños piensan los efectos a largo plazo que tendrán sus acciones	Disminución de conductas agresivas, aumento de conductas socialmente aceptadas
	Autocontrol	Los niños tienen mayor control sobre impulsos, pensamientos, acciones o emociones	Regulación emocional

Fuente: *Adaptado de Grinhauz y Castro, 2012.*

Por último, las fortalezas de carácter que conforman Trascendencia se manifiestan a nivel cognitivo, los niños son conscientes de lo que hay a su alrededor, siendo optimistas, reconociendo lo bueno de la vida y estar agradecidos por ello, lo que les ayuda a adaptarse a los contextos en los que se encuentran inmersos, a estar satisfechos con su vida, experimentar emociones positivas, mejorando su calidad de vida y disminuyendo la probabilidad de enfermedades (Ver Tabla 10).

Tabla 10.

Manifestaciones de las fortalezas de carácter que conforman Trascendencia en niños y la relación que tiene con otras capacidades o habilidades.

Virtud	Fortalezas	Manifestación	Relación
Trascendencia	Apreciación	Los niños tienen la habilidad de reconocer y sentir placer por aquello que atrae sus sentidos.	Capacidad de asombro, sentido de vida, emociones positivas
	Gratitud	Los niños son conscientes de las cosas buenas que hay en su vida	Emociones positivas, satisfacción con la vida, conducta prosocial
	Esperanza	Los niños se perciben satisfechos con su vida y competentes	Optimismo, rendimiento académico óptimo, adaptación al contexto escolar, mejora la calidad de vida y disminuye la probabilidad de enfermedad mental
	Humor	Los niños con buen sentido del humor suelen ser asertivos y competentes	Asertividad, adaptación al contexto escolar
	Espiritualidad	Los niños perciben el mundo como un lugar coherente	Sentido de vida

Fuente: *Adaptado de Grinhauz y Castro, 2012.*

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) consideran necesario identificar y promover las cualidades positivas que predominan en los niños, más que reparar lo que está mal, no obstante, es importante brindarles el espacio para que puedan expresarlas.

Los psicólogos pueden trabajar con familias y escuelas para identificar fortalezas y crear espacios que permitan el desarrollo de éstas (Grinhauz & Castro, 2012). Al respecto, en un estudio realizado en por Valencia, García, Lima y Straffon (2017) con población escolar de Hidalgo, se identificó que el uso de fortalezas de carácter tiene una correlación negativa estadísticamente significativa con los síntomas depresivos, esto demuestra que mayor uso de fortalezas de carácter disminuye la probabilidad de presentar sintomatología depresiva. En este mismo estudio se emplearon los instrumentos CDI (Kovacs, 1992) y el VIA-Y (Park & Peterson, 2006; Valencia, Urbina, Lima & García, en prensa), los resultados resaltaron la correlación negativa que existe entre las fortalezas de carácter y la subescala del CDI Ineficacia, por lo que los niños con sintomatología depresiva se

sienten incapaces para poner en práctica el uso de fortalezas de carácter, disminuyendo la percepción de bienestar.

En otra investigación realizada por Valencia, Lima, Straffon, González y García (en prensa) con una población similar, se encontró una asociación entre el uso de las fortalezas de carácter y las habilidades sociales, siendo que las primeras ayudan establecer relaciones interpersonales, donde la asertividad juega un papel importante en la interacción social, estos hallazgos facilitan la comprensión del Modelo PERMA, ya que las relaciones sociales satisfactorias promueven el bienestar y la salud emocional en los niños al permitirles hacer uso de sus fortalezas como elementos que facilitan la interacción.

Estas investigaciones realizadas quedan como referencia, ya que estudios previos relacionados al uso de fortalezas de carácter están enfocados a otras etapas del desarrollo como la adolescencia o la adultez (Grinhauz & Castro, 2012) por lo que se tiene que considerar a la etapa infantil por ser una etapa muy vulnerable, pero también sensible a adquirir conocimientos y es necesario el desarrollo de intervenciones que ayuden a los niños a desarrollar y potenciar sus fortalezas de carácter, además de otras habilidades que les favorezca a un adecuado ajuste psicológico y social.

CAPÍTULO II.

DEPRESIÓN

Una de las necesidades básicas del ser humano es disfrutar de una buena salud por ello, gobierno, comunidades y familias se preocupan por mantener niveles recomendables de la misma (Sánchez, 2008). En este sentido la depresión es un factor importante a tomar en cuenta cuando se habla de salud mental ya que en la actualidad es considerada como la disfunción mental que más incapacidad, coste económico y sufrimiento genera en las personas que lo padecen (Pintado & Castillo, 2017).

2.1 Definición

Actualmente los trastornos mentales son considerados un problema de salud a nivel mundial por lo que se estima que en el año 2020 la depresión llegará a ocupar el segundo lugar como padecimiento incapacitante en países bajos y el primer lugar en países desarrollados (Acosta-Hernández, et al, 2011; Pacheco & Cheskel, 2016; Sánchez-Hernández, Méndez & Garber, 2014). En México es la principal causa de pérdida de años de vida ajustados por discapacidad para las mujeres y la novena para los hombres (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

Un motivo por el que los trastornos depresivos presentan un alto impacto en la salud pública es el alto grado de incapacidad que generan ya que en la Encuesta Mundial de Salud Mental se determinó que las personas atribuyen una mayor discapacidad a los trastornos mentales que a los físicos debido a la disminución de tareas productivas que se realizan (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García-Peña & Gallo, 2012), además de que debido a la alta prevalencia y su importante impacto en la sociedad es que la atención para este padecimiento genera altos costes a los sistemas de salud (López-Veytia, González, Andrade & Oudhof, 2012).

Sin embargo a pesar de esto el término de depresión comúnmente es usado y confundido indiscriminadamente por la población para referirse a una persona que tiene un estado de ánimo triste o decaído lo cual confunde y subestima la importancia de este trastorno (Alcalá, Rojas & Hernández, 2005), sin embargo,

según los datos presentados por la Organización Mundial de la Salud más de 410 millones de personas en el mundo padecen depresión de los cuales un 25% está en un proceso de tratamiento, denotando el hecho que este problema se ha magnificado a lo largo de los años (Galán & Camacho, 2012).

Es un trastorno del humor caracterizado por diversos síntomas de tipo cognitivo, volitivo, físico y principalmente afectivo (Pacheco & Chaskel, 2016). Para la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014) la depresión se caracteriza por largos periodos de tristeza que afectan el pensamiento el pensamiento y el comportamiento de las personas afectando hábitos de sueño y alimenticios, provocando pérdida de interés en las actividades al generar incapacidad de experimentar placer o diversión, deteriorando las relaciones sociales de quienes se ven afectados por ella (Chávez-Hernández, et al 2017).

En general, se encuentra incluida dentro de los trastornos del estado de ánimo caracterizándose por factores como descenso de la afectividad, indiferencia, infelicidad, escepticismo, apatía, aletargamiento en el pensamiento, ensimismamiento, temor, ideas obsesivas, poca o nula interacción personal, actividad y conducta retraída (Camacho & Galán, 2015), en este sentido se plantea que los tres síntomas distintivos de la depresión son ánimo depresivo, pérdida de interés/capacidad de disfrutar y aumento de la fatigabilidad (Pacheco & Cheskel, 2016), los síntomas característicos de la depresión se pueden observar en la Figura 2.

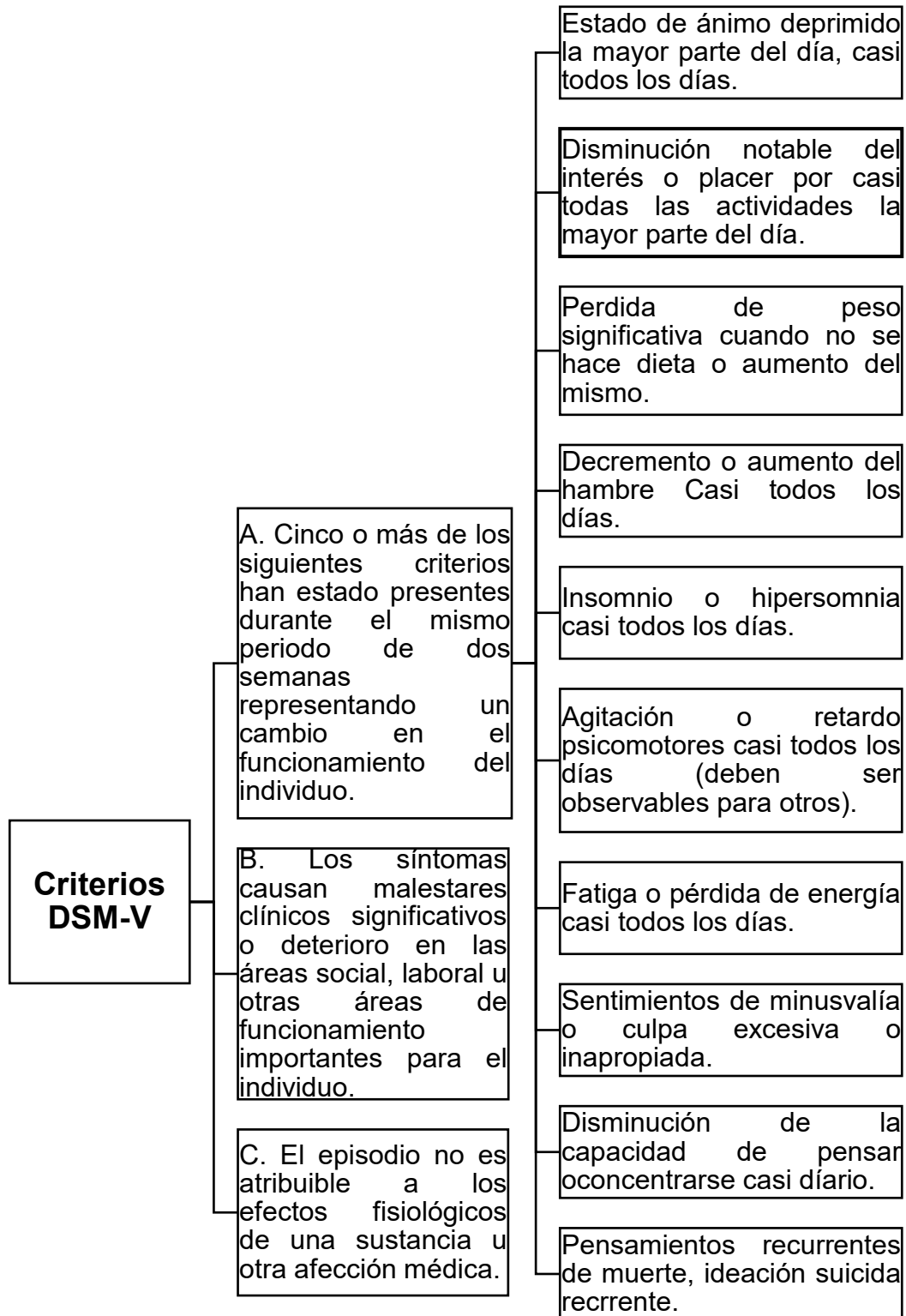


Figura 2. Criterios diagnósticos de la depresión (adaptado de Black y Andreasen, 2015).

Ceballos (2010) planteaba que los síntomas de la depresión podían ser agrupados en cinco áreas como se muestra en la Tabla 11.

Tabla 11.

Clasificación de los síntomas de depresión por áreas.

Área	Síntomas
Afectiva	Tristeza, displacer, pérdida de gusto por las cosas, ansiedad, miedo, incomodidad general, malhumor, irritabilidad, vacío interior, anestesia de sentimientos, apatía.
Vegetativa	Fatiga, cefaleas, dolores musculares, dolores articulares, estreñimiento o diarrea, pérdida de apetito o peso, pérdida de la libido, impotencia sexual, frigidez, sequedad de la boca, vértigos o mareos.
De la conducta	Llanto o deseo de llorar, agitación o inhibición, aislamiento, conductas poco comunes en la persona, conductas asociales (principalmente en adolescentes).
De los ritmos vitales	Circadianos (principalmente por las mañanas), hipersomnia, insomnio,
Del aprendizaje y del lenguaje	Aletargamiento, escasa productividad, dificultades de concentración, atención disminuida, pérdida de memoria reciente, preocupaciones, rumiación, pesimismo, baja autoestima, ideas de muerte o suicidio.

Fuente: Adaptado de Ceballos (2010).

En este sentido, el nivel de depresión que padece una persona es determinado por el número de síntomas presentes durante mínimo un mes, estando presentes durante la mayor parte del día (Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000), estos niveles se pueden apreciar en la Figura 3.

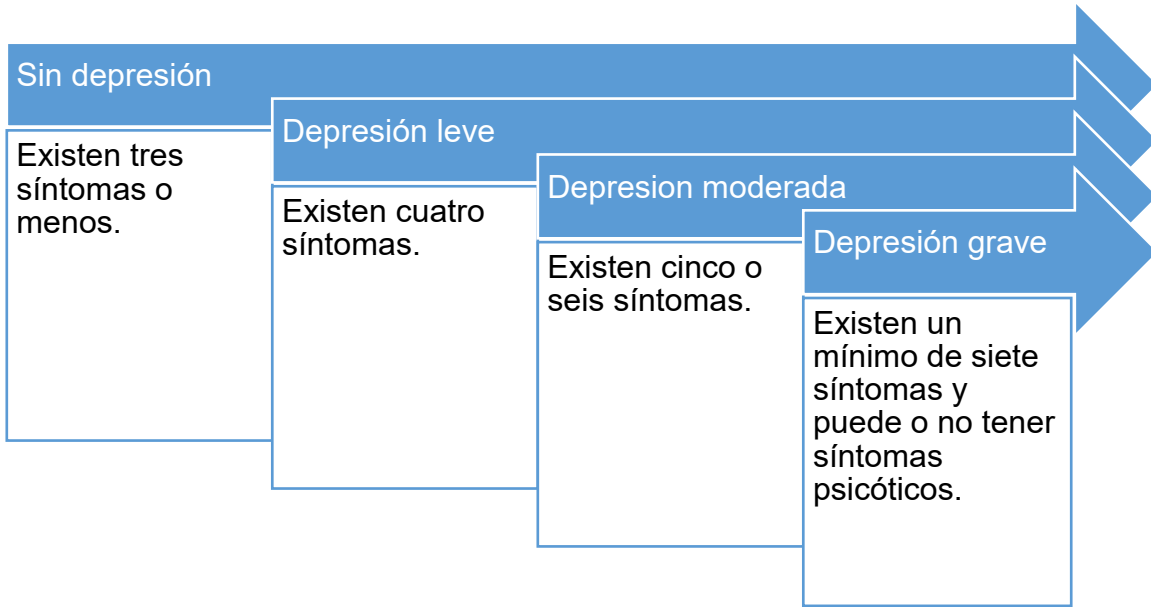


Figura 3. Niveles de depresión (adaptado de Vázquez, Muñoz & Becoña, 2000).

No podemos olvidar que la depresión tiene diversas formas de manifestación teniendo como característica principal la alteración del estado de ánimo del individuo que la padece (Acosta-Hernández, et al, 2011), en la figura 4 podemos apreciarla clasificación de este trastorno.

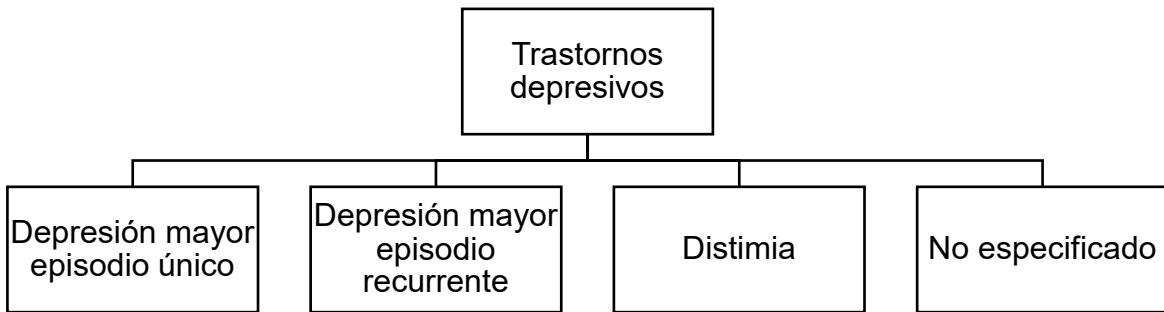


Figura 4. Clasificación del trastorno depresivo (adaptado de Acosta-Hernández, et al, 2011).

En México se ha encontrado que al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años (Wagner, González-Fortaleza, Sánchez-García, García & Gallo, 2012), por otro lado según estudios realizados por la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica el inicio de los

trastornos psiquiátricos se da durante las primeras décadas de la vida, y el 2% de la población mexicana ha padecido un episodio depresivo mayor antes de los 18 años de edad (López, González, Andrade & Oudhof, 2012), señalando que cuando una persona presenta un trastorno depresivo antes de esta edad este se vuelve más crónico y tiende a tener mayor duración (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

Existen una gran cantidad de casos donde la depresión se convierte en un problema recurrente que presenta recaídas lo que propicia que se convierta en un padecimiento crónico, aunado a esto existen características personales que hacen vulnerable a la persona para padecer este trastorno como lo es el perfeccionismo y la dependencia interpersonal (Camacho & Galán, 2015), el presentar un episodio depresivo en diversas ocasiones se ve acompañado por el deterioro social, laboral, educativo, familiar o social del individuo (Acosta Hernández, et al, 2011), por ello la detección de la depresión es relevante y de interés para la Salud Pública.

2.1.1 Factores relacionados con la sintomatología depresiva

Diversos estudios (Borges & Ángel, 2016; Chávez-Hernández, Correa-Romero & Klein-Caballero, 2017; Jiménez, Wagner, Rivera & González-Fortaleza, 2015; Rivas-Molina, et al, 2015; Sábado Forero & Salamanca, 2017; Sánchez-Hernández, Méndez & Garber, 2014; Silva & Valdivia, 2013) han señalado que existen diversos factores que están relacionados con la sintomatología depresiva que presenta una persona e influyen como un factor de riesgo ya que lo hace vulnerable a trastornos como depresión y ansiedad estos son el estado de ánimo negativo, la anhedonia, los problemas interpersonales, la autoestima negativa y la ineficacia los cuales se explican en la Tabla 12.

Tabla 12.

Factores relacionados con la sintomatología depresiva.

Factores	Descripción
El estado de ánimo negativo	Se define como la unión de aspectos temperamentales y actitudinales como lo son neurosis, irritabilidad, hostilidad, preocupación, soledad, dificultades de relación personal, malestar emocional, ansiedad y depresión lo cual sitúa al individuo en riesgo de tener una disfunción psicológica y orgánica (Palomo & Jiménez, 2009). Morris y Maisto (2005) planteaban que las personas con estado de ánimo negativo suelen manifestarlo como desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia.
Autoestima negativa	La autoestima se refiere a aquello que una persona siente por sí misma y está relacionada con el conocimiento propio, es decir, lo que una persona piensa de sí misma (Roa, 2013). Ceballos-Ospino y colaboradores (2017) plantean que las principales características de una autoestima baja o negativa son no tener iniciativas necesitando la guía de otros, tener miedo a los nuevos retos, desprecia sus aptitudes, tener poca tolerancia a la frustración poniéndose a la defensiva fácilmente, tener miedo a relacionarse ya que siente que no será aceptado, tener miedo a asumir responsabilidades, mostrar poco sus emociones y sentimientos y dejarse influir siendo dependiente de aquellas personas que considera superiores.
Ineficacia	Este concepto se refiere a la prevaecía del juicio de una persona de no poder ejecutar correctamente las acciones requeridas y ser incapaz de manejar efectivamente diferentes situaciones que le presentan (Béjar, 2011). Abello, Cortés, Barros, Mercado y Solano (2014) plantearon que el sentimiento de ineficacia se encuentra ampliamente

Factores	Descripción
	relacionado con la depresión y tiende a disminuir en cuanto el paciente con depresión presenta mejoras.
Anhedonia	Martinotti y colaboradores (2012) señalaban que el término de anhedonia fue introducido por Theodore-Armand Ribot en 1896 definiéndola como la inhabilidad de sentir placer en actividades o situaciones que se pueden considerar gratificantes y refiriéndola como un estado o síntoma particular de algunos trastornos. Esta condición puede presentarse de forma difusa en relación a aspectos de la existencia de la persona o a otras áreas como 1) sus relaciones interpersonales (anhedonia social) o 2) alimentación, sexualidad y experiencias somatosensoriales en general (anhedonia psíquica) lo cual termina afectando a la persona en diversos contextos (Pelizza, Pupo & Ferrari, 2012).
Problemas interpersonales	Alonso y colaboradores (2007) señalaban que las relaciones interpersonales son un pilaren cuanto a factores protectores ya que forman en muchos casos una red de apoyo y uno de los elementos que más influyen en nuestra forma de relacionarnos con los demás es la imagen que nos formamos de los demás. Podemos agregar que un pilar básico para que una persona pueda tener buenas relaciones con otros es que tenga una buena relación consigo mismo (Naranjo, 2008).

Fuente: Elaboración propia.

2.2 Modelos explicativos de depresión

Existen diversas teorías y modelos que intentan explicar el origen o causa de la depresión, una de ellas es la propuesta por Beck donde se plantea que una persona

es vulnerable a padecer depresión cuando presenta pensamientos disfuncionales, los cuales pueden permanecer ocultos por años pero son activados por estresores ambientales, estos se refieren a sentirse desesperanzado o carente de afecto lo cual tarde o temprano conduce a la depresión (Ybarra, Orozco & Valencia, 2015), aunque actualmente la teoría de Beck es una de las que más aceptación tiene existen otras (ver Tabla 13).

Tabla 13.

Modelos explicativos de la depresión

Teoría/Modelo	Propuesta
Teoría conductual	La depresión es fundamentalmente un fenómeno aprendido el cual se relaciona con las interacciones negativas entre la persona y su entorno, las cuales pueden ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones (Antonuccio, Ward y Thearnan, 1989).
Disminución del refuerzo positivo	La depresión es el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente dado que la ocurrencia de la misma se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales obteniendo cambios en la conducta, el afecto y las condiciones (Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss, 1986).
Entrenamiento en autocontrol	La depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos por lo cual esta teoría no intenta minimizar el rol de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol (Rehm, 1977).

Teoría/Modelo	Propuesta
El modelo de Nezu	La cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo es la carencia o ineficacia de sus habilidades de solución de problemas ya que estas podrían actuar como un amortiguador de las experiencias de vida negativas (Nezu, Nezu & Perri, 1989).
Teoría de la indefensión aprendida	La depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) que existe entre su comportamiento y las consecuencias, positivas o negativas, posteriores, lo cual produciría la indefensión aprendida que se refiere al estado de pasividad que se provocan en el sujeto al ser expuesto a un proceso donde no existe contingencia entre la conducta y sus consecuencias (Seligman, 1975).
Teoría biológica de neurotransmisores	Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los sistemas neuroconductuales (facilitación conductual, inhibición conductual, grado de respuesta al estrés, ritmos biológicos y procesamiento ejecutivo cortical de la información).
Cortisol	Niveles elevados de cortisol por la mañana están asociados con la probabilidad de un nuevo episodio depresivo (Pacheco & Chaskel, 2016).
Teoría de la desesperanza	Abramson, Metalsky y Alloy (1989) proponen que existe una vulnerabilidad cognitiva caracterizada por la tendencia a atribuir los acontecimientos negativos a causas permanentes y globales, inferencias negativas sobre las consecuencias que derivan de

Teoría/Modelo	Propuesta
	acontecimientos negativos y creencias negativas sobre la propia persona.
Factor genético	Los hijos de padres con depresión son tres veces más propensos a desarrollar depresión (Pacheco & Chaskel, 2016).

Fuente: Elaboración propia.

2.3 Depresión infantil

En el siglo XX las investigaciones de campo en cuanto a la salud mental infantil se avocaron a comprender los estados afectivos y emocionales de los niños en las diferentes etapas del desarrollo (Esparza & Rodríguez, 2009), pero parecía imposible relacionar el término depresión con una etapa donde la risa, el bullicio y la alegría son representativos por lo que se decía que esta solo era presentada por adultos (Herrera, Núñez, Tobón & Arias, 2009).

Ahora sabemos que la depresión infantil es una enfermedad real pero por mucho tiempo fue considerada inexistente y no fue hasta hace treinta años que se empezó a reconocer como un padecimiento también propio de niños y adolescentes (Acosta-Hernández, et al, 2011), fue hasta 1977 con la publicación de la actas del Congreso Nacional del Institute of Mental Health (NIMH) y en 1980 con la publicación del DSM III que se da pie para poder hablar del término depresión infantil(Herrera, Núñez, Tobón & Arias, 2009).

En muchas ocasiones la perspectiva de los adultos conceptualiza al niño como un ser carente de preocupaciones, lo cual es incorrecto puesto que existen diversos factores que pueden influir en su estado de ánimo, como son sus relaciones sociales, fracasos escolares y el contexto familiar, debido a que el desarrollo cognitivo que posee muchas veces no le permite encontrar explicaciones para la mayoría de las cosas que ocurren a su alrededor (Alcalá, Rojas & Hernández, 2005).

El niño deprimido pareciera estar enfermo, ponerse de mal humor, tener problemas en la escuela, comportarse como un niño travieso y sentirse

incomprendido y dado que los comportamientos adecuados varían de una etapa de la niñez a otra resulta difícil establecer si el niño se encuentra deprimido o pasando por una fase del desarrollo (Sánchez, 2008). Sin embargo, los síntomas presentes de depresión en niños muchas veces se ven enmascarados debido a las dificultades que puedan llegar a tener para expresar sus sentimientos, emociones y pensamientos (Alcalá, Rojas & Hernández, 2005). Por lo tanto, la dimensión emocional es un aspecto muy importante en el desarrollo infantil por lo que es vital profundizar en este tipo de problemas que se puedan presentar durante esta etapa ya que pueden repercutir en su desarrollo cognitivo, social y afectivo (Esparza & Rodríguez, 2009).

Por otra parte, presentar desórdenes depresivos durante la juventud es un hecho muy común que ocurre con frecuencia convirtiéndose en muchas ocasiones en padecimientos crónicos y recurrentes que pueden continuar presentándose hasta la edad adulta (Acosta-Hernández, et al, 2011). Actualmente la prevalencia de la depresión mayor en la población infantil en general es de 0.5% para los menores de seis años, 2.5% para los niños de seis a doce años y 6.5% para los adolescentes a partir de los trece años (Sánchez-Hernández, Méndez & Garber, 2014).

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza vital y profunda, mayor en intensidad y duración que envuelve al niño/a hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás, presentando sentimientos de desesperación y desaliento; siendo el eje principal de la depresión infantil, la tristeza (Bermudez & Bermudez, 2004).

La sintomatología de depresión infantil se puede observar con estado de ánimo, en muchas ocasiones, irritable en lugar de triste por lo que muchas veces es confundido con otros problemas o enfermedades (Acosta-Hernández, et al, 2011), principalmente de sintomatología externalizada (Achenbach & Rescorla, 2001), como todo trastorno los síntomas se dividen en físicos, conductuales y emocionales los cuales cambian según la etapa en la que se encuentra el individuo como se aprecia en la Tabla 14.

Tabla 14.*Sintomatología depresiva infantil por edades.*

Edad	Características emocionales	Características físicas	Características conductuales
0 a 3 años	Cara inexpresiva o triste Evitación de la mirada Mirada lejana Afectividad pobre o apático Irritabilidad	Retraso pondoestatural	Falta de juego social Persistente irritabilidad o letargo Problemas de separación y/o apego, incapacidad de separarse (12-36 meses), separación sin reacción (9-36 meses) Dificultades conductuales Retraso del desarrollo (lenguaje y motor) Dificultades de alimentación Dificultades de sueño
3 a 5 años	Cara triste Mirada de aflicción Irritabilidad Afectividad sombría	Encopresis Enuresis Asma Eczema Bajo progreso pondoestatural	Aislamiento social Exceso de actividad o letargo Problemas de separación, incluyendo fobia escolar Conducta agresiva Autoagresión
6 a 8 años	Infelicidad prolongada Irritabilidad Afectividad sombría	Quejas vagas Dolores de abdomen Eccema Episodio semejante a convulsiones Asma Enuresis Encopresis	Disminución de la sociabilidad Excesiva actividad o letargo Conductas fóbicas y/o problemas de separación Conducta agresiva, mentiras, robos Conductas de alto riesgo o preocupaciones mórbidas Cambios en apetito o peso Trastorno de sueño

Edad	Características emocionales	Características físicas	Características conductuales
			Disminución de la capacidad de concentración Excesiva culpa o autodepreciación
9 a 12 años	Apariencia triste Apatía Sentimiento de incompetencia o incapacidad Irritabilidad		Falta de placer en actividades Inquietud o letargo Fobia o problemas de separación Conducta antisocial Conducta de alto riesgo, pensamientos mórbidos Cambios de apetito o peso Trastornos del sueño Disminución en capacidad de concentración Excesiva culpa y autodepreciación
13 a 18/19 años	Apariencia triste Sentimiento de incapacidad Irritabilidad	Anorexia nerviosa Colitis ulcerativa Dolores abdominales Reacción de conversión	Pérdida de placer en actividades Fobias y/o problemas de separación Conducta antisocial Pensamientos recurrentes sobre muerte y suicidio Cambios en el apetito o peso Trastornos del sueño Disminución en la capacidad de concentración Excesiva culpa o autodepreciación

Fuente: Adaptado de Almonte y Montt (2015).

Cuando el estado depresivo se mantiene durante un lapso superior a semanas o meses limitando la capacidad del infante para funcionar normalmente se puede hablar inequívocamente de un episodio depresivo (Acosta-Hernández, 2011), en este sentido una de las características más marcadas de esta trastorno es el exceso de atención a los aspectos negativos y la falta de importancia hacia los positivos (Pintado & Castillo, 2017). Si bien los adultos, adolescentes o niños que presentan depresión pueden padecer comorbilidad con los trastornos de ansiedad, los adolescentes y niños también presentan trastornos de conducta, baja autoestima y quejas somáticas (Heredia-Ancona, Lucio-Gómez & Suárez-de la Cruz, 2011).

2.3.1 Evaluación de la depresión infantil

En México se utilizan distintos instrumentos para la evaluación de la depresión, sin embargo los más utilizados son de uso exclusivo para adultos, además de que la mayor parte de ellos fueron desarrollados en otros países y solo adaptados para población mexicana (ver Tabla 15). Sin embargo por su relevancia y por las características específicas de la depresión infantil es necesario contar con instrumentos específicos para la infancia.

Tabla 15.

Instrumentos para la evaluación de la depresión en México.

Instrumento	Descripción
Escala de Depresión	Se encarga de evaluar la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza. Está dividido en cuatro escalas sintomatología depresiva, la motivación, la ideación suicida y la desmotivación.
Inventario de Depresión de Beck	El cual evalúa la severidad de los síntomas de depresión y es uno de los instrumentos más usados para la detección de este trastorno tanto en muestras clínicas como no clínicas.

Instrumento	Descripción
Escala de Birlestone para el Trastorno Depresivo Mayor	Con esta escala se evalúa la sensación de tristeza, pérdida del humor, reducción de respuestas voluntarias, pasividad, sensación de incapacidad y desesperanza.
Lista de Adjetivos de Depresión	Se encarga de evaluar sentimientos y estados de ánimo que experimenta la persona en el momento presente.

Fuente: Adaptado de Cruz (2013).

Chávez-Hernández (2017) señala que la depresión infantil situada entre los seis y doce años de edad se presenta en el uno al dos por ciento de la población, mientras que la depresión en adolescentes (13 a 18 años) se presenta del 4% al 8% de la población general. Por otro lado existen estudios que han obtenido datos superiores al 30% de prevalencia de riesgo y sintomatología depresiva en niños en edades escolares (Gallegos, Linan-Thompson, Stark & Rubalcaba, 2013; Rodríguez-Espínola, 2010). En este mismo sentido se sabe que en México los problemas de salud mental en la infancia son poco identificados, pero se calcula que el 7% de la población de entre 3 y 12 años se encuentra afectada, a lo cual se suma el hecho de que la búsqueda de atención puede tardar entre 8 y 15 años, se calcula que solo uno de cada cuatro personas afectadas por trastornos mentales recibe atención especializada por lo que el 15% de las personas con algún padecimiento prefiere automedicarse (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013; Sánchez, 2008;).

Padecer depresión en la infancia o adolescencia es un predictor alto de suicidio y mientras más prolongada sea la presencia de un episodio depresivo mayor es el riesgo de un intento o logro del mismo (Pacheco & Cheskel, 2016), esto debido a que se relaciona con diversos factores que dificultan su atención como lo son el nivel socioeconómico, la historia familiar con problemas de depresión o consumo de alcohol, las experiencias con violencia física o verbal y el consumo de drogas legales e ilegales (Jiménez, Wagner, Rivera & González-Fortaleza, 2015).

El trastorno depresivo es dos veces más común en población femenina que masculina sobre todo después de los catorce años, esto debido en gran parte a los

cambios hormonales que se puedan presentar (Acosta-Hernández, 2011). En muchas ocasiones la presencia de sintomatología depresiva a edades tempranas se ve relacionada con problemas en el ajuste psicosocial de la persona provocando dificultades ámbito familiar, social y escolar, principalmente en las relaciones con los compañeros (Bernaras, Juareguizar, Soroa, Ibabe & de las Cuevas, 2013). Se ha encontrado que estos factores se mantienen hasta etapas universitarias las cuales se ven reforzadas por ideas rumiativas (Hernández-Martínez, García, Valencia & Ortega, 2016).

Tomando en cuenta que las secuelas de una depresión infantil mal diagnosticada o atendida podrían no presentarse en el momento pero se harán evidentes a largo plazo teniendo altas probabilidades de manifestar conductas de riesgo tales como alcoholismo, drogadicción, ideación y conductas suicidas, entre otras (Chávez-Hernández, 2017), por lo tanto, es de vital importancia contar con instrumentos para la identificación oportuna de este trastorno. Cruz, Morales y Ramírez (1996) validaron para población mexicana la Escala de Depresión Infantil la cual fue desarrollada por Lang y Tisher en 1978 y con la que se puede evaluar tanto la percepción del niño sobre su sintomatología depresiva como la percepción de personas que le son significativas. Por otra parte se cuenta con la Escala de Autoevaluación para la Depresión de Birlson con la cual se buscaba medir la sintomatología depresiva en población infantil y que posee altos niveles de confiabilidad en la detección de los mismos pero no se ha realizado su validación para población mexicana (Álvarez, Guajardo & Messen, 1986). Una de las pruebas más utilizadas a nivel mundial es El Inventario de Depresión infantil diseñado por Kovacs en 1992 y adaptado por Meave en 2002 para México. Es utilizada para medir síntomas depresivos en poblaciones no clínicas de niños, se enfoca a medir la sintomatología general de la depresión por lo cual es una herramienta muy buena para la detección inicial de este trastorno (Zavala, 2016).

2.3.2 Impacto de la depresión en el ámbito educativo

La depresión aqueja el desarrollo del individuo lo cual se ve reflejado en muchas ocasiones en el rendimiento escolar, en aislamiento social, baja autoestima,

desesperanza, tristeza frecuente, irritabilidad, dificultad para concentrarse, desórdenes alimenticios y en los ciclos de sueño (Acosta-Hernández, 2011). Actualmente poseer una correcta salud mental no solo implica la falta de enfermedad sino aspectos como la satisfacción personal, la felicidad y la capacidad de adaptación al entorno (Sánchez, 2008). A pesar de que actualmente las cifras y evidencias sobre depresión infantil son altas aún se observa una falta de conocimiento de los docentes, padres de familia y de la comunidad educativa en general con respecto a esta problemática generando la posibilidad de que niños que la padezcan o tengan la probabilidad de padecerla no sean diagnosticados a tiempo (Ávila & Espinoza, 2016). Las relaciones de pares entre niños de grado escolar implican el desarrollo adaptativo, la aceptación y la amistad o por el contrario el desarrollo desadaptativo, el rechazo de pares y las dificultades para establecer relaciones (Chávez-Hernández, 2017).

Una característica de la depresión infantil es la presencia de conducta agresiva lo cual hace que dentro del contexto escolar se le etiquete como como hiperactividad, algún trastorno de la conducta o de aprendizaje (Ávila & Espinoza, 2016). Buela-Casal, Carretero-Dios y de los Santos (2001) señalan que no debemos olvidar que la depresión infantil se ve manifiesta con problemas de conducta y fracaso escolar que en el contexto escolar se identifica con irritabilidad, dificultades de aprendizaje, inseguridad y resistencia a jugar, entre otras, que pueden ser identificadas por el docente. La oficina regional Europea de la Organización Mundial de la Salud señala que tanto los problemas de depresión como los de ansiedad tienen un efecto negativo e importante sobre los resultados educativos a corto y largo plazo puesto que las personas que los padecen difícilmente pueden concentrarse en sus actividades y se les dificulta obtener buenas calificaciones (Bernaras, Juareguizar, Soroa, Ibabe & de las Cuevas, 2013), en este sentido los centros escolares son en realidad el contexto idóneo para la prevención e identificación de la depresión infantil puesto que los niños pasan la mayor parte del día en ellos (Ávila & Espinoza, 2016).

CAPÍTULO III.

TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICAS CON ENFOQUE COGNITIVO- CONDUCTUAL

El trabajo psicoterapéutico de los psicólogos comienza a reconocerse socialmente a partir de la segunda guerra mundial definiendo en la conferencia de Boulder, Colorado 1949, el rol del psicólogo especificando que se debía recibir formación en tres áreas diagnóstico, investigación y terapia (Castillo, Lerdo & Ramos, 2012).

Partiendo de esto podemos decir que la psicoterapia es una forma de tratamiento con el cual se intentan resolver problemas de índole emocional de manera formal ya que los pacientes sin apoyo de agentes físicos ni químicos y simplemente por medios psicológicos, principalmente a por comunicación verbal y estrategias o técnicas específicas, obtienen cambios favorables (González, 2016). En relación con esto se debe resaltar que el psicoterapeuta es un profesional que debe comprender, tratar y prevenir los problemas de salud mental al igual que los problemas asociados a está haciendo uso de diversas prácticas de tratamiento psicológico (Navarrete, Escoffie & Castillo, 2016).

Ybarra, Orozco y Valencia (2015) plantean a la práctica psicológica como una empresa compleja por lo que se requieren de fundamentos metodológicos para determinar la efectividad de diversas líneas de investigación y tratamientos poniendo especial interés en los siguientes:

1. Comprobar la eficacia y efectividad de tratamientos psicológicos con los niños y jóvenes en sus diferentes etapas del desarrollo.
2. Determinar las características y acciones del psicólogo, así como la relación terapéutica, que propician el obtener resultados favorables.
3. Comprobar la eficacia de los tratamientos que son ampliamente usados en la práctica clínica que no son objeto de una investigación controlada.
4. Investigaciones acerca de la prevención de los trastornos psicológicos así como los comportamientos/conductas que se consideran factores de riesgo.

Un enfoque que ha demostrado su efectividad dentro de la práctica psicológica es el modelo Cognitivo-Conductual ya que se constituye por algo más que un paquete de técnicas y posee lineamientos éticos así como bases filosóficas y metodológicas acordes a las ciencias del comportamiento (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001).

Castillo, Lerdo y Ramos (2012) retomaban tres principales conceptualizaciones de la terapia Cognitivo-Conductual según tres autores:

1. Eysenck en 1979 la definió como el intento para alterar la conducta y las emociones humanas de un modo beneficioso y de acuerdo con las leyes de la moderna teoría del aprendizaje.
2. Yates en 1979 la definió como el intento por utilizar sistemáticamente el cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que se originan de aplicar el método experimental a la psicología y disciplinas afines (fisiología y neurofisiología), para explicar el origen y mantenimiento de los patrones de conductas anormales.
3. Kazdin en 1983 explicaba que consiste en la utilización de los datos experimentales obtenidos a partir de la investigación psicológica con el propósito de modificar la conducta.

Actualmente podemos decir que es una forma de tratamiento que se fundamenta en la evidencia experimental que se sitúa en dirección al problema, normalmente de poca duración, procurando que las personas lleven a cabo cambios y lleguen a alcanzar metas determinadas (Reynoso-Erazo & Seligson, 2005).

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan que actualmente existen cuatro rasgos obvios de la terapia Cognitivo-Conductual:

1. Es un aspecto de intervención para la salud que trabaja por medio de respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales inadecuadas que han sido aprendidas a lo largo de la vida y se han convertido en hábitos del comportamiento de la persona.

2. Posee técnicas y programas específicos para cada uno de los diferentes trastornos los cuales se aplican en un tiempo y forma determinados.
3. Su naturaleza es educativa ya que busca reeducar a la persona para que ella misma, con la guía y apoyo del terapeuta, pueda cambiar su conducta.
4. Tiene un carácter autoevaluador durante todo su proceso debido a la búsqueda de la validación empírica del tratamiento.

En este sentido se puede decir que la terapia Cognitivo-Conductual es la aplicación de los principios que se derivan del análisis experimental de la conducta para provocar cambios en el comportamiento de la persona en situaciones y contextos específicos (Reynoso-Erazo & Seligson, 2005; Sánchez, Alcázar & Olivares, 1999).

3.1 Técnicas Cognitivo-Conductuales

Bunge, Gomar y Mandil (2009) plantean que el postulado principal de la terapia cognitivo conductual es que los pensamiento tienen influencia en las emociones y la conducta considerando que los individuos responden al significado adjudicado a las situaciones más que a las situaciones en sí. Desde esta perspectiva se considera que una conducta problemática es aprendida y por lo tanto existen situaciones que permitan la extinción o sustitución de estas conductas para generar y mantener un comportamiento adecuado para la persona (Caro, 2009; Reynoso-Erazo & Seligson, 2005). En este sentido la terapia Cognitivo-Conductual se caracteriza por una evaluación minuciosa de las respuestas o conductas problemáticas y del contexto ambiental que las pueden propiciar y mantener para así generar estrategias o técnicas que produzcan cambios en el entorno y la conducta de la persona (Castillo, Lerdo & Ramos, 2012), Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan que tanto Rachman como O'Donohue resumieron la evolución de esta terapia en tres partes llamándolas estadios (Rachman) o generaciones (O'Donohue) término que usaremos a lo largo del capítulo.

3.1.1 Primera generación

La primera generación se da en la década de los 50's con la fundación de la terapia de la conducta como una alternativa a las psicoterapias dominantes de la época, especialmente frente al modelo psicoanalítico (Pérez, 2014). En este sentido se propuso que los trastornos mentales sin fundamento orgánico en realidad son aprendidos, derivados de las bases del condicionamiento y por lo tanto pueden ser modificados (Castillo, Lerdo & Ramos, 2012).

La terapia de conducta consiste en este sentido en modificar la conducta en los distintos ámbitos tomando como base los principios del condicionamiento (Pérez, 2014; Valero, 2016). La modificación conductual es un enfoque de la evaluación, valoración y alteración de la conducta se enfoca en desarrollar conductas adaptativas, pro sociales y disminuir la conducta desadaptativa en la vida del individuo (Kazdin, 2000).

Reynoso-Erazo y Seligson (2005) retomaba cuatro conceptualizaciones principales de la terapia de conducta según cuatro autores fundamentales de este periodo:

1. Eysenck en 1959 la definió como la aplicación de la teoría moderna de del aprendizaje de los trastornos clínicos.
2. Wolpe en 1958 señalaba que era el uso de principios establecidos del aprendizaje con el propósito de cambiar conductas desadaptadas.
3. Bandura en 1969 la conceptualiza como la investigación científica de los mecanismos básicos a través de los cuales son producidos los cambios conductuales.

Hay que destacar los antecedentes y bases de la misma que radican en el conductismo que no consistía en una doctrina científica homogénea sino más bien era el resultado de la influencia de diversos aspectos: la teoría de evolución, el empirismo y el asociacionismo, la neurología y la fisiología experimentales, el funcionalismo y el pragmatismo y algunas argumentaciones filosóficas (Ribes, 2012).

En este sentido podemos decir que las teorías del aprendizaje se dividieron en dos principales aspectos condicionamiento clásico o Pavloviano y el condicionamiento operante o Skinneriano (Pérez, 2006). Hay que hacer notar que los psicólogos conductistas evitaban realizar especulaciones sobre el porqué del comportamiento y se enfocaban en observar el comportamiento en sí para intentar explicar las relaciones funcionales entre el contexto en el que se desenvolvía y el comportamiento del sujeto (Halgin & Krauss, 2009), de esta idea nacen diversas investigaciones y autores destacados como se observa en la Figura 5.

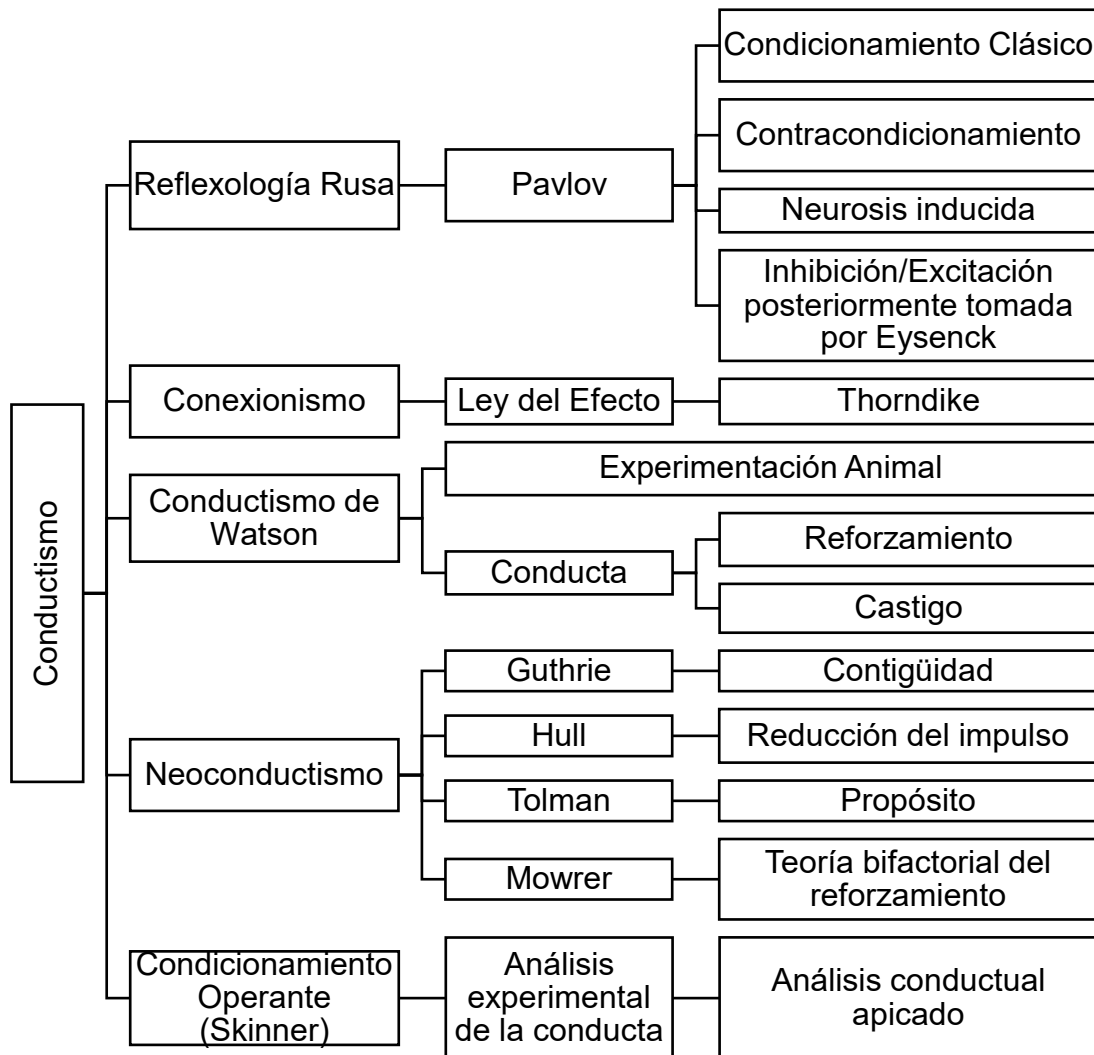


Figura 5. Descripción del conductismo (adaptado de Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Así mismo Kazdin (2000) planteaba al condicionamiento operante como el proceso de aprendizaje de conductas operantes y señalaba los siguientes principios como los básicos del mismo:

1. Reforzamiento: presentar o retirar un evento después de una respuesta que incrementa la frecuencia de la misma.
2. Castigo: presentar o retirar un evento después de una respuesta que disminuye su frecuencia.
3. Extinción: No se presenta un evento reforzante después de una respuesta que disminuye la frecuencia de la respuesta previamente reforzada.
4. Control de estímulos y entrenamiento discriminatorio: reforzar una respuesta en presencia de un estímulo pero no de otro con el objetivo de incrementar la frecuencia de la respuesta en presencia del estímulo primario y la disminuye ante el último.

Hay que destacar que tomando como base estos principios se fundamenta el análisis funcional de la conducta el cual consiste en rastrear las condiciones antecedentes (el control de estímulo) y consecuentes (el manejo de contingencias) (Pérez, 2014; Valero, 2016), es decir el análisis funcional de la conducta se trata de identificar relaciones funcionales, causales y no causales, importantes y controlables las cuales son aplicables a determinadas conductas de un individuo (Kaholokula, Godoy, O'Brien, Haynes & Gabino, 2013).

Durante esta generación Joseph Wolpe desarrollo la desensibilización sistemática la cual estaba dirigida a reducir la ansiedad y las conductas de evitación que se daban ante ciertos estímulos, se trataba de inducir en el individuo una respuesta de relajación al mismo tiempo que mediante la imaginación a una secuencia de estímulos que incrementaban gradualmente su intensidad y al mantener el individuo el estado de relajación se impedía que se generarán respuestas de ansiedad (Vallejo & Vallejo, 2016).

Brevemente podemos decir que la primer generación brindo teorías del aprendizaje, el análisis conductual aplicado y el neoconductismo mediaciones,

teniendo como principales autores a Watson, Skinner, Thorndike y Wolpe (Díaz, Soto & Ortega, 2016), como se puede apreciar en la Figura 6.

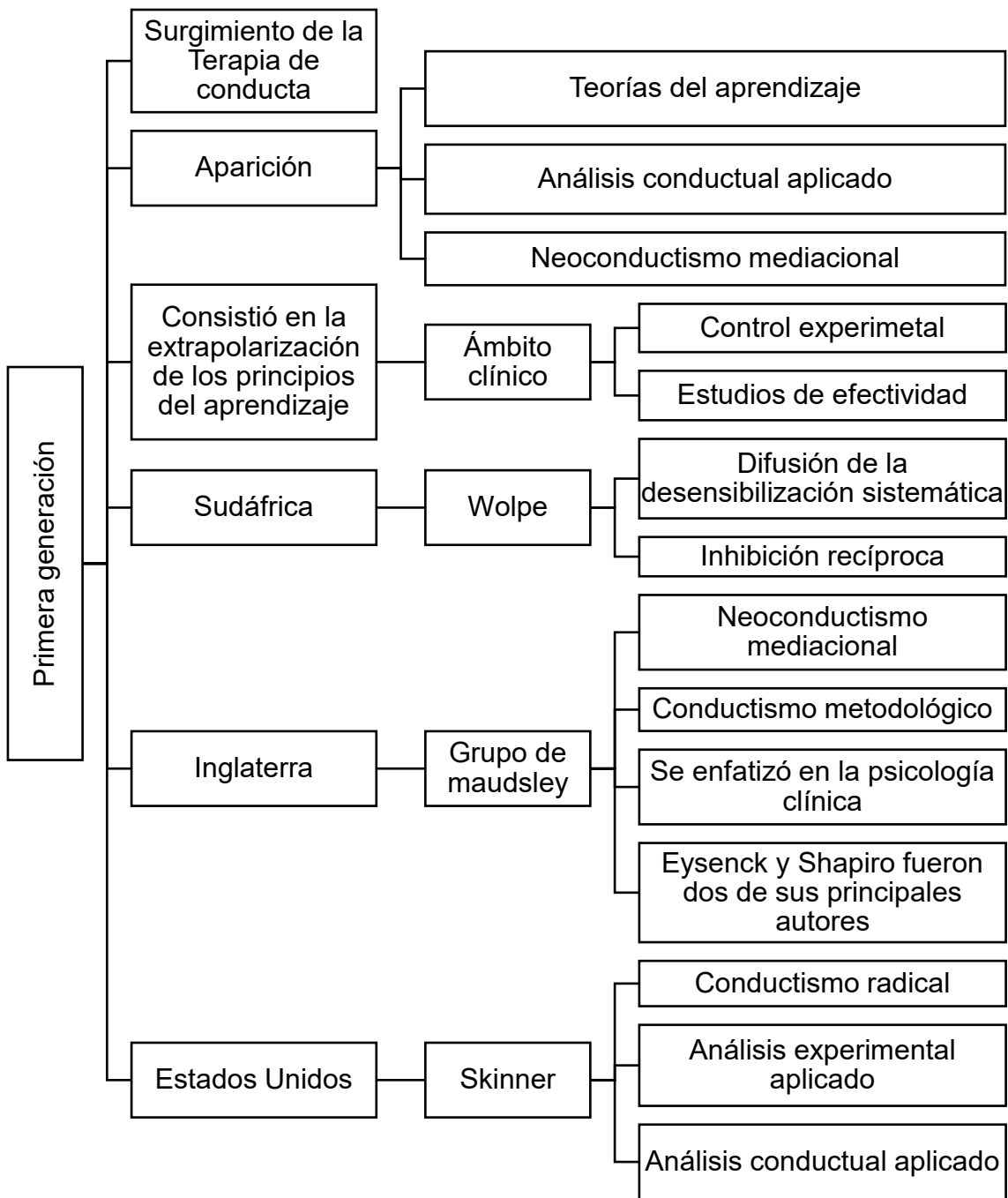


Figura 6. Descripción de la primera generación de técnicas cognitivo-conductuales (adaptado de Ruiz, Diaz & Villalobos, 2012).

3.1.2 Segunda generación

La segunda generación data sobre la influencia que el enfoque cognitivo de la psicología tuvo sobre la terapia de conducta a partir de los años 70's cuando empieza a nombrarse como terapia Cognitivo-Conductual (Pérez, 2014).

Los trabajos encabezados por Albert Bandura comenzaron a conformar un nuevo conjunto de hipótesis, señalando la importancia que la imitación tiene en el aprendizaje, las cuales serían la base de la teoría del aprendizaje social que afirma que el aprendizaje no solo se da mediante la experiencia directa y personal sino que la observación juega un papel clave ya que mediante la observación de otras personas y símbolos verbales o visuales también se puede producir el aprendizaje (Moctezuma-Pérez, 2017). Es importante denotar el término aprendizaje vicario que es una forma de aprendizaje superior, que señala que el aprendizaje no es resultado de experiencias directas y a raíz de varias inconformidades con las teorías de aprendizaje entre ellas las mencionadas en la Tabla 16 varios autores comenzaron a considerar que los elementos cognitivos tenían más relevancia en cuanto a la adquisición, mantenimiento y cambio de conducta (Minici, Rivadeneira & Dahab, 2001).

Tabla 16.

Aspectos que propiciaron la segunda generación de técnicas cognitivo-conductuales.

Aspecto	Descripción
Insatisfacción con la referencia al aprendizaje y a la conducta observable como elementos básicos	Se argumentaba que el aprendizaje humano no es automático y directo sino mediado por aspectos verbales y cognitivos por lo que la conciencia, la atención y las expectativas se consideraban necesarias para el aprendizaje pero se tenía dificultad para controlar todas las variables ambientales lo que hacía difícil cambios en la sesión.
Insatisfacción con los resultados de la	Se tenían problemas con los resultados que arrojaban el control de contingencias, la exposición y la

Aspecto	Descripción
técnicas conductuales de la primera generación	desensibilización sistemática al aplicarse problemas de afecto negativo y como la depresión ya que no obtenían el mismo éxito que con los trastornos de ansiedad.
Conductismo mediacional	El conductismo mediacional adoptó aspectos de tipo cognitivo aunque conceptualizados desde un modelo diferente al que tomarán los posteriores desarrollos cognitivos.
Influencia de la psicología cognitiva	El modelo del procesamiento de la información aportará a diversas terapias cognitivas el entramado teórico conceptual que les permitiría describir formalmente los procesos internos responsables del comportamiento desadaptado.

Fuente: Adaptado de Minici, Rivadeneira y Dahab (2001).

Por su parte, Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) señalan que en el año 1978 los autores Mahoney y Arnkoff realizaron la siguiente clasificación de las terapias cognitivas:

- a. Técnicas de reestructuración cognitiva: las cuales buscan identificar y cambiar las condiciones que están determinando o manteniendo el problema, aquí se incluyen:
 - a. La Terapia Racional Emotiva de Ellis en 1962.
 - b. La Terapia Cognitiva de Beck en 1979.
 - c. La Reestructuración Racional Sistemática de Golfried, Decented y Weinberg en 1974.
 - d. El Entrenamiento de Autoinstrucciones de Meinchenbaum y Goodman en 1971.
- b. Técnicas para el manejo de situaciones: las cuales intentan enseñar habilidades al individuo con el objetivo de enfrentar adecuadamente situaciones problemáticas, aquí se incluyen:

- a. El entrenamiento en inoculación de Estrés de Meichenbaum en 1977.
- b. Técnicas de Manejo de la Ansiedad de Suinn y Richardson en 1971.
- c. Técnicas de solución de problemas: estas van dirigidas a corregir el modo en que la persona aborda los problemas, aquí se incluyen:
 - a. Terapia de Solución de Problemas de D’Zurilla y Golfried en 1971.
 - b. Terapia de Solución de Problemas Sociales de D’Zurilla y Nezu en 1982.
 - c. Terapia de Solución de Problemas Interpersonales de Spivak y Shure en 1974.
 - d. La Ciencia Personal de Mahoney en 1974.

En este sentido el modelo de la Terapia Racional Emotiva, desarrollado por Albert Ellis, propone que la emoción y la conducta se generan a raíz de forma en que se interpreta lo que sucede más que el acontecimiento en sí (Díaz, Soto & Ortega, 2016) el modelo se explica en la Figura 7.



Figura 7. Modelo de la Terapia Racional Emotiva (adaptado de Díaz, Soto & Ortega, 2016).

Por lo que se refiere a Aarón Beck desarrolló el modelo de Beck a partir de sus trabajos sobre la depresión, su principal obra Cognitive Therapy for Depression (Terapia Cognitiva de la Depresión), en el cual propone que los pensamientos desadaptativos respecto de uno mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva) generan distorsiones cognitivas que producen sentimientos negativos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010), el modelo se puede apreciar en la Figura 8.

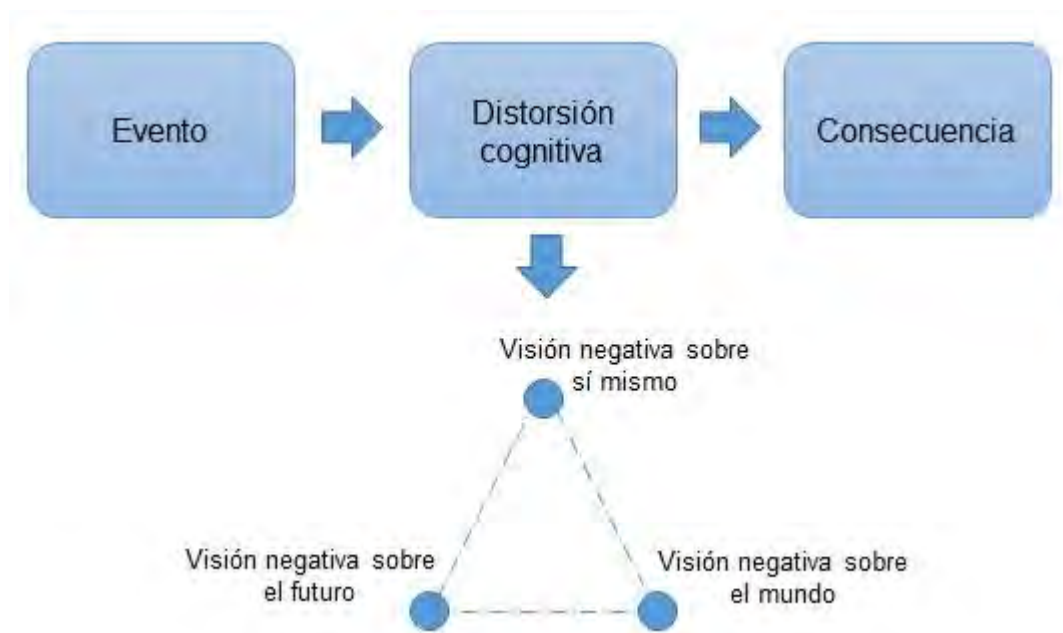


Figura 8. Modelo de Beck (adaptado de Beck, Rush, Shaw & Emery, 2010).

Por otro lado la terapia de solución de problemas desarrollada por D’Zurilla y Godfried en el año 1971 tiene como objetivo terapéutico ayudar al paciente a identificar y resolver problemas cotidianos que están causando respuestas no apropiadas (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006; Reynoso-Erazo & Seligson, 2005), las cinco fases de esta terapia se pueden apreciar en la Figura 9.

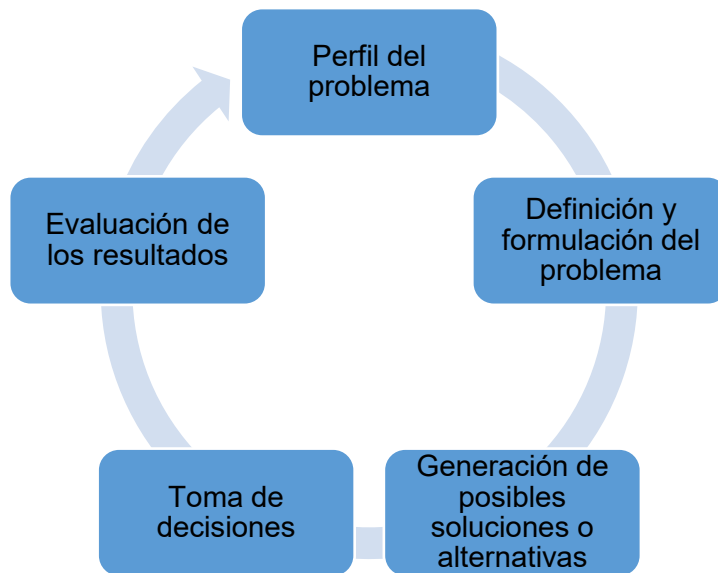


Figura 9. Modelo de la Terapia de solución de problemas, adaptado de (Nezu, Nezu & Lombardo, 2006).

Por su parte la técnica de Reestructuración Cognitiva de Mahoney presenta resultados favorables. Consiste en que el individuo trabaje en el reconocimiento de las sensaciones de malestar, reconociendo sus creencias, para evaluarlas bases lógicas de esas sensaciones y buscar alternativas de solución, usado efectivamente en pacientes con sintomatología depresiva (Froján-Parga & Calero-Elvira, 2011), este modelo se puede apreciar en la Figura 10.

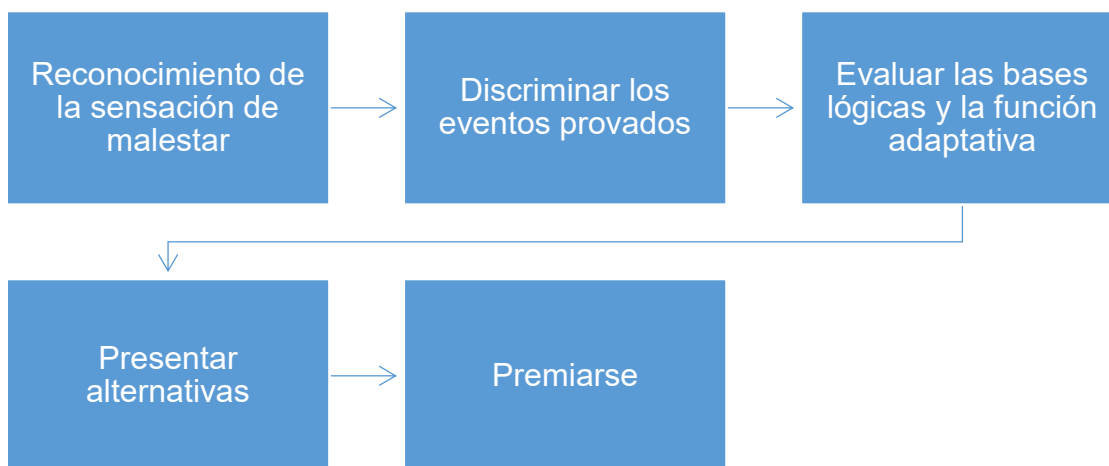


Figura 10. Modelo de la Reestructuración cognitiva (adaptado de Froján-Parga & Calero-Elvira, 2011).

En cuanto al Entrenamiento en Habilidades Sociales es un tratamiento cognitivo conductual en el que se aplican un conjunto de técnicas cuyo objetivo es mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relaciones (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012), Del Prette y Del Prette (2013) lo definen como un conjunto de actividades planificadas que estructuran procesos de aprendizaje, mediados y conducidos por un terapeuta donde se busca:

1. Ampliar la frecuencia y/o mejorar las habilidades sociales ya aprendidas, pero débiles.
2. Enseñar habilidades sociales nuevas y significativas.
3. Disminuir o extinguir comportamientos concurrentes con las habilidades.

Ruiz, Díaz y Villalobos (2012) plantean que el entrenamiento en habilidades sociales tiene componentes principales en los cuales hay técnicas específicas como se puede ver en la Figura 11.

Por otro lado García y Méndez (2017) planteaban que el entrenamiento en Habilidades Sociales tiene su fundamento en los principios del aprendizaje social y requiere de ciertos elementos para desarrollarse de forma efectiva como lo son:

- a. Trabajar sobre una construcción de un sistema de creencias que mantengan el respeto por los derechos personales y ajenos.
- b. La distinción entre los estilos de comunicación asertivo, pasivo y agresivo.
- c. El trabajo a nivel de pensamiento.
- d. Los ensayos conductuales.

Los programas de Entrenamiento en Habilidades Sociales pueden ser diseñados y aplicados en diferentes contextos como pueden ser clínicos, sociales, organizacionales o escolares, entre otros (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012), García y Méndez (2017) planteaban que el uso del Entrenamiento en Habilidades Sociales dentro del contexto escolar podría mejorar la convivencia entre los niños y disminuir conductas de riesgo.

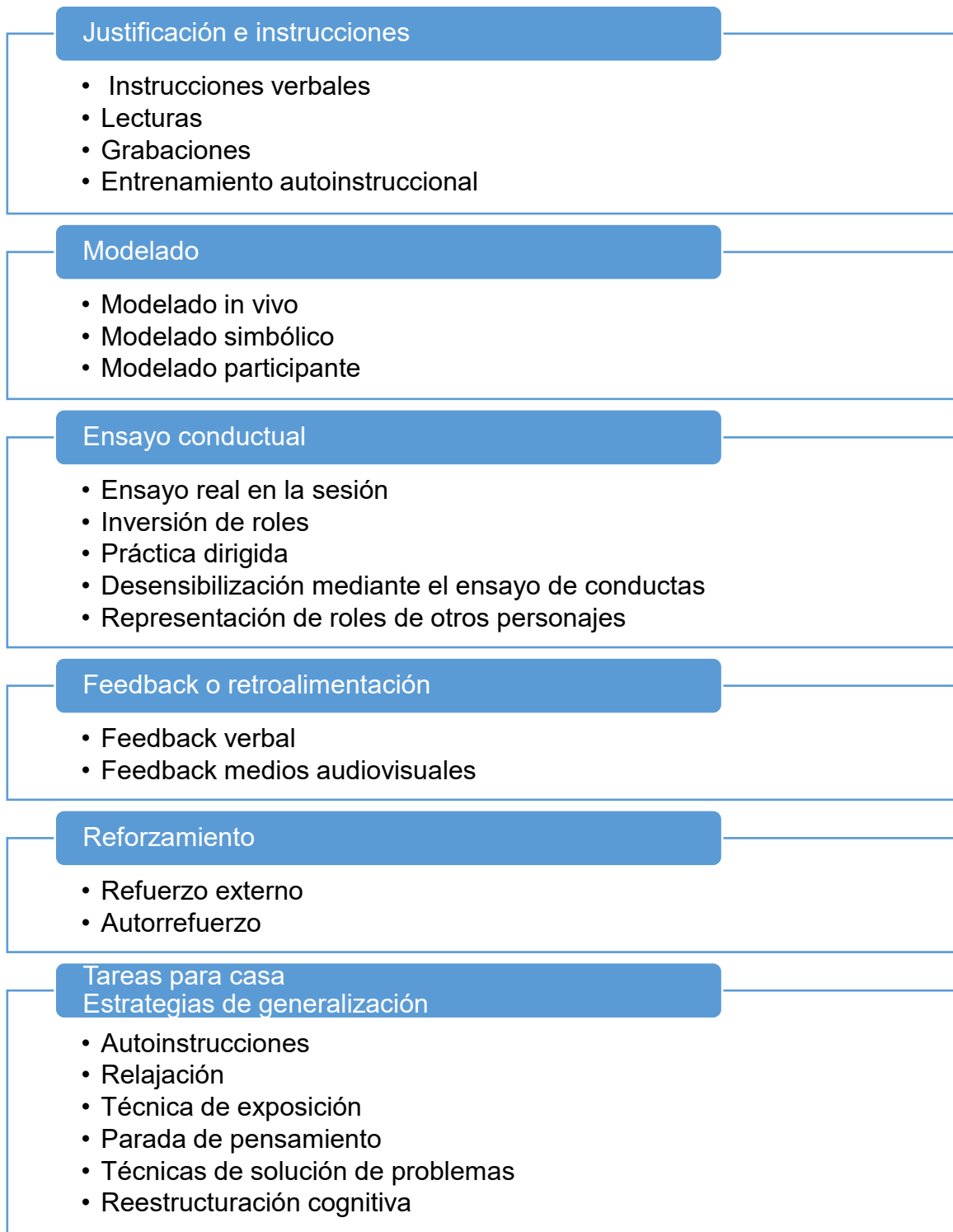


Figura 11. Componentes principales del Entrenamiento en Habilidades Sociales (adaptado de Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

Brevemente podemos decir que la segunda generación se trató del intento de superar deficiencias y limitaciones de las teorías del aprendizaje, al aportar elementos de la psicología experimental, destacando a autores como Bandura, Ellis, Beck y aportando la teoría del aprendizaje social y las de enfoque cognitivo (Díaz, Soto & Ortega, 2016), como se puede apreciar en la Figura 12.

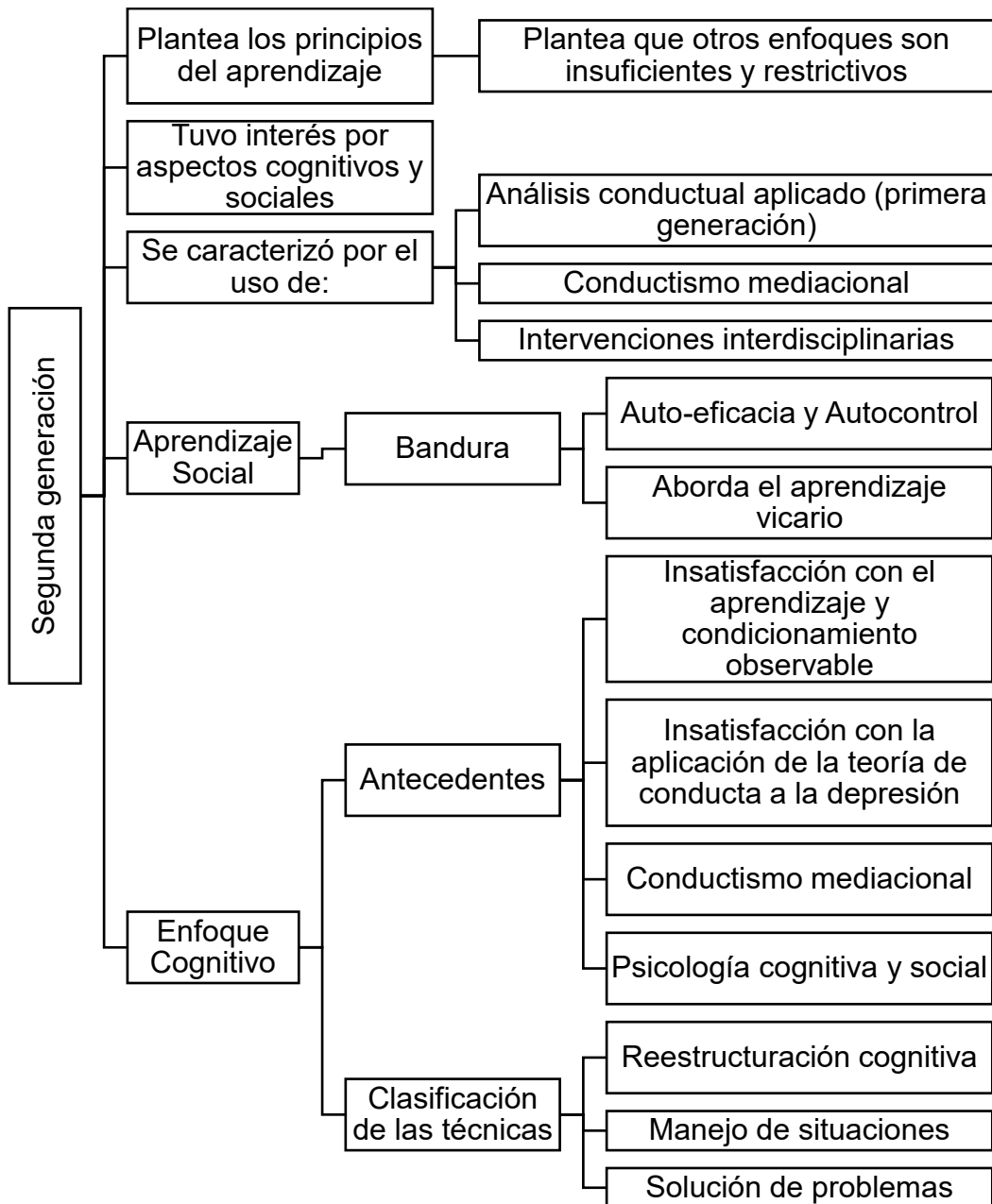


Figura 12. Descripción de la segunda generación de técnicas cognitivo-conductuales (adaptado de Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

3.1.3 Tercera generación

Las terapias de tercera generación son aquellas terapias psicológicas que surgen en la década de los 90's y su nombre se debe a Steven Hayes en un artículo del año 2004 (Moreno, 2012; Pérez, 2014). Por su parte, la tercera generación refiere a un conjunto de estrategias o técnicas con principios filosóficos basados en una visión pragmática, determinista, fenomenológica y holística o contextual (Martín-Murcia, Nieto & Ruiz, 2012).

El origen de esta nueva generación se dio debido al desarrollo del análisis de la conducta verbal y del conductismo radical y a algunas limitaciones presentadas por la terapia Cognitivo-Conductual (Hernandez, 2013; Pérez, 2006), este movimiento inicialmente fue nombrado análisis de la conducta clínica por enfatizar su carácter conductual asentado en el análisis funcional, el conductismo radical y la conducta verbal (Pérez, 2014; Valero, 2016).

En cuanto al origen y desarrollo de esta generación es importante señalar que en los inicios de la terapia de conducta el análisis de la conducta verbal no se encontraba en condiciones de ser aplicado en contextos clínicos ya que en ese momento la terapia de la conducta verbal quedaba limitada a escuchar y hablar, con respecto al conductismo radical, el cual su interés en la conducta es metodológico, toma la conducta como tema propio del campo psicológico sin excluir nada, así esto fuera inobservable (Pérez, 2006; Valero, 2016).

Muchas de las técnicas de esta generación, al igual que en la anterior, están basadas en los principios clásicos del aprendizaje, la teoría de los dos factores o el modelo de aprendizaje social, sin embargo, otras técnicas están fundamentadas solamente en una perspectiva pragmática (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012), en este sentido Pérez (2014) señala que las principales terapias pertenecientes a esta generación son las siguientes:

1. Terapia de aceptación y compromiso (ACT)
2. Psicoterapia Analítica Funcional (PAF)
3. Terapia de Conducta Dialéctica (TCD)
4. Terapia Integral de Pareja (TIP)

5. Activación Conductual (AC)
6. Terapia con Base en Mindfulness (BMT)
7. Terapia Cognitiva con Base en la Persona para las Psicosis

Hayes, Strosahl y Wilson en 1999 desarrollaron la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) para eliminar o reducir el control que los pensamientos y emociones tienen sobre la conducta y de este modo dar a las contingencias externas de la conducta mayor importancia, esta terapia no se dirige a un trastorno específico sino a aquellos en los que se presenta un excesivo control cognitivo-emocional (Luciano, Ruiz, Gil & Ruiz, 2016).

Para el tratamiento de la depresión y prevención de su recaída que se centra directamente en el cambio conductual específicamente en la activación de conductas operantes y los procesos que las inhiben para aumentar el contacto con las contingencias y así proporcionar mejores condiciones de vida se diseñó la Activación Conductual (AC) por Jacobson, Martell & Dimidjian en 2001 (Barraca, 2016).

Por otro lado La Psicoterapia Funcional Analítica (PAF) desarrollada por Kohlenberg y Tsai en 1987 resalta la importancia de la interacción psicólogo paciente al destacar a la situación terapéutica como una situación comportamental más en la que el intercambiar respuestas y el valor funcional forman el elemento principal de esta terapia la cual es muy útil en problemas recurrentes o de difícil e imprecisa definición como los trastornos de personalidad (Ferro-García, Valero-Aguayo & López-Bermúdez, 2016).

Jacobson en el año 2000 desarrollo la Terapia integral de Pareja (TIP) la cual tiene sus raíces en la distinción skinneriana entre conducta moldeada por las contingencias y gobernada por reglas, es muy efectiva en cuanto a la aceptación emocional implicada en la satisfacción marital (Pérez, 2014).

Con el objetivo de moldear en el individuo formas adecuadas de expresión emocional en el año 1993 se diseñó la Terapia de Conducta Dialéctica (AC) por Linehan, dirigida a los trastornos de personalidad límite (Vásquez-Dextre, 2016).

Por su parte, Segal, Williams y Teasdale en 2002 desarrollo la Terapia con Base en Mindfulness (MBT) que consiste en poner atención en la experiencia del momento, incluyendo sensaciones, pensamientos, estados corporales sin juzgarlos ni analizarlos sino por el contrario adoptando una actitud de apertura, curiosidad y aceptación, esta ha probado su efectividad en casos de ansiedad y depresión (Hervás, Cebolla & Soler, 2016).

Finalmente la Terapia de Relajación aplicada (RA) desarrollada por Lars-Göran Öst a finales de 1980 se guía bajo una conceptualización del caso psicoeducando al paciente acerca de la interrelación entre pensamientos, sensaciones, emociones y conductas para ayudar al individuo a identificar los detonadores de su malestar y posteriormente afrontarlos (Etchebarne, 2016), la estructura de esta terapia se puede apreciar en la Tabla 17.

Tabla 17.

Estructura de la Terapia de Relajación Aplicada

Sesión	Descripción
Primera	El paciente aprende sobre los fundamentos de la Respiración Aplicada y es introducido a la práctica de respiración diafragmática.
Segunda	Se entrena al paciente en una versión abreviada de Relajación Muscular Progresiva, solicitándole que tense y afloje distintos grupos musculares de la cintura a la cabeza.
Tercera	El paciente inicia por su cuenta la Relajación Muscular Progresiva y se suma la segunda parte de la misma de la cintura a los pies.
Cuarta	Se elimina el componente práctico de tensión asistiendo al paciente para que practique relajación directa.
Quinta	Se inicia la práctica de relajación condicionada con el fin de asociar la auto-instrucción "Relax" y reducir el tiempo que le lleva relajarse.

Sesión	Descripción
Sexta	Se inicia la primera parte de la relajación diferencial con el fin de que el paciente aprenda a relajarse mientras realiza actividades simples.
Séptima	Se inicia la segunda parte de la relajación diferencial, aumentando gradualmente la dificultad de las actividades a realizar mientras se relaja.
Octava	Se planifica con el paciente 15 a 20 relajaciones rápidas durante actividades no estresantes de su vida cotidiana.
Novena	Se asiste al paciente a exponerse activamente a situaciones potencialmente generadoras de ansiedad para que aprenda a implementar la relajación rápida.
Onceava o Decima	Se abordan estrategias para consolidación de logros y prevención de reincidencias dando por finalizado el tratamiento.

Fuente: Adaptado de Etchebarne (2016).

Podemos decir que en la tercera generación se busca fomentar la relación entre la investigación y la aplicación clínica, durante esta generación se desarrolló el enfoque clínico con carácter constructivista y la mayor parte de la practica está guiada por criterios de eficacia y efectividad (Díaz, Soto & Ortega, 2016), como se puede apreciar en la Figura 13.

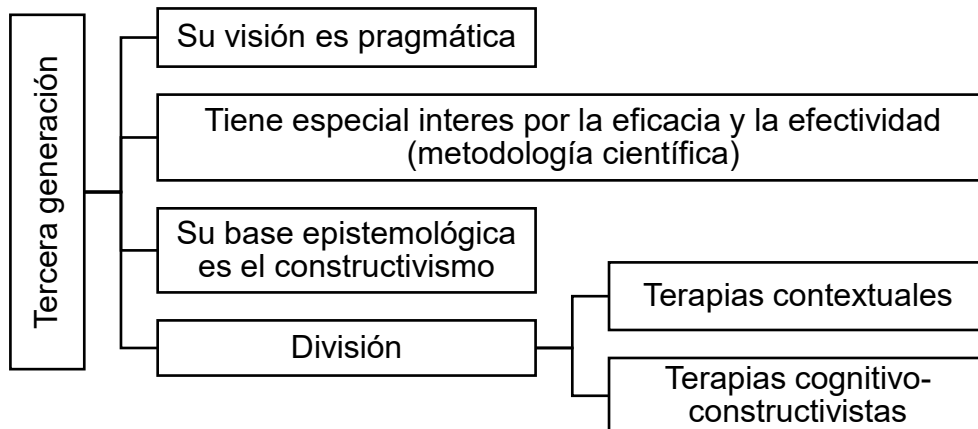


Figura 13. Descripción de la tercera generación de técnicas cognitivo-conductuales (adaptado de Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

3.2 Intervenciones para la promoción del bienestar

Los nuevos modelos del cuidado de la salud mental hacen énfasis en la necesidad de generar nuevas estrategias de intervención que sean factibles económicamente pero tengan resultados favorables para la población (López-Gómez, Chaves, Hervas & Vázquez, 2017).

El surgimiento de la Psicología Positiva generó líneas de investigación centradas en el análisis de la felicidad y la promoción de las fortalezas además de otras dimensiones de la salud mental positiva o bienestar (Marrero, Carballeira, Martín, Mejías & Hernández, 2016).

Por ejemplo Cuadra-Peralta, Veloso-Beso, Paddu-Gallardo, Salgado-García y Peralta Montecinos (2012) diseñaron un programa de Psicología Positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores obteniendo resultados positivos para los participantes.

Actualmente los profesionales de la salud necesitan no solo intervenciones eficaces sino que sean gratas para los pacientes, en este sentido generar intervenciones cognitivo-conductuales con apoyo de la psicología positiva se ha

vuelto una estrategia favorable para los pacientes (López-Gómez, Chaves, Hervas & Vázquez, 2017).

Muchas de las intervenciones realizadas actualmente presentan componentes de diferentes programas que incluyen actividades positivas combinadas con terapia cognitivo-conductual para promover el bienestar (Marrero, Carballeira, Martín, Mejías & Hernández, 2016), en este sentido los pacientes han reportado que la combinación de técnicas cognitivo-conductuales con ejercicios de psicología positiva les genera un mayor beneficio personal (López-Gómez, Chaves, Hervas & Vázquez, 2017).

Por esto la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004) con el objetivo de no solo disminuir factores de riesgo y trastornos mentales sino también brindar estrategias que funcionen como factores protectores para la promoción del bienestar señala la importancia de desarrollar e implementar intervenciones las cuales pueden ser divididas en:

1. Prevenciones universales las cuales están dirigidas a la población en general sin haber especificado sobre algún grupo o estrato de riesgo, estas pueden ser selectivas o indicadas.
2. Prevenciones selectivas están enfocadas a individuos o estratos de la población con un pronóstico mayor al promedio de desarrollar algún tipo de trastorno mental.
3. Prevenciones indicadas son diseñadas para personas con importantes signos o síntomas detectables que pronostiquen el futuro desarrollo de algún trastorno mental.

3.3 Investigaciones en contextos escolares

Existen estudios realizados en población escolar donde predomina la evaluación de la sintomatología depresiva sin abordar el diagnóstico de la misma (Acosta-Hernández, 2011) así mismo existen algunos programas donde se intentó reducir los niveles de depresión en la población como el *Penh Resilience Program* el cual consiste en enseñar a niños y adolescentes a generar habilidades cognitivas

y conductuales que les permitan afrontar con éxito sus problemas fundamentalmente aquellos que los conduzcan a la depresión (Del Barrio, 2010).

Por otro lado Clarke, Hawkins, Murphy, Sheeber, Lewinsohn y Seeley, (1995) desarrollaron el *Coping with Stress Course* que intentaba refutar pensamientos desadaptados afrontando estados de ánimo negativos y venciendo la pasividad al alcanzar acuerdos con padres y compañeros fomentando las habilidades sociales lo cual se hacía por medio de reestructuración cognitiva, relajación, resolución de conflictos, actividades agradables y entrenamiento en habilidades sociales.

Gillham, Jaycox, Reivich, Seligman y Silver (1990) diseñaron el *Penn Resiliency Program* el cual buscaba sustituir el pesimismo con el optimismo potenciando la toma de decisiones estratégicas y desarrollando habilidades sociales lo cual se hacía por medio de entrenamiento atribucional, de resolución de problemas y de habilidades sociales.

El Resourceful Adolescent Program–Adolescents desarrollado por Shochet, Dadds, Holland, Whitefield, Harnett y Osgarby (2001) enseñaba a refutar pensamientos desadaptados al enfrentar adecuadamente los problemas promoviendo armonía evitando conflictos con padres y compañeros lo cual se hacía por medio de la reestructuración cognitiva, resolución de problemas, habilidades de comunicación y sociales.

Spence, Sheffield y Donovan (2003) diseñaron *Problem Solvig for Life* el cual buscaba refutar pensamientos desadaptados al enfrentar adecuadamente los problemas por medio de reestructuración cognitiva y resolución de problemas, en este sentido el *Interpersonal Psychotherapy –Adolescent Skills Training* desarrollado por Young y Mufson (2003) les enseñaba a los adolescentes a afrontar transiciones vitales, resolver disputas interpersonales y superar altibajos interpersonales por medio de habilidades de comunicación y sociales.

Por otro lado Rosselló, Duarte-Vélez, Bernal y Zuluaga (2011) diseñaron un programa donde se buscaba reducir los altos índices de depresión me ideación

suicida que presentaban adolescentes puertorriqueños con apoyo de la terapia Cognitivo-Conductual con lo cual fueron reducidos significativamente.

Remor y Amorós (2012) diseñaron el Programa de Intervención Manualizado para la Potenciación de las Fortalezas y los Recursos psicológicos el cual buscaba identificar, clarificar y potenciar la utilización de algunos recursos psicológicos como la comunicación asertiva y empatía, expresión de sentimientos y emociones positivas, pensar de forma más optimista, afrontamiento positivo de circunstancias adversas, experiencia de vitalidad y entusiasmo, expresión del perdón y de la gratitud.

Lopez-Gomez, Chaves, Hervas y Vazquez (2017) realizaron una comparación entre una intervención de Psicología Positiva y un tratamiento cognitivo conductual en pacientes con depresión o distimia encontrando que ambos tratamientos eran efectivos en reducir los síntomas e incrementar el bienestar, por otro lado White y Waters (2015) planteaban que en el colegio St. Peter's ubicado en Australia adoptaron a la psicología positiva al contexto educativo presentando buenos resultados en cuanto al bienestar de sus alumnos.

Torrelles, i Mora, Blasco y Berenguer (2016) desarrollaron un modelo de mantirización con el objetivo de mejorar los niveles de bienestar, felicidad y rendimiento de los estudiantes de la facultad el cual se dividía en cinco niveles:

1. Se da importancia al conocimiento personal y conocer las metas del individuo además de trabajar las emociones positivas, conocimiento y dominio del yo, el lenguaje proactivo y las fortalezas de carácter.
2. Se trabaja con la inteligencia emocional basándose en el modelo de Mang Tan.
3. Se trabajan las relaciones positivas, la escucha activa, el win-win y el liderazgo.
4. Se centra en el *engagement* planificación y organización.

5. Se trabajan diferentes estrategias para aumentar el bienestar y el desarrollo de hábitos saludables.

Marrero, Carballeira, Martín, Mejías & Hernández (2016) realizaron un estudio donde se buscaba comprobar la efectividad de un intervención de Psicología Positiva combinada con Terapia Cognitivo Conductual en estudiantes universitarios obteniendo resultados favorables encontrando que la combinación de estos generan cambios satisfactorios.

El programa “Aulas Felices” desarrollado por Arguís, Bolsas, Hernández y Salvador (2010) busca brindar a los profesores estrategias para implementar la psicología positiva en las aulas brindando así a niños de 3 a 18 años herramientas para enfrentarse a las diversas situaciones que se les puedan presentar en su día a día.

Finalmente Pintado y Castillo (2017) desarrollaron una propuesta de un Programa de Intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la reducción de síntomas de depresión la cual resulto eficaz en la disminución de síntomas depresivos y afecto negativo además de aumentar la satisfacción vital y el afecto positivo. Por lo tanto se observa que la combinación entre el modelo cognitivo-conductual y la psicología positiva pueden brindar importantes beneficios aún más si se generan intervenciones con el objetivo de fomentar la prevención de conductas de riesgo, la promoción de conductas saludables y así potenciar el desarrollo a nivel personal, familiar y social generando cambios en las instituciones de educación, salud y laborales (Valencia, Gil & Martínez, 2015).

MÉTODO GENERAL

Justificación

Anteriormente, se pensaba que la depresión únicamente se presentaba en adultos, ahora sabemos que la depresión puede estar presente desde infancia. Algunos estudios demuestran que en México el 30% de los niños escolarizados obtienen datos de prevalencia de riesgo y sintomatología depresiva, además (Gallegos, Linan-Tomphson, Stark & Rubalcaba, 2013; Rodríguez-Espínola, 2010), se ha reportado que el 27.5% de la población adulta que presenta este trastorno lo adquirió durante esta etapa del desarrollo (Benjet, 2004), por lo que la OMS considera a la depresión como problema de salud pública y estima que para el 2020 será la primer causa de incapacidad (Chávez-Hernández, Correa-Romero & Klein-Caballero, 2017).

La infancia es una etapa de la vida donde los niños atraviesan diferentes cambios biológicos, cognitivos, emocionales y sociales pero también pueden aprender a ajustar estrategias que les permitan desarrollarse y posteriormente les ayuden a evitar o disminuir enfermedades mentales (Valencia, Orozco, Chávez, Guijarro & Porras, 2015), además es una etapa idónea para adquirir nuevos conocimientos sobre habilidades y capacidades que les ayude a afrontar las situaciones cotidianas dentro de su contexto, por lo que es importante implementar estrategias de intervención que les brinde la posibilidad de desarrollar factores de protección (Del Barrio, 2010; Valencia, García, Bautista, Cáceres & Lima, en prensa).

Siguiendo esta idea, el principal objetivo de la Psicología Positiva es mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales, todo esto desde un aspecto de prevención, al promover la construcción de cualidades positivas en las personas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). En este sentido, Remor (2010) afirmaba que las fortalezas de carácter y los recursos psicológicos pueden conceptualizarse como características positivas de la personalidad y actúan al dirigir u organizar el comportamiento en diferentes situaciones por lo que si le enseña a un niño que puede vivir de una forma positiva usando sus fortalezas de carácter y virtudes podrá tener una calidad de vida óptima.

Actualmente, se han realizado diversos trabajos de investigación donde se desarrollan intervenciones psicológicas (Proctor & Linley, 2014) con el propósito de fomentar o entrenar las fortalezas, recursos psicológicos, que las personas poseen como una alternativa para la promoción del bienestar y la salud. Peterson y Seligman (2004) afirman que se debe plantear la necesidad de generar herramientas conceptuales y empíricas para construir y evaluar intervenciones de tal fin.

Por ello, el presente trabajo de investigación evaluó y detectó fortalezas de carácter que poseen los niños, así como la relación de éstas con la sintomatología depresiva y las habilidades sociales, con la finalidad de realizar y validar la propuesta de una intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados sometiéndola a jueces expertos, para posteriormente evaluar la eficacia y eficiencia del tratamiento al ponerlo en práctica en niños escolares con y sin sintomatología depresiva.

Objetivo general

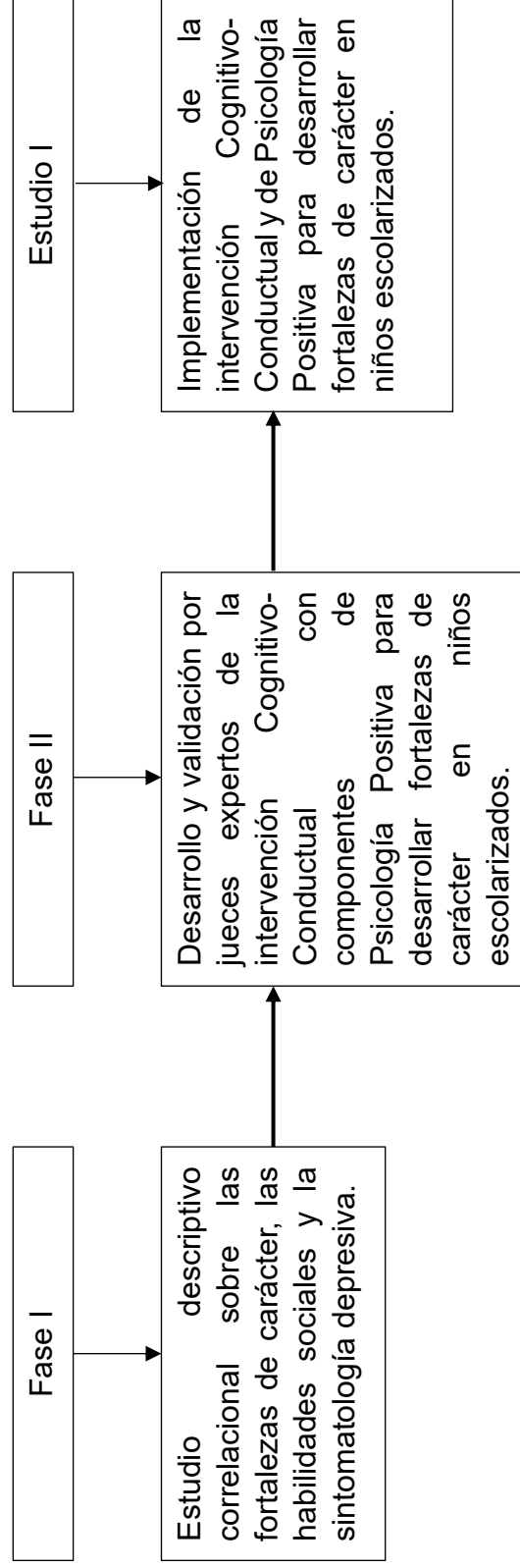
Conocer la efectividad de una intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados con y sin sintomatología depresiva.

Objetivos específicos

1. Conocer si existe una correlación entre el uso de fortalezas de carácter, la sintomatología depresiva y las habilidades sociales en niños de 8 a 13 años en una escuela primaria de Mineral de la Reforma.
2. Diseñar una propuesta de intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados validada por jueces expertos que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.
3. Implementar una intervención universal preventiva selectiva con enfoque cognitivo-conductual y componentes de psicología positiva sobre las virtudes, las fortalezas de carácter y las habilidades sociales en población infantil sin presencia de sintomatología depresiva y con presencia de sintomatología depresiva.

Para lograr esto la presente esta investigación se encuentra dividida en dos fases y un estudio como se puede apreciar en la Figura 14.

Figura 14. Esquema general de investigación



MÉTODO FASE I

Pregunta de investigación

¿Existe una correlación entre el uso de fortalezas de carácter, la puntuación total de depresión y las habilidades sociales en niños de 8 a 13 años en una escuela primaria de Mineral de la Reforma?

Objetivo general

Conocer si existe una correlación entre el uso de fortalezas de carácter, la sintomatología depresiva y las habilidades sociales en niños de 8 a 13 años en una escuela primaria de Mineral de la Reforma.

Objetivos específicos

1. Describir las fortalezas de carácter que poseen los alumnos.
2. Describir el nivel de depresión que poseen los alumnos.
3. Describir el comportamiento (asertivo, pasivo y agresivo) que poseen los alumnos.
4. Identificar si existe una relación estadísticamente significativa entre las fortalezas de carácter, la puntuación total de depresión y las habilidades sociales.
5. Identificar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre niños y niñas en las fortalezas de carácter, la puntuación total de depresión y las habilidades sociales.

Tipo de estudio

Descriptivo correlacional

Tipo de diseño

No experimental, transversal correlacional.

Variables

Tabla 18.

Variables dependientes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Fortalezas de carácter	Son las características, manifestaciones psicológicas, recursos positivos o estilos moralmente valorables de pensar, sentir y actuar de una persona, que al ser utilizadas favorecen o contribuyen al bienestar y a la vida en plenitud (Peterson & Seligman, 2004).	<i>Values in Action Inventory of Strengths for Youth (VIA-Y)</i> es una versión a modo de autoinforme con 198 preguntas, desarrollada por Park y Peterson (2006) para su uso con niños y jóvenes de entre 8 y 17 años, fue adaptado para población mexicana por Valencia, Urbina, Lima & García (en prensa).
Habilidades sociales	Conjunto de conductas emitidas en un contexto interpersonal, emitiendo actitudes, sentimientos, deseos opiniones y derechos de un modo apropiado para la situación y respetando esas conductas en los demás (Caballo, 2009).	Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS) es un cuestionario compuesto por 27 reactivos con cinco opciones diferentes de respuesta y evalúa habilidades sociales y la expresión de emociones para caracterizar comportamientos asertivo, pasivo y agresivo (Michelson & Wood, 1982; Lara & Silva, 2002).
Depresión Infantil	Situación afectiva de tristeza vital y profunda, mayor en intensidad y duración que envuelve al niño/a hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás, presentando sentimientos	Inventario de Depresión Infantil (CDI por sus siglas en inglés) se trata de un autoinforme de 27 reactivos con la presentación de síntomas depresivos en niños de edad escolar y adolescentes (Kovacs, 1992) fue adaptado para

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
	de desesperación y desaliento (Bermudez & Bermudez, 2004).	población mexicana por Ayala y Meave (2002) y con una revisión psicométrica realizada por Zavala (2016).

Hipótesis estadísticas

Hi: Existe una relación estadísticamente significativa entre el uso de fortalezas de carácter con las habilidades sociales y depresión en los niños de entre 8 a 13 años de edad.

Ho: No existe una relación estadísticamente significativa entre el uso de fortalezas de carácter con las habilidades sociales y depresión en los niños de entre 8 a 13 años de edad.

Participantes

Población

Niños y niñas de educación básica de 3° a 6° de primaria, entre las edades de 6 a 13 años, inscritos a escuelas del municipio de Mineral de Reforma, Hidalgo

Muestra

La muestra estuvo conformada por 93 participantes (43 niños y 50 niñas), en un rango de edad de 8 a 13 años, con una $\bar{X}=10.00$ años de edad (DE=1.17), que al momento de la evaluación estaban cursando de 3° a 6° de una escuela primaria de Mineral de la Reforma

Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Cursar 3° a 6° grado de primaria.
- Tener entre 8 y 13 años de edad.
- Ser alumnos pertenecientes a la escuela primaria de Mineral de la Reforma.

- Contar con el consentimiento informado firmado de los padres de familia o tutores.
- Contestar los instrumentos empleados.
- Contestar los instrumentos completos.

Criterios de exclusión

- No contar con el consentimiento informado firmado de los padres de familia o tutores.
- No estar inscrito a la escuela primaria de Mineral de la Reforma.
- No tener entre 8 y 13 años de edad.

Criterios de eliminación

- No terminar alguno de los instrumentos.
- No contestar alguno de los instrumentos.
- Contestar incorrectamente los instrumentos.

Instrumentos

Values In Action of Strengths foy Young (VIA-Y, por sus siglas en inglés) es un cuestionario para evaluar las fortalezas de carácter en niños. Se trata de un autoinforme que consta de 194 ítems escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el grado en que la persona se siente identificada con cada ítem. Fue desarrollado por Dahlsgaard, Park, Peterson & Seligman (2004) y fue adaptado para población infantil por Valencia, Urbina, Lima & García (en prensa) para niños entre 8 y 13 años, con un alfa de Cronbach de .97 (Ver Anexo 2).

Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS, por sus siglas en inglés) está compuesta por 27 reactivos con cinco opciones diferentes de respuesta para cada reactivo y tiene como objetivo evaluar habilidades sociales y la expresión de emociones. Se le asigna un valor de 1 a 5 a cada respuesta para al finalizar tener una puntuación total, para caracterizar comportamientos asertivo, pasivo y agresivo. La escala es inversa, a menor puntaje mayor asertividad, y a mayor puntaje, existe la presencia de un patrón de comportamiento caracterizado por la agresividad. La escala fue construida por Michelson y Wood (1982) y para este estudio se utilizó la

adaptación de Lara y Silva (2002) quienes la validaron para población mexicana con una consistencia interna de $\alpha=.80$ (Ver Anexo 4).

Inventario de Depresión Infantil (CDI por sus siglas en inglés) se trata de un autoinforme de 27 reactivos con la presentación de síntomas depresivos en niños de edad escolar y adolescentes (Kovacs, 1992) con una escala de tipo Likert de tres opciones (“Sí”, “No” y “A veces”) y fue adaptado para población mexicana por Ayala & Meave (2002) y Zavala (2016) (Ver Anexo 3).

Procedimiento Fase 1

Previo a la evaluación, se realizó el contacto con la institución educativa, a través del personal docente y directivo se solicitó la autorización y firma del consentimiento informado (Ver Anexo 1) de los padres de familia o tutores de los participantes. Se procedió con la aplicación grupal de los instrumentos de manera digital con el apoyo de la herramienta Formularios de Google®, contando con aplicadores calificados para supervisión de la aplicación y resolver dudas de los y las participantes.

Análisis de datos propuesto

Los datos obtenidos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 22. Así mismo, se utilizó la prueba de asociación de Pearson, por el tamaño de la muestra.

RESULTADOS FASE I

Análisis descriptivos

Al momento de la evaluación, del total de participantes, el 53.8% son niñas y el 46.2% son niños. En la Figura 15 se presenta los participantes divididos por sexo y grupo de edad, mostrando que el grupo de edad con mayor frecuencia es el de 10 años (n=38) y el grupo de edad con menor número de participantes es el de 13 años (n=1).

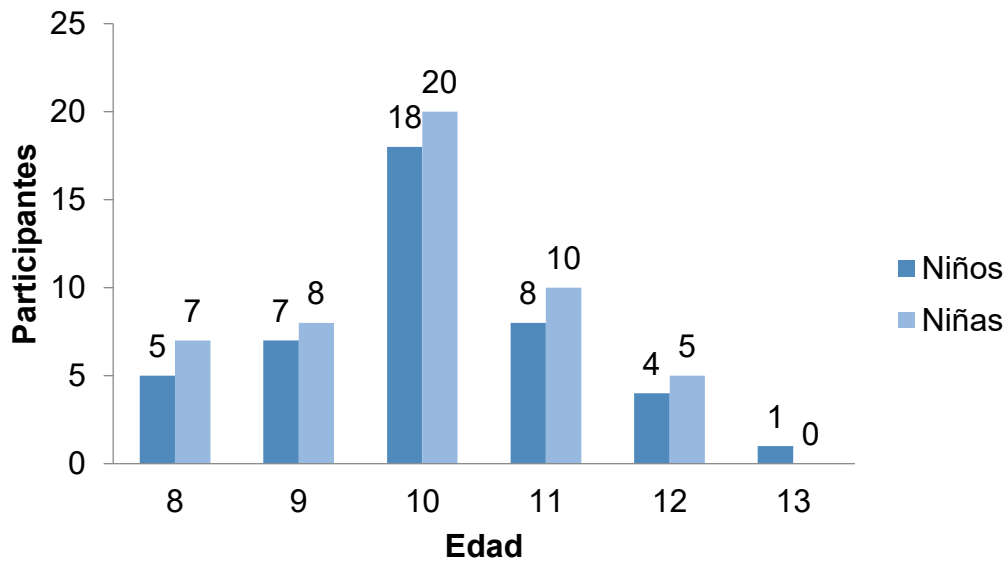


Figura 15. Distribución de los participantes por edad y sexo.

En la Figura 16 podemos observar la distribución de los participantes por grado escolar cursado al momento de la evaluación. El grupo de 5° cuenta con mayor número de participantes (n=32), por el contrario el grado escolar con menor número de participantes es 3° (n=16).

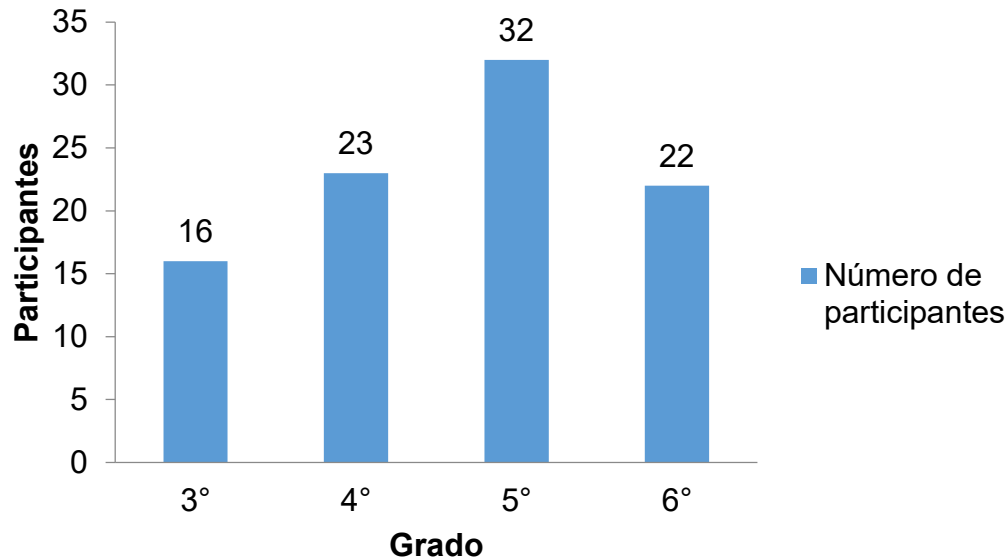


Figura 16. Distribución de los participantes por grado.

Análisis estadístico descriptivo de las virtudes y fortalezas de carácter

Para evaluar las virtudes y las fortalezas de carácter, se aplicó el Cuestionario Values In Action of Strengths for Young (VIA-Y). Al realizar el análisis estadístico descriptivo de las virtudes, se encontró que los participantes se identifican más con el uso de la virtud *Trascendencia* ($\bar{X}=3.70$), seguida de *Humanidad* ($\bar{X}=3.55$), *Sabiduría* ($\bar{X}=3.53$), *Coraje* ($\bar{X}=3.53$), *Justicia* ($\bar{X}=3.52$), y por último *Templanza* ($\bar{X}=3.36$). Con respecto a las veinticuatro fortalezas se observa que en promedio son las niñas las que muestran mayores puntuaciones en comparaciones con los niños, como puede observarse en la Tabla 19. La prueba *t student* demostró que solo existe diferencia estadísticamente significativa entre niños y niñas en las fortalezas de Aprendizaje ($t= -1.210$, $gl= 91$, $p< 0.018$), Apreciación ($t= -0.363$, $gl= 91$, $p< 0.004$) y Espiritualidad ($t= -2.108$, $gl= 91$, $p< 0.001$).

Tabla 19.*Medias obtenidas por sexo en cada fortaleza del cuestionario VIA-Y.*

Cuestionario de Virtudes y Fortalezas										
	Fortalezas	Niños		Niñas		Total		Sig.	t	gl
		\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE			
Coraje	Integridad	3.39	.66	3.60	.66	3.50	.66	.871	-1.519	91
	Persistencia	3.44	.85	3.63	.70	3.54	.78	.574	-1.134	91
	Valentía	3.33	.77	3.52	.74	3.43	.75	.933	-1.208	91
	Vitalidad	3.61	.79	3.64	.79	3.63	.79	.762	-.191	91
Humanidad	Amor	3.55	.76	3.67	.62	3.61	.69	.410	-.850	91
	Bondad	3.43	.71	3.68	.57	3.56	.65	.095	-1.876	91
	Inteligencia Social	3.35	.71	3.55	.63	3.46	.67	.721	-1.451	91
Justicia	Ciudadanía	3.46	.77	3.82	.73	3.65	.76	.973	-2.287	91
	Imparcialidad	3.53	.79	3.81	.69	3.68	.74	.314	-1.809	91
	Liderazgo	3.10	.83	3.30	.81	3.21	.82	.599	-1.166	91
Sabiduría y Conocimiento	Apertura mental	3.25	.63	3.46	.70	3.36	.67	.349	-1.478	91
	Aprendizaje	3.61	.99	3.83	.72	3.73	.86	.018	-1.210	91
	Creatividad	3.60	.77	3.73	.81	3.67	.79	.447	-.754	91
	Curiosidad	3.55	.77	3.47	.64	3.51	.70	.354	.548	91
	Perspectiva	3.22	.81	3.49	.68	3.36	.75	.145	-1.730	91
Templanza	Autocontrol	3.28	.69	3.40	.73	3.35	.71	.609	-.818	91
	Clemencia	3.42	.74	3.57	.80	3.50	.77	.275	-.918	91
	Humildad	3.23	.72	3.29	3.64	3.26	.68	.489	-.442	91
	Prudencia	3.29	.64	3.42	.71	3.36	.68	.454	-.901	91
Trascendencia	Apreciación de la belleza	3.48	.87	3.86	.63	3.68	.77	.004	-2.363	91
	Esperanza	3.67	.92	3.77	.81	3.72	.86	.313	-.542	91
	Espiritualidad	3.61	1.06	4.00	.74	3.82	.92	.001	-2.108	91
	Gratitud	3.63	.89	3.81	.74	3.72	.81	.090	-1.057	91
	Sentido del humor	3.56	.71	3.55	.72	3.55	.71	.952	.067	91

Análisis estadístico descriptivo de depresión

Para medir la sintomatología depresiva se utilizó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), la muestra presenta una $\bar{X}=19.95$ (DE=9.05), se encuentran ligeramente por encima de la media teórica (19), lo que podría indicar presencia de sintomatología depresiva. Se identifica que las niñas presentan una $\bar{X}=20.32$ (DE=9.32) en sintomatología depresiva, mayor que los niños, quienes presentan una $\bar{X}=19.51$ (DE=8.81).

Para las cinco subescalas del CDI se reportan las medias y la desviación estándar por sexo (Ver Tabla 20), las niñas presentan medias más altas a diferencia de los niños, excepto en la subescala de Ineficacia. Se utilizó la prueba *t student*, para identificar las diferencias entre niños y niñas sin embargo no se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($t= -0.428$, $gl= 91$, $p< 0.557$).

Tabla 20.

Medias obtenidas por sexo en las subescalas del cuestionario CDI.

Sexo		Estado de ánimo negativo	Autoestima negativa	Ineficacia	Anhedonia	Problemas interpersonales
Niños	Media	5.72	2.67	2.95	5.09	3.07
	DE	2.780	2.055	2.023	3.092	1.438
Niñas	Media	6.00	2.90	2.54	5.90	2.98
	DE	3.003	1.972	1.752	2.908	1.558
Total	Media	5.87	2.80	2.73	5.53	3.02
	DE	2.890	2.003	1.883	3.006	1.496

Como se puede observar en la Tabla 21, el grado escolar con mayor presencia en sintomatología depresiva es 3°, sin embargo es el grupo con menor número de participantes.

Tabla 21.

Medias obtenidas por grado escolar en el cuestionario CDI.

Puntuación total de depresión			
Grado	Media	N	DE
3°	25.75	16	7.742
4°	17.30	23	7.061
5°	21.00	32	9.655
6°	16.95	22	9.042

En la Tabla 22 se muestra las medias obtenidas por grupo de edad en la puntuación total del CDI, en la cual se observa que la edad de 8 años presenta una media superior a las demás edades.

Tabla 22.

Medias obtenidas por edad en el cuestionario CDI.

Puntuación total de depresión			
Edad	Media	N	DE
8	26.50	12	7.693
9	16.73	15	7.986
10	20.71	38	8.683
11	19.33	18	9.828
12	14.56	9	8.647
13	20.00	1	.

Análisis estadístico descriptivo de habilidades sociales

Las habilidades sociales se evaluaron con la Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS) en la cual, los participantes obtuvieron una $\bar{X}=56.14$ (DE=16.30) lo que refiere que a un estilo agresivo, donde una parte importante de la conducta se caracteriza por peleas, acusaciones y amenazas. De igual manera, se identificó que los niños presentan más comportamientos agresivos a diferencia de las niñas, tal como se puede observar en la Tabla 23. Para la identificación de las diferencias entre niños y niñas se usó la prueba *t student* sin encontrar diferencias ($t= 2.617$, $gl= 91$, $p< 0.179$).

Tabla 23.

Medias obtenidas por sexo en el cuestionario CABS.

Puntuación total de habilidades sociales			
Sexo	Media	N	DE
Niños	60.77	43	17.018
Niñas	52.16	50	14.704

Por otra parte, el análisis estadístico descriptivo por grupos de las habilidades sociales, muestra que los cuatro grupos evaluados presentan patrones de conducta agresivo (Ver Tabla 24).

Tabla 24.

Medias obtenidas por sexo en la escala CABS.

Puntuación total de habilidades sociales			
Grado	Media	N	DE
3°	58.25	16	16.715
4°	52.48	23	16.564
5°	57.03	32	14.599
6°	57.14	22	18.530

De la misma manera, en la Tabla 25 se presentan las medias del CABS por grupo de edad, se identificó que los y las participantes de 11 años tienen una $\bar{X}=61.44$ que corresponde a un estilo agresivo.

Tabla 25.

Medias obtenidas por edad en la escala CABS.

Puntuación total de habilidades sociales			
Edad	Media	N	DE
8	57.75	12	17.295
9	56.67	15	17.041
10	54.18	38	15.413
11	61.44	18	18.222
12	52.22	9	14.507
13	43.00	1	.

Una gran parte de los participantes (57%) presentaron un estilo agresivo, tal y como se muestra en la Figura 17.

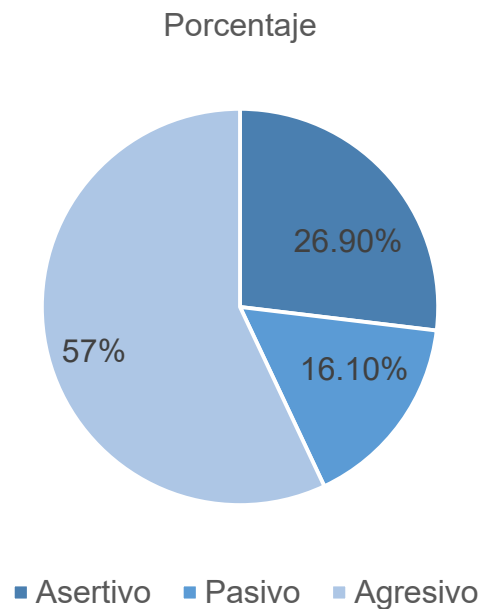


Figura 17. Distribución de los participantes por estilos según la escala CABS

Prueba de asociación de Pearson

El análisis bivariado mostró una asociación estadísticamente significativa entre las fortalezas de carácter, la sintomatología depresiva y las habilidades sociales ($p>0.01$), tal como se puede observar en la Figura 17.

La puntuación total del CDI tiene una correlación positiva con la puntuación total del CABS ($r=0.306$, $p<0.01$) lo cual indica, que a mayor patrón de conductas agresivas, mayor nivel de síntomas depresivos. De la misma forma, Fortalezas de carácter tiene una asociación negativa con la puntuación total del CDI ($r= -0.515$, $p<0.01$) y la puntuación total del CABS ($r= -0.502$, $p<0.01$) (Ver Figura 18).

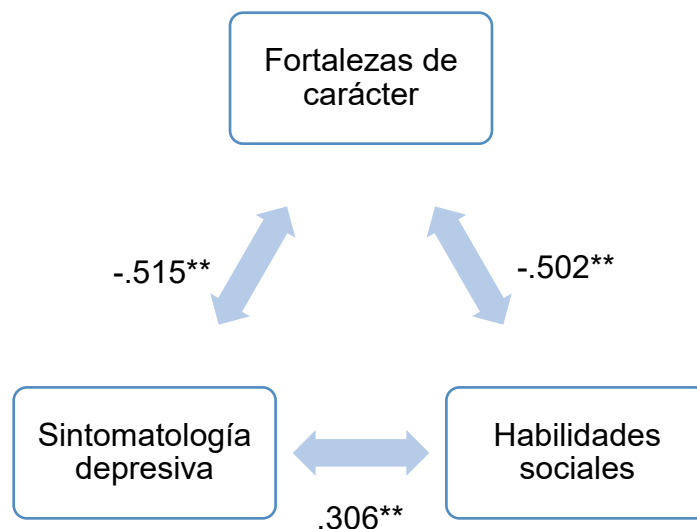


Figura 18. Correlación de las puntuaciones totales de los instrumentos empleados.

Con respecto a las subescalas del CDI y las Virtudes, se encontraron correlaciones negativas estadísticamente significativas entre todas las variables como puede observarse en la Tabla 26. La subescala del CDI, Ineficacia resalta por las correlaciones más altas, lo cual se refiere al sentimiento de incapacidad para realizar tareas en casa y escuela o para establecer relaciones con los demás.

Tabla 26.*Correlación de las Virtudes y las subescalas de CDI.*

	Coraje	Humanidad	Justicia	Sabiduría y Conocimiento	Templanza	Trascendencia
Sintomatología depresiva	-.553**	-.443**	-.480**	-.507**	-.450**	-.436**
Estado de ánimo negativo	-.451**	-.362**	-.368**	-.390**	-.379**	-.340**
Autoestima negativa	-.444**	-.352**	-.358**	-.402**	-.384**	-.329**
Ineficacia	-.584**	-.478**	-.573**	-.567**	-.407**	-.527**
Anhedonia	-.419**	-.334**	-.318**	-.365**	-.323**	-.300**
Problemas interpersonales	-.305**	-.235*	-.352**	-.331**	-.315**	-.272**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

De la misma manera, se encontraron correlaciones negativas estadísticamente significativas entre las virtudes, la puntuación total del CABS y sus estilos. Dado que, la calificación del CABS arroja una puntuación inversa, la correlación es negativa. Se resalta que las virtudes Templanza y Humanidad tienen correlaciones moderadas con la puntuación total del CABS y estilo como puede observarse en la Tabla 27. La virtud de Templanza se compone de fortalezas como Autocontrol, Humildad, Clemencia y Prudencia que tienen funciones de protección ante excesos, mientras que la virtud de Humanidad está conformada por fortalezas que involucran relaciones sociales como Amor, Bondad e Inteligencia Social.

Tabla 27.*Correlación de las Virtudes, la puntuación total del CABS y los estilos.*

	Coraje	Humanidad	Justicia	Sabiduría y Conocimiento	Templanza	Trascendencia
Puntuación total CABS	-.396**	-.498**	-.462**	-.430**	-.543**	-.495**
Estilo	-.347**	-.473**	-.399**	-.362**	-.494**	-.437**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Por otro lado, existe una correlación baja y positiva entre todas las subescalas del CDI (excepto Autoestima negativa), la puntuación total del CABS y

los estilos (Ver Tabla 28), la puntuación total del CDI y el CABS tienen una correlación estadísticamente significativa ($r = -0.306$, $p < 0.01$).

Tabla 28.

Correlación de la puntuación total del CABS, los estilos y las subescalas del CDI.

	Sintomatología depresiva	Estado de ánimo negativo	Autoestima negativa	Ineficacia	Anhedonia	Problemas interpersonales
Puntuación total CABS	.306**	.247*	.171	.231*	.286**	.281**
Estilo	.342**	.309**	.202	.242*	.299**	.296**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

De la misma manera, las veinticuatro fortalezas obtuvieron una correlación significativa con la puntuación total y las subescalas del CDI, la puntuación total del CABS y los estilos. Se encontró que las fortalezas Integridad, Amor, Ciudadanía, Apertura mental, Prudencia y Esperanza obtuvieron correlaciones negativas moderadas (Ver Anexo 5).

MÉTODO FASE II

Pregunta de investigación

¿Es posible desarrollar una intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados para prevenir depresión validada por jueces expertos?

Objetivo general

Diseñar una propuesta de intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados validada por jueces expertos que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Objetivos específicos

1. Diseñar una propuesta de intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados.
2. Desarrollar un cuadernillo para el autorregistro de las principales conductas blanco de la intervención.
3. Diseñar materiales psicoeducativos adecuados para los propósitos de la intervención.
4. Someter a validación por jueces expertos las cartas descriptivas de la intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter para determinar si cumple con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Tipo de estudio

Descriptivo

Variables

Tabla 29.

Variable independiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados	Conjunto de técnicas grupales Cognitivo-Conductuales con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados.	Técnicas seleccionadas específicamente para la intervención (Psicoeducación, Reestructuración cognitiva, Entrenamiento en habilidades sociales, Entrenamiento en solución de problemas, Autorregistros, Técnicas de relajación, Técnicas de atención plena y Actividades para el desarrollo de fortalezas de carácter)

Tabla 30.

Variable dependiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Validación por jueces	Opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones (Escobar-Pérez & Cuervo Martínez, 2008).	Puntuación obtenida en el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados (CJEXI)

Hipótesis de trabajo

H: Diseñar una Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Participantes

Muestra

La muestra estuvo conformada por 15 expertos (6 hombres y 9 mujeres) en la práctica clínica en el campo de la Psicología Cognitivo-Conductual y Psicología Positiva.

Tipo de muestreo

No probabilístico, por conveniencia.

Criterios de inclusión

- Aceptar participar en la validación por jueces expertos.
- Contar con práctica clínica en el campo de la Psicología con enfoque Cognitivo-Conductual.
- Contar con práctica clínica en el campo de la Psicología Positiva.

Criterios de exclusión

- No aceptar participar en la validación por jueces expertos.
- No contar con práctica clínica en el campo de la Psicología con enfoque Cognitivo-Conductual.
- No contar con práctica clínica en el campo de la Psicología Positiva.

Criterios de eliminación

- No terminar de contestar el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados.

Instrumentos

Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados (CJEXI) es una lista de criterios que evalúan las características de la intervención con el propósito de determinar si cumple con las normas éticas, los objetivos son los adecuados, así como las técnicas y los materiales son los apropiados para la población objetivo (Ver Anexo 6).

Análisis de datos propuesto

Análisis estadístico descriptivo de las respuestas de los jueces expertos en el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados (CJEXI) utilizando el Paquete de Datos Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 22.

Procedimiento Fase 2

Se realizó una revisión teórica para identificar los componentes y las técnicas Cognitivo-Conductual y de Psicología Positiva que son adecuadas para la implementación en una intervención universal preventiva para el logro del objetivo establecido, desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados de Hidalgo. Seguidamente, se diseñó la propuesta de taller “Fortalezas Fantásticas” el cual es una Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva que se compone de diez sesiones divididas en una sesión por semana, dando un total de diez semanas, con una duración de noventa a ciento veinte minutos cada una. Posteriormente, para someter la propuesta a validación por jueces expertos, en terapia Cognitivo-Conductual y en Psicología Positiva, se realizó una presentación de PowerPoint donde se incluyeron los objetivos y las características de la intervención, así mismo, los objetivos específicos, actividades, técnicas, procedimientos y resultados esperados de cada sesión.

Se continuó con el diseño de un formulario digital, donde se incluía un consentimiento informado en el cual se especificaba la finalidad de la validación y donde se obtenía la aceptación de participación del experto, también se incluyó el Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados (CJEXI) (Ver Anexo 6).

Posteriormente, se envió por correo electrónico a los jueces expertos la presentación, se les pidió que contestaran el CJEXI y finalmente se analizaron los datos utilizando estadística descriptiva utilizando el Paquete de Datos Estadístico para las Ciencias Sociales SPSS versión 22.

RESULTADOS FASE II

Análisis descriptivos de la validación por jueces expertos

En la validación de la intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados participaron 15 jueces, todos psicólogos con experiencia en práctica clínica en terapia Cognitivo-Conductual y/o en práctica clínica en terapia Psicología Positiva (Ver Tabla 31).

Tabla 31.

Grado académico de los psicólogos que participaron como jueces expertos.

Grado académico	Porcentaje
Licenciatura (4)	26.7%
Maestría (10)	66.7%
Doctorado (1)	6.7%

Como puede observarse en la Tabla 32, la mayoría de los jueces tienen más de 5 años de experiencia en práctica clínica en terapia Cognitivo-Conductual.

Tabla 32.

Años de práctica clínica en el campo de la Psicología Cognitivo-Conductual de los psicólogos que participaron como jueces expertos.

Años de experiencia	Porcentaje
Menos de 1 año (1)	6.7%
De 1 a 4 años (3)	20%
De 5 a 9 años (8)	53.3%
Más de 10 años (3)	20%

La mayoría de los jueces expertos tienen entre 1 a 4 años de experiencia en práctica de Psicología Positiva, como puede observarse en la Tabla 33.

Tabla 33.

Años de práctica clínica en el campo de la Psicología Positiva de los psicólogos que participaron como jueces expertos.

Años de experiencia	Porcentaje
De 1 a 4 años (9)	60%
De 5 a 9 años (3)	20%
Más de 10 años (3)	20%

Los datos obtenidos de la aplicación del Cuestionario de Jueces Expertos para la validación de la Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados (CJEXI) se presentan en tres áreas evaluadas:

1. Objetivos
2. Procedimiento
3. Resultados esperados

1. Objetivos

Los objetivos de la Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados son claros el 33.3% contestó estar totalmente de acuerdo, el 60% están de acuerdo y el 6.7% no sabe.

Al preguntar a los jueces si los objetivos de la Intervención permitirán desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados se encuentran respaldados de forma teórica de acuerdo al modelo Cognitivo-Conductual el 40% contestó estar totalmente de acuerdo y el 60% están de acuerdo.

Se les preguntó si los temas a trabajar en cada sesión favorecerán al logro del objetivo el 53.3% contestó estar totalmente de acuerdo y el 46.7% están de acuerdo. Por otro lado, se les preguntó si la secuencia de las sesiones es adecuada para el logro del objetivo el 40% contestó estar totalmente de acuerdo, el 46.7% están de acuerdo y el 13.3% manifestó estar en desacuerdo.

Al preguntar si consideraban que la duración de la intervención era apropiada para el logro de los objetivos el 46.7% contestó estar totalmente de acuerdo, el 40% están de acuerdo, el 6.7% no sabe y el 6.7% manifestó estar en desacuerdo.

2. Procedimiento

Al preguntar a los jueces si las técnicas Cognitivo-Conductuales seleccionadas son las adecuadas para alcanzar el logro de objetivos el 46.7% contestó estar totalmente de acuerdo, el 40% están de acuerdo, el 6.7% no sabe y el 6.7% manifestó estar en desacuerdo. También, se les preguntó por si los componentes de Psicología Positiva son adecuados para el logro de objetivos el 60% contestó estar totalmente de acuerdo y el 40% están de acuerdo.

Por otra parte, se les preguntó si las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades el 40% contestó estar totalmente de acuerdo, el 54.3% están de acuerdo y el 6.7% manifestó estar en desacuerdo. Se preguntó sobre las tareas y los registros tenían facilidad para usarse y realizarse por parte de los y las participantes de la intervención el 60% contestó estar totalmente de acuerdo, el 26.7% están de acuerdo y el 13.3% no sabe.

De igual forma, se les preguntó si las técnicas, actividades y tareas son apropiadas para la edad de los y las participantes de la intervención el 53.3% contestó estar totalmente de acuerdo, el 40% están de acuerdo y el 6.7% no sabe.

3. Resultados esperados

Al preguntar a los jueces si los objetivos del tratamiento se relacionan con los resultados esperados el 53.3% contestó estar totalmente de acuerdo, el 40% están de acuerdo y el 6.7% no sabe.

Finalmente, se preguntó de acuerdo a la experiencia de los jueces consideraban que esta propuesta de intervención, los y las participantes se verán beneficiados 53.3% contestó estar totalmente de acuerdo, el 40% están de acuerdo y el 6.7% no sabe.

Descripción de las sesiones

La revisión teórica y la Validación por Jueces Expertos tuvieron como resultado una Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados con duración de diez sesiones como se muestra en la Tabla 34 en la cual se incluyen los objetivos de cada sesión.

Tabla 34.

Objetivos generales de las sesiones de la Intervención.

SESIONES	NOMBRE DE LA SESIÓN	OBJETIVO GENERAL
Sesión 1	Conociéndonos	Establecer la comunidad de aprendizaje.
Sesión 2	Conociendo mis fortalezas	Presentar las fortalezas de carácter a los y las participantes para darles a conocer cuáles son las que más usan y las que necesitan desarrollarse.
Sesión 3	Conociendo mis emociones	Fomentar la identificación de las emociones en sí mismos, así como en los demás para la adecuada regulación y expresión de éstas.
Sesión 4	Conociendo mi forma de pensar	Generar un cambio en la forma de pensar y actuar de las y los participantes con respecto a su relación con los otros.
Sesión 5	Conociendo mi forma de reaccionar	Conocer la forma de reacción de las y los participantes al presentarles situaciones difíciles y fomentar la tolerancia a la frustración.
Sesión 6	Conociendo la importancia de la gratitud	Generar un cambio en la forma de pensar y actuar de las y los participantes al fomentar la gratitud.
Sesión 7	Conociendo la importancia de solucionar problemas	Conocer y mejorar la manera de reaccionar de las y los participantes ante ciertas situaciones.
Sesión 8	Disfrutando del aquí y el ahora	Enseñar a las y los participantes a prestar atención a su alrededor.
Sesión 9	Integrando lo que ahora conozco	Fomentar en las y los participantes la práctica de fortalezas y reflexionar sobre los beneficios que les han generado las actividades practicadas en el taller.
Sesión 10	Hasta pronto	Evaluar los conocimientos adquiridos durante el taller y reconocer la participación en el mismo.

A continuación, se describen las sesiones de la intervención y los materiales de cada una:

Sesión 1: Conociéndonos

Objetivo: Establecer la comunidad de aprendizaje

Materiales:

- ✓ Computador
- ✓ Proyector
- ✓ Gafetes (Ver Anexo 7)
- ✓ Cuestionario conocimientos básico de la intervención (Ver Anexo 9)
- ✓ Lápices
- ✓ Gomas
- ✓ Sacapuntas
- ✓ Diario Fantástico (Ver Anexo 8)

Descripción de la sesión: En esta sesión se presenta el taller, a las y los participantes, indicándoles el nombre y objetivo del mismo; posteriormente se presentan tanto las instructoras como las y los participantes mediante una dinámica llamada identificación de un animal en la cual él o la participante pasara al frente del salón donde se le hará entrega de su gafete y deberá explicar el nombre del animal y las fortalezas, no físicas, por las que se eligió a ese animal. Posteriormente se aplica “El cuestionario conocimientos básico de la intervención” a modo de diagnóstico para determinar el nivel de conocimientos que los participantes tienen antes de impartirles el taller. Finalmente se hace la entrega del “Diario Fantástico” y se les explica a los niños como es que deben llenarlo pero sin explicar los temas que en él se abordan pues eso se hará a lo largo de la intervención.

Sesión 2: Conociendo mis fortalezas

Objetivo: Presentar las fortalezas de carácter a las y los participantes para darles a conocer cuáles son las que más usan y las que necesitan desarrollarse más.

Materiales:

- ✓ Gafetes
- ✓ Diario Fantástico (Ver Anexo 8)
- ✓ Boletín Fantástico (Ver Anexo 12)
- ✓ Lápices
- ✓ Gomas
- ✓ Sacapuntas
- ✓ Definiciones fortalezas
- ✓ Silueta árbol
- ✓ Figuras de hojas de árbol
- ✓ Figuras de frutos
- ✓ Figura de maceta
- ✓ Boleta Fantástica (Ver Anexo 12)
- ✓ Aprendizaje del día (Ver anexo 11)

Descripción de la sesión: Al iniciar esta sesión los participantes entregan su “Diario Fantástico” a las instructoras las cuales agregan puntos en su “Boleta Fantástica” los cuales pueden ser tres, cinco o diez según el desempeño de la elaboración de sus actividades. Las instructoras harán entrega del “Boletín fantástico” a cada uno de los niños donde se describen las virtudes y fortalezas; posteriormente entregarán las definiciones de las fortalezas cortadas a modo de rompecabezas con las que las y los participantes divididos en equipos deberán volver a rearmar y determinar a qué fortaleza pertenece la definición, con el apoyo de su boletín, deberán tener un total de cuatro fortalezas identificadas al concluir la actividad. Se entregará a cada uno de los participantes la figura de una hoja de árbol con una fortaleza escrita en ella con la cual deberán pasar al frente a explicar la

fortaleza que les toco y pegarla en la silueta del árbol; para las virtudes se entregarán figuras de frutos a los niños según la virtud que más usan y se procederán a explicar y pegar de igual manera en el árbol. Se les entregará a las y los participantes la figura de una maceta donde escribirán cuales son las fortalezas que les gustaría desarrollar a lo largo de la intervención. Finalmente se realizarán ejercicios de movimiento consciente con las y los participantes y posteriormente llenaran su hoja de aprendizaje del día; al entregar su aprendizaje se hará entrega del Diario fantástico. Al concluir la sesión los participantes reciben puntos por realizar las actividades durante la sesión, siendo diez puntos el máximo, cinco el medio y tres el mínimo, y por realizar las actividades respetando las reglas, materiales y compañeros también se les asignaran puntos, cinco o tres puntos, según consideren las instructoras.

Sesión 3: Conociendo mis emociones

Objetivo: Fomentar la identificación de las emociones en sí mismos, así como en los demás para la adecuada regulación y expresión de éstas.

Materiales:

- ✓ Gafetes
- ✓ Diario Fantástico (Ver Anexo 8)
- ✓ Tarjetas expresiones faciales, situaciones descritas y nombre de las emociones (Ver Anexo 14)
- ✓ Tableros de bingo (Ver Anexo 13)
- ✓ Boleta fantástica (Ver Anexo 10)
- ✓ Aprendizaje del día (Ver Anexo 11)

Descripción de la sesión: Al iniciar esta sesión los participantes entregan su “Diario Fantástico” a las instructoras las cuales agregan puntos en su “Boleta Fantástica” los cuales pueden ser tres, cinco o diez según el desempeño de la elaboración de sus actividades. Las instructoras darán una breve explicación de las emociones y harán entrega de los tableros de bingo a las y los participantes y una

o uno de las y los participantes leerá en voz alta las tarjetas con el nombre de las emociones, situaciones y expresiones descritas mientras el resto de las y los participantes deberán estar atentos a su tablero. Se formarán dos o tres equipos y un representante de cada equipo pasará al frente a representar con mímica una emoción mientras el resto de su equipo determina cual es. Finalmente se realizarán ejercicios de atención sostenida con las y los participantes y posteriormente llenaran su hoja de aprendizaje del día; al entregar su aprendizaje se hará entrega del Diario fantástico. Al concluir la sesión los participantes reciben puntos por realizar las actividades durante la sesión, siendo diez puntos el máximo, cinco el medio y tres el mínimo, y por realizar las actividades respetando las reglas, materiales y compañeros también se les asignaran puntos, cinco o tres puntos, según consideren las instructoras.

Sesión 4: Conociendo mi forma de pensar

Objetivo: Generar un cambio en la forma de pensar y actuar de las y los participantes con respecto a su relación con los otros.

Materiales:

- ✓ Gafetes
- ✓ Diario fantástico (Ver Anexo 8)
- ✓ Lápices
- ✓ Describiéndome (Ver Anexo 15)
- ✓ Identificando mis pensamientos (Ver Anexo 16)
- ✓ Confeti Azul
- ✓ Confeti Naranja
- ✓ Hoja azul
- ✓ Hoja Naranja
- ✓ Caja
- ✓ Hojas blancas cortadas en papellitos
- ✓ Boleta Fantástica (Ver Anexo 10)
- ✓ Aprendizaje del día (Ver Anexo 11)

Descripción de la sesión: Al iniciar esta sesión los participantes entregan su “Diario Fantástico” a las instructoras las cuales agregan puntos en su “Boleta Fantástica” los cuales pueden ser tres, cinco o diez según el desempeño de la elaboración de sus actividades. Se entregarán a las y los participantes la hoja “Describiéndome” donde los participantes contestarán los cuestionamientos ¿cómo soy?, ¿qué me caracteriza?, ¿qué me diferencia de los demás?, ¿cómo quiero ser recordado? y ¿cómo me veo a mi mismo?, posteriormente cambiarán la hoja con otro u otra participante el cual contestara de forma positiva ¿cómo veo a mi compañero? y ¿qué lo caracteriza?, cada participante leerá ambas descripciones y compartirá si la percepción que tiene de sí mismo es igual a la que los otros tienen. Después las instructoras darán una breve explicación sobre pensamientos fríos y calientes, positivos y negativos y les entregarán a las y los participantes las hojas de “Identificando mis pensamientos” la cual tiene cuatro apartados pensamientos que yo tengo sobre mí, pensamientos que mis padres tienen sobre mí, pensamientos que mis amigos tienen sobre mí y pensamientos que los adultos tienen sobre mí, se les indicará que coloquen confeti azul para pensamientos fríos y naranja para pensamientos calientes. Se entregará a las y los participantes papelitos donde escribirán diferentes pensamientos que han tenido, ya sean calientes o fríos, los cuales colocarán dentro de una caja y se mezclarán, posteriormente las instructoras sacarán uno por uno los papelitos, les procederán a dar lectura y las y los participantes deberán determinar si es un pensamiento frío o caliente y colocarlo sobre la hoja naranja (pensamiento caliente) o la hoja azul (pensamiento frío). Finalmente se realizarán ejercicios de atención abierta con las y los participantes y posteriormente llenaran su hoja de aprendizaje del día; al entregar su aprendizaje se hará entrega del Diario fantástico. Al concluir la sesión los participantes reciben puntos por realizar las actividades durante la sesión, siendo diez puntos el máximo, cinco el medio y tres el mínimo, y por realizar las actividades respetando las reglas, materiales y compañeros también se les asignaran puntos, cinco o tres puntos, según consideren las instructoras.

Sesión 5: Conociendo mi forma de reaccionar

Objetivo: Conocer la forma de reacción de las y los participantes al presentarles situaciones difíciles y fomentar la tolerancia a la frustración.

Materiales:

- ✓ Gafetes
- ✓ Diario Fantástico (Ver Anexo 8)
- ✓ Lápices
- ✓ Portarretratos de palitos de madera
- ✓ Frases referentes a las fortalezas
- ✓ Plumines de diferentes colores
- ✓ Termómetro de la relajación (Ver Anexo 17)
- ✓ Globos
- ✓ Harina
- ✓ Gomitas
- ✓ Boleta Fantástica (Ver Anexo 10)
- ✓ Aprendizaje del día (Ver Anexo 11)

Descripción de la sesión: Al iniciar esta sesión los participantes entregan su “Diario Fantástico” a las instructoras las cuales agregan puntos en su “Boleta Fantástica” los cuales pueden ser tres, cinco o diez según el desempeño de la elaboración de sus actividades. Se entregan a las y los participantes los Portarretratos y se les entregan plumines referentes a los colores de las virtudes a las que pertenecen las fortalezas que más y menos usan y deberán, por medio de la técnica de puntillismo, decorar los portarretratos; los lados verticales corresponden a las fortalezas de menos uso y los horizontales a las fortalezas de más uso, al terminar las instructoras procederán a pegar en los marcos la frase correspondiente a la fortaleza de más uso y la fotografía de la o el participante. Se les entregará a los participantes “El termómetro de la relajación” donde escribirán situaciones que ubicaran en el grado de relación que ejerce en ellos y posteriormente lo explicaran al resto de los participantes. Las instructoras

entregarán a las y los participantes un globo el cual llenarán con harina hasta el punto que las instructoras consideren pertinente, después el globo será cubierto con otro globo para reforzarlo. Finalmente se realizarán ejercicios de atención plena, usando gomitas, con las y los participantes y posteriormente llenarán su hoja de aprendizaje del día; al entregar su aprendizaje se hará entrega del Diario fantástico. Al concluir la sesión los participantes reciben puntos por realizar las actividades durante la sesión, siendo diez puntos el máximo, cinco el medio y tres el mínimo, y por realizar las actividades respetando las reglas, materiales y compañeros también se les asignarán puntos, cinco o tres puntos, según consideren las instructoras.

Sesión 6: Conociendo la importancia de la gratitud

Objetivo: Generar un cambio en la forma de pensar y actuar de las y los participantes al fomentar la gratitud.

Materiales:

- ✓ Gafetes
- ✓ Diario Fantástico (Ver Anexo 8)
- ✓ Lápices
- ✓ Hojas Blancas
- ✓ Papel cascarón
- ✓ Hojas de colores
- ✓ Plumines
- ✓ Recortables de casas, autos y plantas
- ✓ Reglas de convivencia (Ver Anexo 18)
- ✓ Pay de la generosidad (Ver Anexo 19)
- ✓ Colores
- ✓ Tijeras
- ✓ Carta y sobre de gratitud (Ver Anexo 20)
- ✓ Boleta Fantástica (Ver Anexo 10)
- ✓ Aprendizaje del día (Ver Anexo 11)

Descripción de la sesión: Al iniciar esta sesión los participantes entregan su “Diario Fantástico” a las instructoras las cuales agregan puntos en su “Boleta Fantástica” los cuales pueden ser tres, cinco o diez según el desempeño de la elaboración de sus actividades. Se dividirán a las y los participantes en dos equipos y a cada equipo se le entregará una hoja de reglas de convivencia, recortables, hojas de colores y un papel cascarón, el cual será la base para su ciudad, cada equipo deberá formar con los materiales la ciudad en la que a ellos les gustaría vivir así como determinar las reglas de convivencia, al concluir su ciudad cada equipo pasará a exponer su ciudad, indicando el nombre que le eligieron y las reglas de convivencia que establecieron. Las instructoras entregarán a las y los participantes la hoja del pay de la generosidad así como una figura de pay, las y los participantes deberán decorar la figura del pay y cortarla en ocho pedazos los cuales serán compartidos con el resto de las y los participantes, en su hoja del pay de la generosidad deberán escribir la receta, desde su punto de vista, para hacer un pay que vuelva generoso a una persona y pegar donde cada uno de los pedazos que le fueron regalados donde está la figura, posteriormente algunos de las y los participantes pasaran a explicar su trabajo. Se les entregará a las y los participantes una hoja para su carta de la gratitud en la cual ellos redactaran un escrito para una persona a la que quieran agradecer, al concluir guardarán la carta en un sobre y lo sellarán para entregarla posteriormente. Finalmente se realizarán ejercicios de respiración consciente, con las y los participantes y posteriormente llenaran su hoja de aprendizaje del día; al entregar su aprendizaje se hará entrega del Diario fantástico. Al concluir la sesión los participantes reciben puntos por realizar las actividades durante la sesión, siendo diez puntos el máximo, cinco el medio y tres el mínimo, y por realizar las actividades respetando las reglas, materiales y compañeros también se les asignaran puntos, cinco o tres puntos, según consideren las instructoras.

Sesión 7: Conociendo la importancia de solucionar problemas

Objetivo: Conocer y mejorar la manera de reaccionar de las y los participantes ante ciertas situaciones.

Materiales:

- ✓ Gafetes
- ✓ Diario Fantástico (Ver Anexo 8)
- ✓ Cubos con imágenes (Ver Anexo 21)
- ✓ Mensajes de problemas (Ver Anexo 22)
- ✓ Pelota
- ✓ Bocinas
- ✓ Música
- ✓ Boleta Fantástica (Ver Anexo 10)
- ✓ Aprendizaje del día (Ver Anexo 11)

Descripción de la sesión: Al iniciar esta sesión los participantes entregan su “Diario Fantástico” a las instructoras las cuales agregan puntos en su “Boleta Fantástica” los cuales pueden ser tres, cinco o diez según el desempeño de la elaboración de sus actividades. Las instructoras elegirán a una o uno de las y los participantes para pasar al frente y en una mesa se colocará cubos con personajes, lugares y situaciones, seis en total, con los cuales deberá formar una historia que incluya una problemática a resolver, esta actividad se realizará hasta pasar todos o la mayoría de las y los participantes. Se entregarán a las y los participantes los mensajes de los problemas donde se les pide contesten con un consejo para resolver una problemática por la que está pasando otra persona, se le pedirá a las y los participantes pasen a explicar lo que escribieron. Las instructoras formaran un circulo con las y los participantes y les entregarán una pelota la cual deberán pasar de mano en mano mientras la música se reproduzca cuando la música se detenga él o la participante que tenga la pelota deberá plantear una problemática real o ficticia y el resto de las y los participantes deberán plantear una solución. Finalmente se realizarán ejercicios de respiración, con las y los participantes y posteriormente llenaran su hoja de aprendizaje del día; al entregar su aprendizaje se hará entrega del Diario fantástico. Al concluir la sesión los participantes reciben puntos por realizar las actividades durante la sesión, siendo diez puntos el máximo, cinco el

medio y tres el mínimo, y por realizar las actividades respetando las reglas, materiales y compañeros también se les asignaran puntos, cinco o tres puntos, según consideren las instructoras.

Sesión 8: *Disfrutando del aquí y del ahora*

Objetivo: Enseñara las y los participantes a prestar atención a su alrededor

Material:

- ✓ Gafetes
- ✓ Diario Fantástico (Ver anexo 8)
- ✓ Música de fondo
- ✓ Lectura “Atentos como ranas”
- ✓ Lectura “El árbol encantado”
- ✓ Hojas de colores
- ✓ Fundamentos de la atención plena (Ver Anexo 24)
- ✓ Boleta Fantástica (Ver Anexo 10)
- ✓ Aprendizaje del día (Ver Anexo 11)

Descripción de la sesión: Al iniciar esta sesión los participantes entregan su “Diario Fantástico” a las instructoras las cuales agregan puntos en su “Boleta Fantástica” los cuales pueden ser tres, cinco o diez según el desempeño de la elaboración de sus actividades. Las instructoras pedirán a las y los participantes que formen se recuesten en una posición cómoda sin cruzar brazos ni piernas y las instructoras guiarán la respiración de las y los participantes por medio de la lectura de atentos cómo ranas, al concluir se pedirá la opinión de las y los participantes. Se entregara una hoja con los fundamentos de la práctica de atención plena posteriormente se les entregará a las y los participantes una hoja de color con la cual, mediante las instrucciones de las instructoras, formaran una rana de origami. Las instructoras pedirán nuevamente a las y los participantes que se recuesten en una posición cómoda, sin cruzar brazos ni piernas, y guiarán la respiración de las y los participantes mediante la visualización del árbol encantado, al concluir se pedirá

a las y los participantes que expresen como se sintieron durante la actividad. Finalmente se pedirá a las y los participantes formen un círculo, se coloquen en una posición cómoda, cierren los ojos y centren su atención a la música sin dejar entrar ningún otro ruido del exterior. Las y los participantes llenaran su hoja de aprendizaje del día; al entregar su aprendizaje se hará entrega del Diario fantástico. Al concluir la sesión los participantes reciben puntos por realizar las actividades durante la sesión, siendo diez puntos el máximo, cinco el medio y tres el mínimo, y por realizar las actividades respetando las reglas, materiales y compañeros también se les asignaran puntos, cinco o tres puntos, según consideren las instructoras.

Sesión 9: Integrando lo que ahora conozco

Objetivo: Fomentar en las y los participantes la práctica de fortalezas y reflexionar sobre los beneficios que les han generado las actividades practicadas en el taller.

Materiales:

- ✓ Gafetes
- ✓ Diario Fantástico (Ver Anexo 8)
- ✓ Hojas colores
- ✓ Lectura “El chico que quería surfear”
- ✓ Lápices
- ✓ Música
- ✓ Tablero ¿Qué me paso y cómo reaccione? (Ver Anexo 23)
- ✓ Boleta Fantástica (Ver Anexo 10)
- ✓ Aprendizaje del día (Ver Anexo 11)

Descripción de la sesión: Al iniciar esta sesión los participantes entregan su “Diario Fantástico” a las instructoras las cuales agregan puntos en su “Boleta Fantástica” los cuales pueden ser tres, cinco o diez según el desempeño de la elaboración de sus actividades. Las instructoras entregarán a las y los participantes una hoja de color con la cual, mediante las instrucciones de las instructoras,

formarán un barco de origami; las instructoras le pedirán a las y los participantes que se recuesten en una posición cómoda, sin cruzar brazos ni piernas, y se coloquen el barco sobre el estómago, el cual por medio de su respiración, guiada por las instrucciones y el sonido del mar, se moverá simulando ser olas. Las instructoras explicarán el tablero ¿qué me paso y cómo reaccione?, el cual han trabajado dentro de su diario fantástico, por equipos deberán plantear una situación que posteriormente explicarán y colocarán en el tablero. Posteriormente las instructoras pedirán a las y los participantes se recuesten en una posición cómoda, sin cruzar brazos ni piernas, y cierren los ojos para escuchar atentamente la historia del chico que quería surfear al concluir la lectura se les pedirá a las y los participantes su opinión sobre la actividad. Finalmente se colocarán a las y los participantes en parejas y se les pedirá que por turnos hablen sobre un tema y mientras uno habla el otro escucha atentamente, si en algún momento él o la participante que escucha detecta que se está distrayendo deberá levantar la mano e intentar concentrarse en su compañero mientras él o la participante que habla detecta como se siente al ver la mano levantada de su compañero, posteriormente los papeles se invierten y al concluir la actividad se pide a las y los participantes como se sintieron durante la actividad. Las y los participantes llenaran su hoja de aprendizaje del día; al entregar su aprendizaje se hará entrega del Diario fantástico. Al concluir la sesión los participantes reciben puntos por realizar las actividades durante la sesión, siendo diez puntos el máximo, cinco el medio y tres el mínimo, y por realizar las actividades respetando las reglas, materiales y compañeros también se les asignaran puntos, cinco o tres puntos, según consideren las instructoras.

Sesión 10: Hasta pronto

Objetivo: Evaluar los conocimientos adquiridos durante el taller y reconocer la participación en el mismo.

Materiales:

- ✓ Gafetes
- ✓ Lápices

- ✓ Tarjetas con fortalezas descritas (Ver Anexo 27)
- ✓ Tableros de lotería de las fortalezas (Ver Anexo 26)
- ✓ Hojas blancas
- ✓ Cuestionario componentes de la intervención (Ver Anexo 28)
- ✓ Germinando mis fortalezas (Ver Anexo 25)
- ✓ Boletas Fantásticas (Ver Anexo 10)
- ✓ Aprendizaje del día (Ver Anexo 11)
- ✓ Reconocimientos (Ver Anexo 29)

Descripción de la sesión: Al iniciar esta sesión los participantes entregan su último “Diario Fantástico” a las instructoras las cuales agregan puntos en su “Boleta Fantástica” los cuales pueden ser tres, cinco o diez según el desempeño de la elaboración de sus actividades. Se entregará a las y los participantes un tablero de lotería y un pedazo de hoja para que hagan bolitas con ella, las instructoras leerán las descripciones de las fortalezas y ellos deberán determinar a qué fortaleza pertenece la descripción, se llevarán dos conteos uno de él o la participante que identifique más fortalezas y otro de él o la participante que tenga las fortalezas en su tablero. Se entregará a las y los participantes el cuestionario de componentes de la intervención para determinar que conocimientos adquirieron durante la sesión. Las instructoras darán a las y los participantes la actividad de germinando mis fortalezas donde desde su perspectiva deberán colocar que fortalezas germinaron en ellos y porqué, las o los participantes que lo deseen pasarán a explicar sus respuestas. Posteriormente las y los participantes llenaran su última hoja de aprendizaje del día. Finalmente se entregarán a las y los participantes reconocimientos por su participación durante el taller y se les dará un agradecimiento por el mismo.

MÉTODO ESTUDIO I

Pregunta de investigación

¿Qué efecto tiene una intervención universal preventiva selectiva con enfoque cognitivo-conductual y componentes de psicología positiva sobre las virtudes, las fortalezas de carácter y las habilidades sociales en población infantil con presencia de sintomatología depresiva y sin presencia de sintomatología depresiva?

Objetivo general

Implementar una intervención universal preventiva selectiva con enfoque cognitivo-conductual y componentes de psicología positiva sobre las virtudes, las fortalezas de carácter y las habilidades sociales en población infantil sin presencia de sintomatología depresiva y con presencia de sintomatología depresiva.

Objetivos específicos

1. Describir las virtudes y fortalezas de carácter que poseen los y las participantes.
2. Identificar si existe presencia de sintomatología depresiva en los y las participantes.
3. Describir las habilidades sociales que poseen los y las participantes.
4. Implementar la intervención cognitivo-conductual con componentes de psicología positiva para incrementar virtudes y fortalezas de carácter.
5. Describir los efectos de la intervención en las virtudes y fortalezas de carácter en participantes clínicos y no clínicos.
6. Describir los efectos de la intervención sobre la sintomatología depresiva en participantes clínicos y no clínicos.
7. Describir los efectos de la intervención en las habilidades sociales en participantes clínicos y no clínicos.
8. Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre participantes clínicos y no clínicos, posterior a la implementación de la intervención.

Tipo de estudio

Exploratorio descriptivo

Tipo de diseño

El tipo de diseño de esta fase fue Cuasiexperimental (*Pretest - Postest*) de dos grupos, un grupo experimental y otro de réplica. Es decir, en los dos grupos fueron medidas las variables estudiadas antes y después de la intervención (García, 2009).

Variables

Tabla 35.

Variable independiente

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados	Conjunto de técnicas grupales Cognitivo-Conductuales con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados.	Técnicas seleccionadas específicamente para la intervención (Psicoeducación, Reestructuración cognitiva, Entrenamiento en habilidades sociales, Entrenamiento en solución de problemas, Autorregistros, Técnicas de relajación, Técnicas de atención plena y Actividades para el desarrollo de fortalezas de carácter)

Tabla 36.*Variables dependientes*

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
Fortalezas de carácter	Son las características, manifestaciones psicológicas, recursos positivos o estilos moralmente valorables de pensar, sentir y actuar de una persona, que al ser utilizadas favorecen o contribuyen al bienestar y a la vida en plenitud (Peterson & Seligman, 2004).	<i>Values in Action Inventory of Strengths for Youth (VIA-Y)</i> es una versión a modo de autoinforme con 198 preguntas, desarrollada por Park y Peterson (2006) para su uso con niños y jóvenes de entre 8 y 17 años, fue adaptado para población mexicana por Valencia, Urbina, Lima & García (en prensa).
Habilidades sociales	Conjunto de conductas emitidas en un contexto interpersonal, emitiendo actitudes, sentimientos, deseos opiniones y derechos de un modo apropiado para la situación y respetando esas conductas en los demás (Caballo, 2009).	Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS) es un cuestionario compuesto por 27 reactivos con cinco opciones diferentes de respuesta y evalúa habilidades sociales y la expresión de emociones para caracterizar comportamientos asertivo, pasivo y agresivo (Michelson & Wood, 1982; Lara & Silva, 2002).
Depresión Infantil	Situación afectiva de tristeza vital y profunda, mayor en intensidad y duración que envuelve al niño/a hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás, presentando sentimientos de desesperación y desaliento (Bermudez & Bermudez, 2004).	Inventario de Depresión Infantil (CDI por sus siglas en inglés) se trata de un autoinforme de 27 reactivos con la presentación de síntomas depresivos en niños de edad escolar y adolescentes (Kovacs, 1992) fue adaptado para población mexicana por Ayala y

Variable	Definición conceptual	Definición operacional
		Meave (2002) y con una revisión psicométrica realizada por Zavala (2016).

Hipótesis de investigación

Hi: Existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de una Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados en una muestra de niños clínicos (con sintomatología depresiva) y en una muestra de niños no clínicos (sin sintomatología depresiva).

Ho: No existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de un Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados en una muestra de niños clínicos (con sintomatología depresiva) y en una muestra de niños no clínicos (sin sintomatología depresiva).

Participantes

Muestra

La muestra estuvo conformada por 32 participantes (14 niños y 18 niñas) divididos aleatoriamente en dos grupos, con un rango de edad de 10 a 11 años, que cursaban 5° de primaria en la Escuela Primaria Cuauhtémoc del municipio de Mineral de Reforma, Hidalgo.

Para conformar los grupos, se seleccionaron a los y las participantes de manera aleatoria. Se conformaron dos grupos de 16 participantes cada uno, sin embargo por los criterios de eliminación, para el análisis de datos sólo se consideran 15 participantes en cada grupo.

Dentro de estos grupos los y las participantes fueron clasificados en clínicos y no clínicos, considerando como clínicos a aquellos que puntuaran arriba de 19 en la prueba CDI.

Tipo de muestreo

Aleatorio, estratificado

Criterios de inclusión

- Contar con el consentimiento informado firmado de los padres de familia o tutores.
- Cursar 5° grado de primaria.
- Tener entre 10 u 11 años de edad.
- Ser alumnos pertenecientes a la “Escuela Primaria Cuauhtémoc”.
- Contestar los instrumentos empleados antes y después de la intervención.
- Tener más de seis asistencias a la intervención.
- Contestar los instrumentos completos antes y después de la intervención.

Criterios de exclusión

- No contar con el consentimiento informado firmado de los padres de familia o tutores.
- No estar inscrito a la “Escuela Primaria Cuauhtémoc”.
- No tener entre 10 u 11 años de edad.

Criterios de eliminación

- No terminar alguno de los instrumentos antes y después de la intervención.
- Tener más de tres faltas en la intervención.
- No contestar alguno de los instrumentos antes y después de la intervención.
- Contestar incorrectamente los instrumentos.

Escenario

La intervención tuvo lugar en la Escuela Primaria Cuauhtémoc; las sesiones con el grupo experimental se llevaron a cabo los días miércoles y los días jueves con el grupo de réplica en un horario de 11:30 – 13:30, las cuales se realizaron en

el patio de la escuela que contaba con el espacio adecuado para realizar las sesiones.

Instrumentos

Se integró una batería de instrumentos con el fin de evaluar a los y las participantes, los cuales se describirán brevemente a continuación:

Values In Action of Strengths foy Young (VIA-Y, por sus siglas en inglés) es un cuestionario para evaluar las fortalezas de carácter en niños. Se trata de un autoinforme que consta de 194 ítems escala tipo Likert de cinco puntos para cuantificar el grado en que la persona se siente identificada con cada ítem. Fue desarrollado por Dahlsgaard, Park, Peterson & Seligman (2004) y fue adaptado para población infantil por Valencia, Urbina, Lima & García (en prensa) para niños entre 8 y 13 años, con un alfa de Cronbach de .97 (Ver Anexo 2).

Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS, por sus siglas en inglés) está compuesta por 27 reactivos con cinco opciones diferentes de respuesta para cada reactivo y tiene como objetivo evaluar habilidades sociales y la expresión de emociones. Se le asigna un valor de 1 a 5 a cada respuesta para al finalizar tener una puntuación total, para caracterizar comportamientos asertivo, pasivo y agresivo. La escala es inversa, a menor puntaje mayor asertividad, y a mayor puntaje, existe la presencia de un patrón de comportamiento caracterizado por la agresividad. La escala fue construida por Michelson y Wood (1982) y para este estudio se utilizó la adaptación de Lara y Silva (2002) quienes la validaron para población mexicana con una consistencia interna de $\alpha=.80$ (Ver Anexo 4).

Inventario de Depresión Infantil (CDI por sus siglas en inglés) se trata de un autoinforme de 27 reactivos con la presentación de síntomas depresivos en niños de edad escolar y adolescentes (Kovacs, 1992) con una escala de tipo Likert de tres opciones (“Sí”, “No” y “A veces”) y fue adaptado para población mexicana por Ayala & Meave (2002) y validado nuevamente por Zavala en 2016 (Ver Anexo 3).

Autorregistros estrategia de análisis funcional de la conducta acuñado por Skinner (Kaholokula, Godoy, O’Brien, Haynes, & Gavino, 2013) que se refiere a las demostraciones empíricas de la relación causa-efecto identificada en el contexto y

la conducta presentada. Consiste en un análisis individual de las conductas específicas a observar, en el cual se establecen las variables que determinan la conducta objetivo y que puedan ser controladas para lograr un cambio (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012). Para esta intervención se desarrolló un autorregistro semanal para que los y las participantes registrarán la topografía (intensidad y frecuencia) de emociones (positivas o negativas), cogniciones (distorsionados) y conductas asociadas a las fortalezas que presentaron durante la semana, para obtener datos cuantitativos y cualitativos.

Procedimiento Estudio I

Para este estudio, se presentó la propuesta al personal directivo y docente de la escuela para la implementación de la intervención, con quien más adelante, se estableció los horarios y el espacio donde se llevaría a cabo. Se realizó una junta informativa y de sensibilización con padres y madres de los participantes para obtener la firma del consentimiento informado (Ver Anexo 1). Posteriormente, de manera aleatoria y estratificada se llevó a cabo la conformación de los grupos.

Con forme a las fechas indicadas por acuerdo con la institución, se aplicó la batería de instrumentos del Pre a los 32 participantes, la cual se realizó de manera digital utilizando la herramienta Google Forms® en el aula de medios de la escuela, contando con aplicadores previamente entrenados. Los datos obtenidos fueron analizados en el SPSS versión 22.

Se procedió a la aplicación de la intervención, conforme a las cartas descriptivas desarrolladas en la Fase 2 de esta investigación. Una vez finalizadas las diez sesiones, se llevó a cabo la evaluación Post, siguiendo el mismo procedimiento que se realizó en la evaluación Pre.

Finalmente, se analizaron los datos obtenidos en la batería de instrumentos y se integraron con los datos de los autorregistros contestados previamente por los y las participantes, para identificar si hubo diferencias antes y después de la intervención en participantes clínicos y no clínicos.

Análisis de datos propuesto

Para el análisis de los datos cuantitativos, se utilizó el paquete de datos IBM SPSS Statistics 22 y debido a las características de la muestra se emplearon las pruebas de comprobación no paramétricas de U de Mann-Whitney y Wilcoxon (González, Escoto & Chávez, 2017). Mientras que para el análisis de datos obtenidos de los autorregistros se utilizó la técnica de Partición de Mitades por su nombre en inglés *Split Middle Technique* (Kazdin, 1982 en Valencia, Flores, Sánchez-Sosa, 2006).

RESULTADOS ESTUDIO I

Descriptivos

El **Grupo 1** (G1) se conformó por 7 niños y 8 niñas de 10 y 11 años de edad. En la Figura 19 se clasificaron los participantes de acuerdo a las condiciones clínicas y por sexo, identificando que 66.7% eran participantes clínicos y el 33.3% participantes no clínicos.

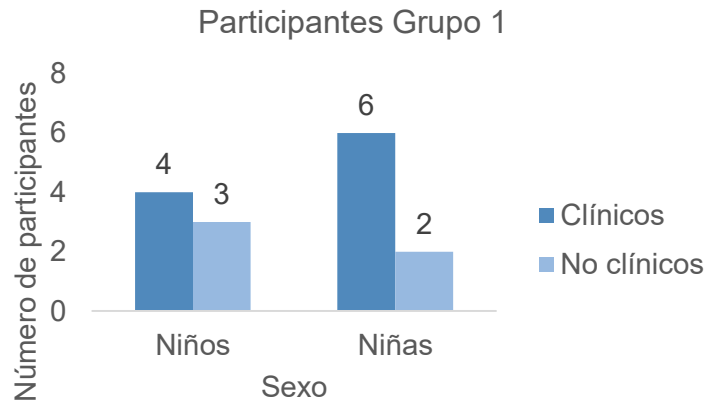


Figura 19. Distribución de los participantes del Grupo 1 por condición clínica y por sexo.

El **Grupo 2** (G2) se conformó de 6 niños y 9 niñas de 10 y 11 años de edad, de los cuales el 60% eran clínicos y el 40% no clínicos, tal y como puede observarse en la Figura 20.

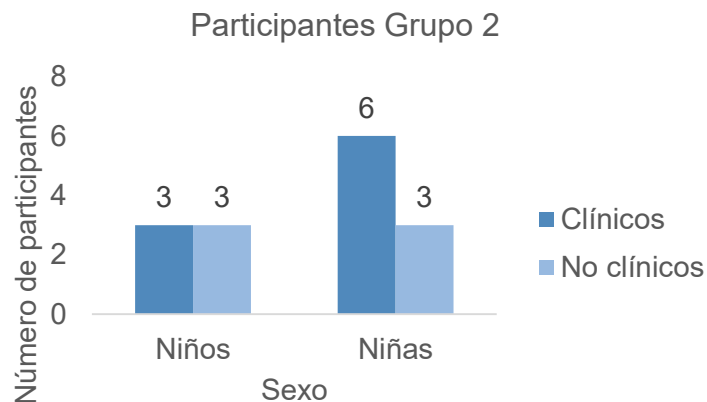


Figura 20. Distribución de los participantes del Grupo 2 por condición clínica y por sexo.

Efectividad de la intervención

Para realizar el análisis estadístico del impacto que tuvo la intervención en el uso de fortalezas, se seleccionó “Técnica de División en Mitades” (Split-Middle-Technique, Kazdin, 1982 en Valencia, Flores, Sánchez-Sosa, 2006) la cual permite analizar la tendencia o pendiente dentro de las fases de línea base e intervención y comparar las pendientes a lo largo de las mismas para así determinar si hay cambios significativos entre los datos de la línea base y la implementación de la intervención, por lo tanto nos permite conocer la efectividad de la intervención. Esta estrategia considera el análisis de los datos recabados a través del Análisis Funcional de la Conducta, mismos que se recopilaron mediante el uso de los “Diarios Fantásticos” (autorregistros).

Por las características de los datos, para el análisis, se seleccionaron seis participantes, tres del Grupo 1 y tres del Grupo 2, de los cuales cinco presentaban sintomatología depresiva y cuatro no. Se les asignó un folio con la combinación de siguiendo el número del grupo, número de lista y si presentaban o no sintomatología depresiva¹.

¹ G1: Grupo 1
G2: Grupo 2
NC: No clínico
C: Clínicos

En el caso **G2-13-NC**, el cual no es clínico, el promedio de uso de fortalezas durante la línea base fue de 42.85%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 91.42%, obteniendo un incremento de 48.57%. Existió un cambio de nivel pero no de pendiente, se obtuvo un valor de significancia de 0.0001 (Ver Figura 21).

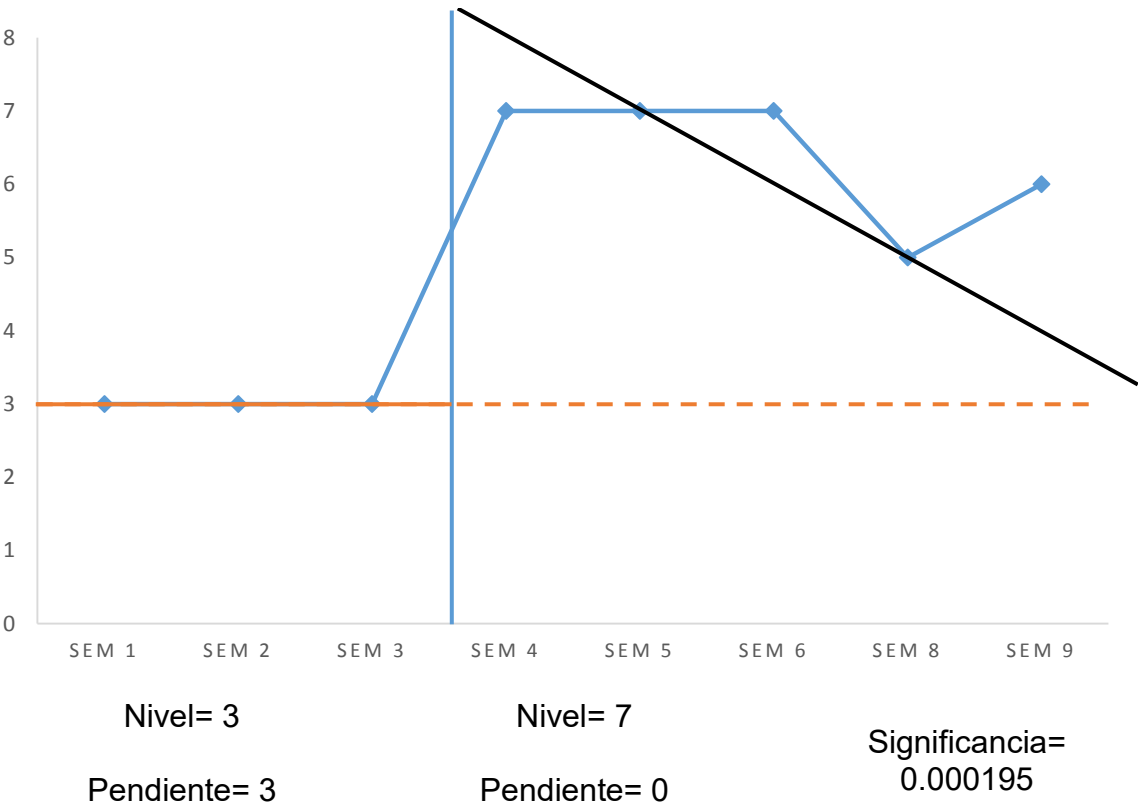


Figura 21. Gráfica de G2-13-NC resultado de la Técnica de división en mitades.

En el caso **G1-15-NC**, el cual no es clínico, el promedio de uso de fortalezas durante la línea base fue de 33.33%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 57.14%, obteniendo un incremento de 23.81%. Existió un cambio de nivel y pendiente, se obtuvo un valor de significancia de 0.0004 (Ver Figura 22).

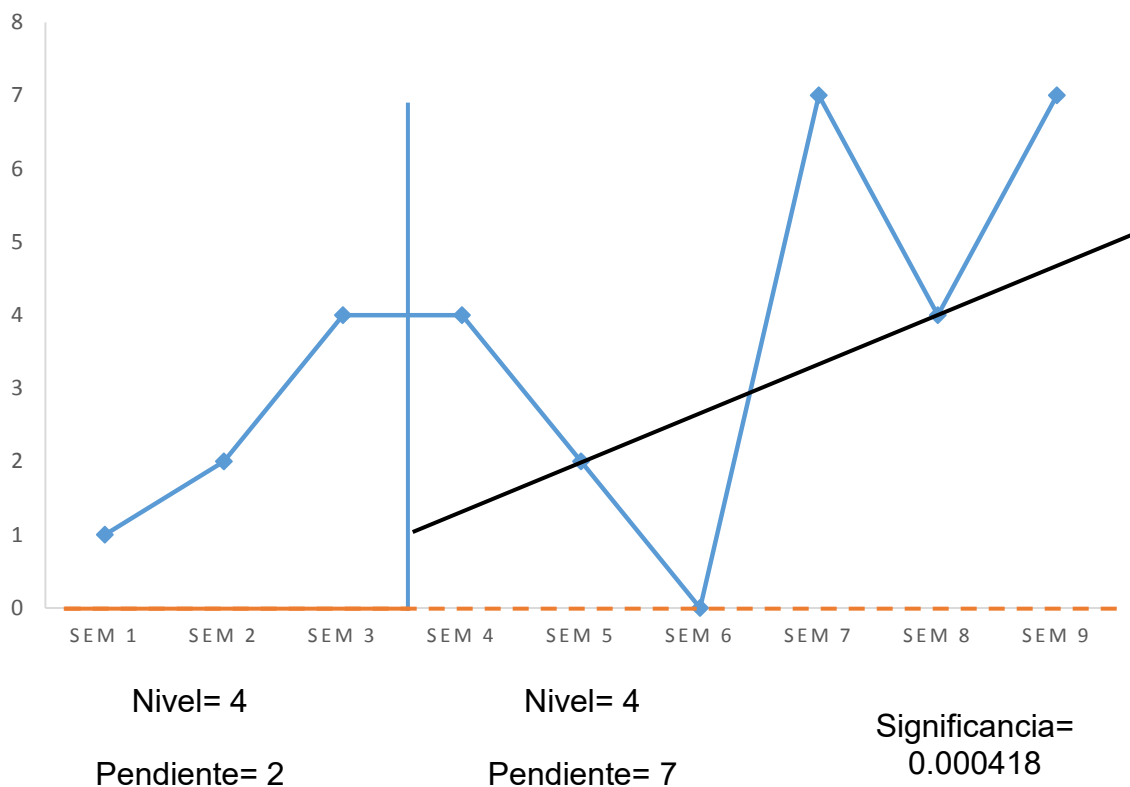


Figura 22. Gráfica de G1-15-NC resultado de la Técnica de división en mitades.

En el caso **G2-15-C**, el cual es clínico, el promedio de uso de fortalezas durante la línea base fue de 9.52%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 47.61%, obteniendo un incremento de 38.09%. No existió un cambio de nivel pero si existió un cambio de pendiente, se obtuvo un valor de significancia de 0.0003 (Ver Figura 23).

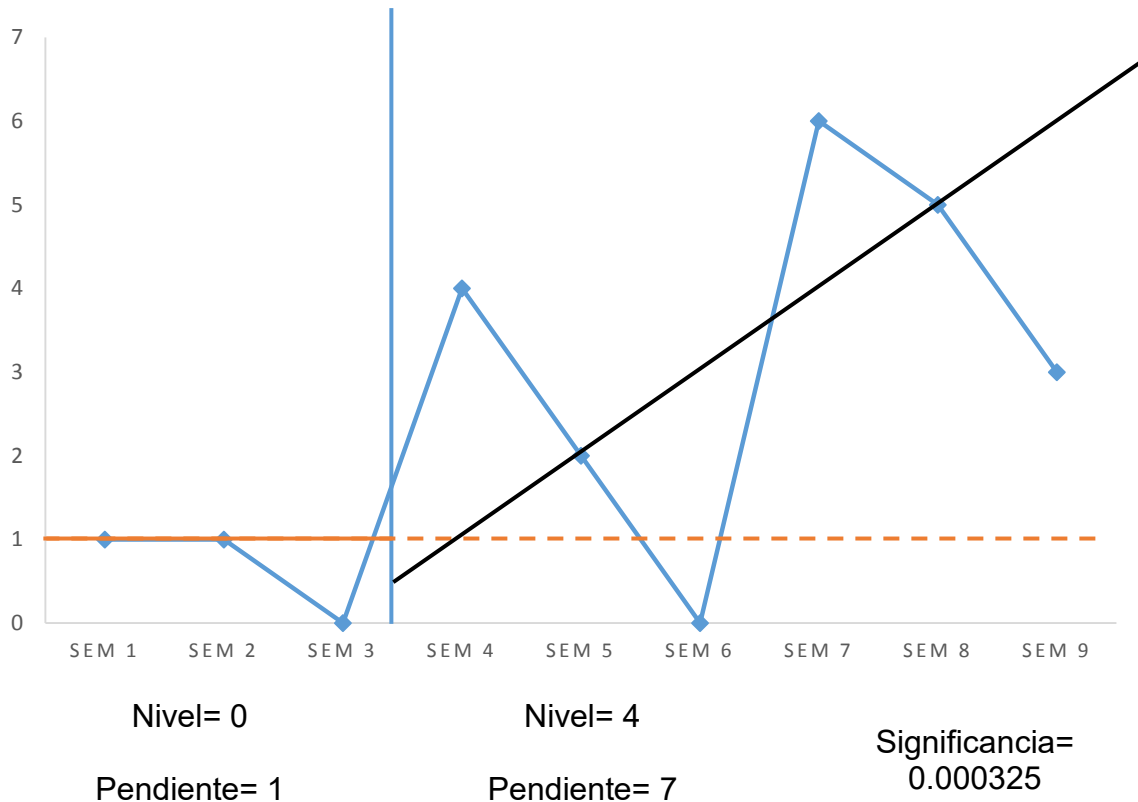


Figura 23. Gráfica de G2-15-C resultado de la Técnica de división en mitades.

En el caso **G1-11-C**, el cual es clínico, el promedio de uso de fortalezas durante la línea base fue de 33.33%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 50%, obteniendo un incremento de 16.67%. No existió un cambio de nivel ni de pendiente, se obtuvo un valor de significancia 0.0002 (Ver Figura 24).

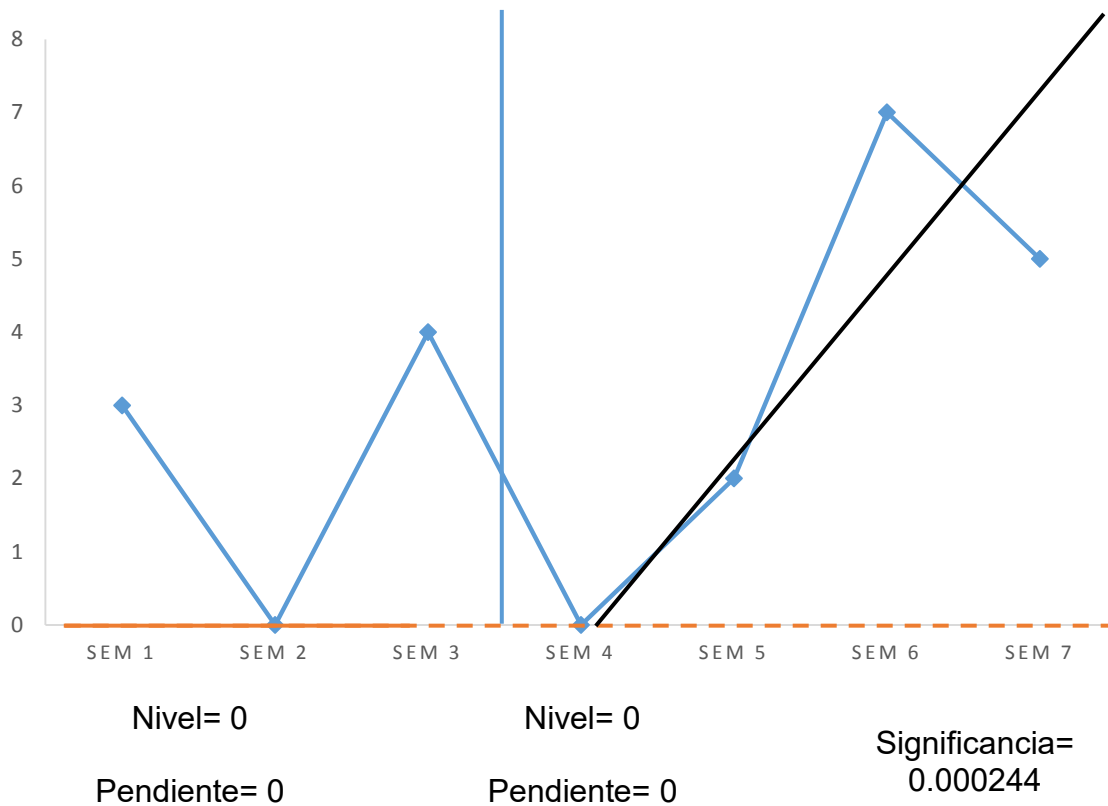


Figura 24. Gráfica de G1-11-C resultado de la Técnica de división en mitades.

En el caso **G2-9-C**, el cual es clínico, el promedio de uso de fortalezas fue de 9.52% durante su línea base, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 61.9%, obteniendo un incremento de 52.38%. No existió un cambio en el nivel o pendiente, se obtuvo un valor de significancia de 0.0001 (Ver Figura 25).

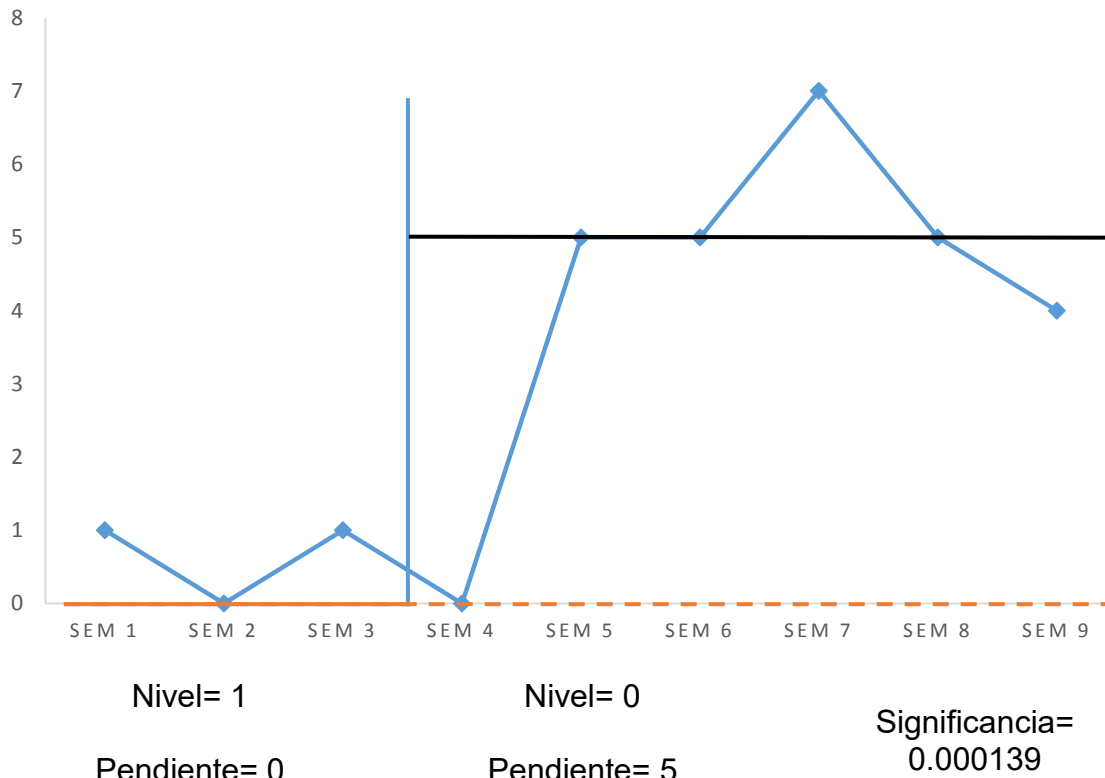


Figura 25. Gráfica de G2-9-C resultado de la Técnica de división en mitades.

En el caso **G2-5-C**, el cual es clínico, el promedio de uso de fortalezas durante la línea base fue de 33.33%, mientras que el promedio de uso durante el tratamiento fue de 71.42%, obteniendo un incremento de 38.09%. No existió un cambio de nivel pero si un cambio de pendiente, se obtuvo un valor de significancia de 0.0004 (Ver Figura 26).

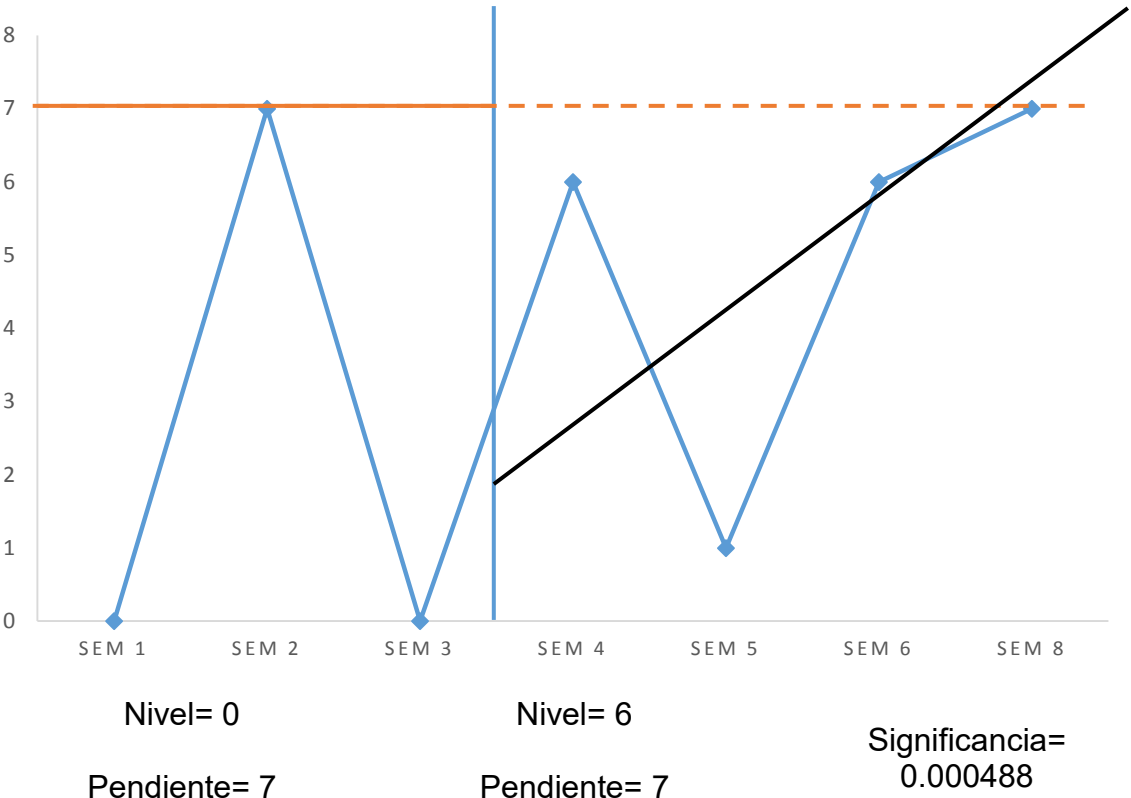


Figura 26. Gráfica de G2-5-C resultado de la Técnica de división en mitades.

Análisis de la Significancia Clínica

Para confirmar la significancia clínica al finalizar la intervención se realizó una entrevista grupal dirigida por una experta con los y las participantes sin la presencia de las facilitadoras para evaluar las verbalizaciones que permitan identificar cambios clínicos después de la intervención. Las y los participantes expresaron cambios en su comportamiento y sus relaciones a partir de las sesiones. En la Tabla 37 se presentan las preguntas realizadas por la experta y las respuestas (verbalizaciones) de los y las participantes clasificados por clínicos y no clínicos de ambos grupos. Estos datos concuerdan con los cambios observados a nivel estadístico en la prueba *Split Middle Technique* (Kazdin, 1982 en Valencia, Flores, Sánchez-Sosa, 2006).

Tabla 37.

Verbalizaciones de los y las participantes al concluir la intervención.

Verbalizaciones al concluir	
Clínicos	No clínicos
¿Qué les pareció lo que hicieron las instructoras?, ¿Cómo se sintieron?, ¿Cómo podrían aprovechar los adultos, sus maestros, sus papás, todas estas actividades que estuvieron realizando?, ¿Qué recomendaciones nos harían para trabajar estos mismos temas con los adultos?	
G2-15-C: <i>Fue algo que nos ayudó mucho, tal vez a muchas personas no en el momento pero hubieron muchas personas que sí pudieron y aprendieron a valorarse a sí mismos y también a conocer, como dice uno de mis compañeros a perdonar, a conocer nuestras fortalezas y debilidades que no conocíamos y a mí me gustó mucho la actividad.</i>	G2-13-NC: <i>A mí me pareció bien lo que nos trajeron las Psicólogas porque fue algo nuevo y algo que nos va a servir para siempre y nos puede servir en todos lados, nos puede servir en la niñez, en la adultez y en todas las etapas de nuestra vida, y a mí me enseñaron la verdad muchas cosas y por ejemplo a perdonar, a darme cuenta de las capacidades que yo tengo, a darme cuenta de las</i>

Verbalizaciones al concluir

Clínicos	No clínicos
	<i>capacidades que tienen los demás, entonces yo pienso que esto fue un buen trabajo que hicieron ellas.</i>
<i>G2-5-C: Como dicen mis compañeros estuvo muy padre, nos enseñaron las virtudes, las fortalezas, por ejemplo, yo era una persona que si me hacían algo era muy difícil que las perdonara pero con esto ya estoy poniendo un poco más en práctica las fortalezas, la capacidad de perdón y pues si me gustó mucho y son cosas que nos sirve para la vida.</i>	<i>G1-2-NC: Ellas nos enseñaron a salir de algunos problemas que podemos tener durante toda la vida y a actuar al estar frente a ellos.</i>
<p>¿Cómo creen que podamos ayudar a los papás para que conozcan sus fortalezas?, ¿En qué creen que les pueda ayudar a los papás conocer esto?, ¿Qué creen que necesitan los papás para poder usar sus fortalezas?</p>	
<i>G2-15-C: Primero aprenderse a valorarse uno mismo para que puedan seguir los demás y también para que aprendan como nosotros que aprendimos a ser valiosos ellos también que se den cuenta que son valiosos como todas las personas.</i>	<i>G2-13-NC: (...) si ellos no tienen esa meta de valorarse e intentar hacerlo no lo van a lograr porque también algo que nos enseñaron a hacer las psicólogas fue a asumir nuestras metas, entonces los adultos igual deben de conocer que aún tienen metas, aun a su edad o que no siempre van a depender de una pareja para ser alguien o que una mujer no siempre va a depender de su esposo para trabajar o para cuidar de sus hijos, igual para ella va a ser difícil pero ella va a aprender.</i>

Verbalizaciones al concluir

Clínicos	No clínicos
G2-5-C: <i>Pues principalmente que quieran hacerlo porque si no quieren hacerlo y pues también que aprendan a valorarse.</i>	G1-2-NC: <i>Yo diría que a los papás les serviría, para conocer más cosas, conocer sus fortalezas y que las apliquen.</i>
	G2-16-NC: <i>Yo lo que pienso es que algunos papás de mis compañeros a veces no tienen un poco de tiempo para sus hijos, entonces creo que las psicólogas les pueden enseñar a tener más tiempo.</i>
<i>¿Cómo les serviría a sus maestros?</i>	
G2-15-C: <i>Para que puedan enfocarse más en ellos mismos y no solo en su trabajo porque ellos pasan mucho tiempo aquí y luego vienen muy estresados de su casa y les podría ayudar a controlar un poco sus emociones.</i>	G2-13-NC: <i>Les va a ayudar a entender y hacer mejor las cosas.</i>
G1-10-C: <i>Yo creo que una parte de nuestra vida la pasamos más con los maestros que con la familia y ellos nos conocen porque nosotros convivimos con ellos y eso les puede ayudar para que cuando nosotros tengamos un conflicto y nos puedan ayudar sin estresarse para evitar llegar a un conflicto mayor y les pueda ayudar a estar más consciente de lo que sucede.</i>	G2-16-NC: <i>Porque ellos trabajan ocho horas con niños y también los niños quieren platicar con ellos sobre alguna situación o sobre sus compañeros y si ellos hacen eso nos van a entender a nosotros y se van a dar cuenta de que ellos también tienen fortalezas.</i>



Figura 27. Fotografía tomada durante las sesiones.

Figura 28. Fotografía tomada durante las sesiones.

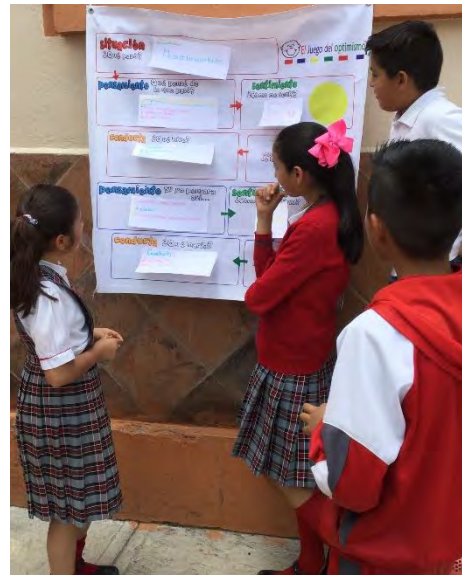


Figura 29. Fotografía tomada durante las sesiones.





Figura 30. Fotografía tomada durante las sesiones.

Figura 31. Fotografía tomada durante las sesiones.



Figura 32. Fotografía tomada durante las sesiones.

Diferencias Pre- Post en el uso de Virtudes y Fortalezas de carácter

A continuación se describen los resultados estadísticos obtenidos por el Grupo 1 y el Grupo 2 con respecto a las virtudes y fortalezas de carácter antes y después de la intervención. Las medias obtenidas en la evaluación **Pre** de las virtudes *Coraje* (G1 \bar{X} =3.53, G2 \bar{X} =3.71), *Humanidad* (G1 \bar{X} =3.44, G2 \bar{X} =3.86), *Justicia* (G1 \bar{X} =3.61, G2 \bar{X} =3.72), *Sabiduría y Conocimiento* (G1 \bar{X} =3.46, G2 \bar{X} =3.75), *Templanza* (G1 \bar{X} =3.31, G2 \bar{X} =3.42) y *Trascendencia* (G1 \bar{X} =3.83, G2 \bar{X} =3.94) indican que el uso de éstas es de leve a moderado. Por otra parte, el Grupo 2 presenta puntuaciones mayores en comparación con el Grupo 1. Para la evaluación **Post**, las virtudes *Coraje* (G1 \bar{X} =3.44, G2 \bar{X} =3.65), *Humanidad* (G1 \bar{X} =3.47, G2 \bar{X} =3.62), *Justicia* (G1 \bar{X} =3.44, G2 \bar{X} =3.63), *Sabiduría y Conocimiento* (G1 \bar{X} =3.51, G2 \bar{X} =3.59), *Templanza* (G1 \bar{X} =3.33, G2 \bar{X} =3.31) y *Trascendencia* (G1 \bar{X} =3.63, G2 \bar{X} =3.76) de la misma manera el Grupo 2 presenta mayores puntuaciones, por lo que se encuentran en uso de leve a moderado.

Las medias obtenidas por cada fortaleza de carácter en las dos mediciones, se pueden observar en la Tabla 38. Las fortalezas de carácter siguieron una tendencia similar a las virtudes.

Tabla 38.

Medias obtenidas por los dos grupos antes y después de la intervención en el Cuestionario VIA-Y.

	Pre		Post	
	Grupo 1 \bar{X}	Grupo 2 \bar{X}	Grupo 1 \bar{X}	Grupo 2 \bar{X}
Integridad	3.6	3.54	3.34	3.65
Persistencia	3.52	3.75	3.52	3.72
Valentía	3.44	3.68	3.4	3.66
Vitalidad	3.56	3.85	3.47	3.57
Amor	3.48	3.88	3.54	3.65
Bondad	3.52	3.89	3.51	3.8

	Pre		Post	
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}	\bar{X}
Inteligencia social	3.31	3.8	3.34	3.38
Ciudadanía	3.77	3.77	3.64	3.84
Imparcialidad	3.65	3.91	3.62	3.61
Liderazgo	3.4	3.45	3.05	3.44
Apertura mental	3.2	3.51	3.3	3.36
Aprendizaje	3.65	3.8	3.6	3.74
Creatividad	3.5	4.01	3.72	3.69
Curiosidad	3.55	3.74	3.62	3.54
Perspectiva	3.41	3.71	3.3	3.65
Autocontrol	3.42	3.48	3.33	3.34
Clemencia	3.29	3.68	3.53	3.46
Humildad	3.23	3.14	3.25	3.2
Prudencia	3.27	3.5	3.27	3.26
Apreciación	3.97	3.85	3.76	3.6
Esperanza	3.73	4	3.52	3.74
Espiritualidad	3.81	4.2	3.75	3.71
Gratitud	3.93	3.91	3.69	3.95
Humor	3.73	3.77	3.48	3.81

Considerando las características de la muestra, se empleó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para identificar si existen diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención entre clínicos y no clínicos de ambos grupos. Los resultados del análisis estadístico sobre las Virtudes indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre clínicos y no clínicos en el Grupo 2 en ambas mediciones (Ver Tabla 39).

Tabla 39.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las virtudes.

Virtud	Grupo	Subgrupo	Virtud					
			Medias Pre	z	p	Medias Post	z	p
Coraje	G1	Clínicos	3.17	-1.353	0.176	3.44	-2.329	0.02
		No clínicos	3.97			3.7		
	G2	Clínicos	3.21	-3.067	0.002	3.17	-3.07	0.002
		No clínicos	4.44			4.38		
Humanidad	G1	Clínicos	3.25	-0.492	0.623	3.41	-1.967	0.49
		No clínicos	3.9			3.52		
	G2	Clínicos	3.41	-3.131	0.002	3.07	3.185	0.001
		No clínicos	4.54			4.44		
Justicia	G1	Clínicos	3.21	-0.613	0.54	3.58	-1.968	0.49
		No clínicos	3.91			3.68		
	G2	Clínicos	3.28	-2.831	0.005	3.25	-2.772	0.006
		No clínicos	4.38			4.19		
Sabiduría y Conocimiento	G1	Clínicos	3.33	-0.736	0.462	3.42	-1.532	0.125
		No clínicos	3.87			3.55		
	G2	Clínicos	3.3	-2.89	0.004	3.15	-3.185	0.001
		No clínicos	4.43			4.26		
Templanza	G1	Clínicos	3.1	-1.046	0.296	3.24	-2.329	0.02
		No clínicos	3.8			3.43		
	G2	Clínicos	3.13	-2.777	0.005	3.04	-1.768	0.077
		No clínicos	3.88			3.71		
Trascendencia	G1	Clínicos	3.47	-1.046	0.296	3.85	-1.47	0.142
		No clínicos	3.97			3.79		
	G2	Clínicos	3.46	-3.067	0.002	3.3	-3.182	0.001
		No clínicos	4.65			4.46		

Con respecto al análisis de las veinticuatro fortalezas de carácter considerando si pertenecen al grupo de clínicos y no clínicos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre clínicos y no clínicos del Grupo 2 en la evaluación Post en Valentía ($z = -2.962$, $p = 0.003$), Persistencia ($z = -2.147$, $p = 0.032$) y Vitalidad ($z = -2.954$, $p = 0.003$), mientras que en Integridad existen

diferencias en el Grupo 2 para la evaluación Pre ($z = -2.551, p = 0.011$) y en el Grupo 1 para la evaluación Post ($z = -2.216, p = 0.027$) como puede observarse en la Tabla 40.

Tabla 40.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Coraje.

Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Coraje					
			Medias Pre	z	p	Medias Post	z	p
Valentía	G1	Clínicos	3.47	-0.247	0.805	3.13	-1.917	0.055
		No clínicos	3.37			3.95		
	G2	Clínicos	3.26	-1.701	0.089	3.23	-2.962	0.003
		No clínicos	4.31			4.31		
Persistencia	G1	Clínicos	3.38	-1.471	0.141	3.26	-1.847	0.065
		No clínicos	3.8			4.04		
	G2	Clínicos	3.14	-2.038	0.042	3.28	-2.147	0.032
		No clínicos	4.66			4.38		
Integridad	G1	Clínicos	3.47	-1.417	0.156	3.02	-2.216	0.027
		No clínicos	3.85			3.97		
	G2	Clínicos	3.04	-2.551	0.011	3.16	-1.923	0.54
		No clínicos	4.29			4.39		
Vitalidad	G1	Clínicos	3.45	-1.299	0.219	3.25	-1.42	0.156
		No clínicos	3.8			3.92		
	G2	Clínicos	3.43	-1.394	0.163	2.98	-2.954	0.003
		No clínicos	4.5			4.45		

De acuerdo con las fortalezas de carácter que componen Humanidad, en la evaluación Pre se identificaron diferencias estadísticamente en el Grupo 2 en las Bondad ($z = -2.607, p = 0.009$), Amor ($z = -3.191, p = 0.001$) e Inteligencia Social ($z = -2.846, p = 0.004$). De la misma manera en la evaluación Post, existen diferencias en ambos grupos, excepto en el Grupo 1 en Inteligencia Social, como se puede observar en la Tabla 41.

Tabla 41.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Humanidad.

Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Humanidad					
			Medias Pre	z	p	Medias Post	z	p
Bondad	G1	Clínicos	3.65	-0.307	0.759	3.33	-1.909	0.056
		No clínicos	3.26			3.88		
	G2	Clínicos	3.53	-2.607	0.009	3.16	-3.205	0.001
		No clínicos	4.44			4.75		
Amor	G1	Clínicos	3.37	-1.414	0.158	3.32	-2.401	0.016
		No clínicos	3.71			3.97		
	G2	Clínicos	3.37	-3.191	0.001	3.16	-3.188	0.001
		No clínicos	4.66			4.4		
Inteligencia social	G1	Clínicos	3.17	-0.62	0.535	3.08	-1.659	0.097
		No clínicos	3.6			3.85		
	G2	Clínicos	3.31	-2.846	0.004	2.88	-2.862	0.004
		No clínicos	4.52			4.12		

Siguiendo la misma estrategia de comparación, con respecto a la virtud de Justicia, en la Tabla 42 se presentan las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos, identificando diferencias estadísticamente significativas en el Grupo 2 en ambas mediciones de las fortalezas de carácter Imparcialidad, Liderazgo y Ciudadanía.

Tabla 42.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Justicia.

Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Justicia					
			Medias Pre	z	p	Medias Post	z	p
Imparcialidad	G1	Clínicos	3.63	-0.998	0.323	3.43	-1.724	0.074
		No clínicos	3.71			4		
	G2	Clínicos	3.61	-2.131	0.033	3.23	-2.784	0.005
		No clínicos	4.37			4.18		
Liderazgo	G1	Clínicos	3.31	-0.552	0.581	2.81	-1.415	0.157
		No clínicos	3.6			3.55		
	G2	Clínicos	2.91	-2.42	0.016	3.12	-2.007	0.045
		No clínicos	4.27			3.91		
Ciudadanía	G1	Clínicos	3.8	-0.557	0.578	3.37	-1.724	0.085
		No clínicos	3.72			4.17		
	G2	Clínicos	3.27	-2.846	0.004	3.41	-2.859	0.004
		No clínicos	4.52			4.47		

En las fortalezas de carácter como Creatividad, Curiosidad, Apertura Mental, Aprendizaje y Perspectiva las cuales componen Sabiduría y Conocimiento, se identifican diferencias estadísticamente significativas en las ambas evaluaciones en el Grupo 2, mientras que en Grupo 1 no se encontraron diferencias, tal y como puede observarse en la Tabla 43.

Tabla 43.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Sabiduría y Conocimiento.

Sabiduría y Conocimiento								
Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Medias Pre	z	p	Medias Post	z	p
Creatividad	G1	Clínicos	3.43	-0.861	0.389	3.55	-1.289	0.197
		No clínicos	3.65			4.07		
	G2	Clínicos	3.58	-2.604	0.009	3.22	-2.898	0.004
		No clínicos	4.66			4.39		
Curiosidad	G1	Clínicos	3.62	-0.555	0.579	3.56	-0.31	0.757
		No clínicos	3.4			3.75		
	G2	Clínicos	3.33	-2.725	0.006	3.19	-2.37	0.018
		No clínicos	4.35			4.06		
Apertura mental	G1	Clínicos	3.08	-0.982	0.326	3.11	-1.479	.139
		No clínicos	3.45			3.67		
	G2	Clínicos	3.12	-2.906	0.004	3.06	-2.186	0.029
		No clínicos	4.1			3.81		
Aprendizaje	G1	Clínicos	3.65	-0.368	0.713	3.4	-1.289	0.197
		No clínicos	3.65			4		
	G2	Clínicos	3.23	-2.952	0.003	3.13	-3.191	0.001
		No clínicos	4.64			4.64		
Perspectiva	G1	Clínicos	3.31	-0.737	0.461	3.02	-1.474	0.410
		No clínicos	3.62			3.85		
	G2	Clínicos	3.26	-2.733	0.006	3.15	-2.597	0.009
		No clínicos	4.39			4.39		

Con respecto a las fortalezas de carácter que componen Templanza, para la evaluación Pre, el Grupo 2 presenta diferencias en Clemencia ($z = -2.952$, $p = 0.003$), Prudencia ($z = -2.787$, $p = 0.005$) y Autocontrol ($z = -2.952$, $p = 0.003$). En la evaluación Post, únicamente se encontraron diferencias en el Grupo 2 en Prudencia ($z = -2.479$, $p = 0.013$) como puede observarse en la Tabla 44.

Tabla 44.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Templanza.

Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Templanza					
			Medias Pre	z	p	Medias Post	z	p
Clemencia	G1	Clínicos	3.45	-1.105	0.269	3.28	-1.849	0.064
		No clínicos	2.97			4.02		
	G2	Clínicos	3.55	-2.952	0.003	3.23	-1.833	0.067
		No clínicos	3.88			3.8		
Humildad	G1	Clínicos	3.16	-0.801	0.423	3.07	-1.231	0.218
		No clínicos	3.37			3.6		
	G2	Clínicos	3.06	-0.178	0.859	3.01	-1.062	0.288
		No clínicos	3.27			3.48		
Prudencia	G1	Clínicos	3.13	-0.984	0.325	3.07	-1.483	0.138
		No clínicos	3.55			3.67		
	G2	Clínicos	3.02	-2.787	0.005	2.87	-2.479	0.013
		No clínicos	4.2			3.85		
Autocontrol	G1	Clínicos	3.26	-1.228	0.219	3.02	-2.274	0.230
		No clínicos	3.75			3.95		
	G2	Clínicos	2.98	-2.952	0.003	3.08	-1.122	0.262
		No clínicos	4.22			3.74		

Por último, en las fortalezas de carácter que componen Trascendencia existen diferencias estadísticamente significativas en el Grupo 2 en ambas mediciones en las fortalezas de Apreciación, Gratitud, Esperanza, Humor y Espiritualidad, mientras que en el Grupo 1 solo se encontraron diferencias en Gratitud ($z = -2.333$, $p = 0.020$) en la evaluación Post (Ver Tabla 45).

Tabla 45.

Prueba U de Mann-Whitney para las diferencias entre clínicos y no clínicos de ambos grupos en el Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Trascendencia.

Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Trascendencia					
			Medias Pre	z	p	Medias Post	z	p
Apreciación	G1	Clínicos	4.02	-0.307	0.759	3.65	-0.676	0.499
		No clínicos	3.87			4		
	G2	Clínicos	3.43	-2.906	0.004	3.29	-1.653	0.098
		No clínicos	4.5			4.06		
Gratitud	G1	Clínicos	3.86	-1.106	0.269	3.51	-2.333	0.020
		No clínicos	4.07			4.05		
	G2	Clínicos	3.41	-2.841	0.004	3.53	-3.021	0.003
		No clínicos	4.66			4.6		
Esperanza	G1	Clínicos	3.63	-1.231	0.218	3.18	-0.737	0.461
		No clínicos	3.92			4.2		
	G2	Clínicos	3.45	-2.857	0.004	3.19	-3.191	0.001
		No clínicos	4.81			4.56		
Humor	G1	Clínicos	3.88	-0.982	0.326	3.38	-1.596	0.110
		No clínicos	3.46			3.66		
	G2	Clínicos	3.29	-2.895	0.004	3.37	-3.078	0.002
		No clínicos	4.48			4.48		
Espiritualidad	G1	Clínicos	3.9	-0.246	0.806	3.62	-0.739	0.460
		No clínicos	3.65			4		
	G2	Clínicos	3.76	-2.797	0.005	3.12	-2.957	0.003
		No clínicos	4.85			4.6		

Se utilizó la prueba no paramétrica de Rangos con Signo de Wilcoxon con base a las características de la muestra y para comparar dos mediciones pertenecientes al mismo caso o sujeto. Con respecto a las Virtudes se identifican cambios estadísticamente significativos en los clínicos del Grupo 1 en Coraje ($z = -1.988$, $p = 0.047$), Justicia ($z = -1.99$, $p = 0.047$) y Trascendencia ($z = -2.299$, $p = 0.021$). Observando que las puntuaciones que mejoraron en la evaluación Post pero sin

llegar a ser estadísticamente significativa se encontraron en Humanidad, Sabiduría y Conocimiento y Templanza en los clínicos del Grupo 1 (Ver Tabla 46).

Tabla 46.

Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las virtudes en los cuatro subgrupos.

Virtud						
Virtud	Grupo	Subgrupo	Medias Pre	Medias Post	z	p
Coraje	G1	Clínicos	3.17	3.44	-1.988	0.047
		No clínicos	3.97	3.7	-0.405	0.689
	G2	Clínicos	3.21	3.17	-0.119	0.906
		No clínicos	4.44	4.38	0	1
Humanidad	G1	Clínicos	3.25	3.41	-0.765	0.444
		No clínicos	3.9	3.52	-0.135	0.893
	G2	Clínicos	3.41	3.07	-1.612	0.107
		No clínicos	4.54	4.44	-0.946	0.344
Justicia	G1	Clínicos	3.21	3.58	-1.99	0.047
		No clínicos	3.91	3.68	-0.135	0.893
	G2	Clínicos	3.28	3.25	-0.059	0.953
		No clínicos	4.38	4.19	-0.105	0.916
Sabiduría y Conocimiento	G1	Clínicos	3.33	3.42	-0.51	0.61
		No clínicos	3.87	3.55	0	1
	G2	Clínicos	3.3	3.15	-0.949	0.343
		No clínicos	4.43	4.26	-1.095	0.273
Templanza	G1	Clínicos	3.1	3.24	-1.122	0.262
		No clínicos	3.8	3.43	-1.214	0.225
	G2	Clínicos	3.13	3.04	-0.83	0.407
		No clínicos	3.88	3.71	-0.105	0.917
Trascendencia	G1	Clínicos	3.47	3.85	-2.299	0.021
		No clínicos	3.97	3.79	-0.405	0.689
	G2	Clínicos	3.46	3.3	-0.415	0.678
		No clínicos	4.65	4.46	-1.363	0.173

Para el análisis de las veinticuatro fortalezas de carácter se utilizó la misma estrategia de comparación. En la Tabla 47 se presentan las fortalezas de carácter que conforman Coraje, se identifica que hay una diferencia estadísticamente significativa en los clínicos del Grupo 1 en la virtud de Integridad ($z = -2.530$, $p = 0.011$). Mientras que en los no clínicos del Grupo 2, las fortalezas de Valentía, Persistencia, Integridad, Vitalidad presentaron puntuaciones similares o más altas en la evaluación, sin alcanzar la significancia estadística.

Tabla 47.

Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Coraje en los cuatro subgrupos.

Coraje						
Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Medias Pre	Medias Post	z	p
Valentía	G1	Clínicos	3.47	3.13	-1.495	0.135
		No clínicos	3.37	3.95	-0.944	0.345
	G2	Clínicos	3.26	3.23	-0.141	0.888
		No clínicos	4.31	4.31	-0.677	0.498
Persistencia	G1	Clínicos	3.38	3.26	-0.352	0.725
		No clínicos	3.8	4.04	-0.135	0.893
	G2	Clínicos	3.14	3.28	-0.594	0.553
		No clínicos	4.66	4.38	-1.913	0.056
Integridad	G1	Clínicos	3.47	3.02	-2.53	0.011
		No clínicos	3.85	3.97	0	1
	G2	Clínicos	3.04	3.16	-0.512	0.609
		No clínicos	4.29	4.39	-0.365	0.715
Vitalidad	G1	Clínicos	3.45	3.25	-1.179	0.238
		No clínicos	3.8	3.92	-0.135	0.893
	G2	Clínicos	3.43	2.98	-1.543	0.123
		No clínicos	4.5	4.45	0	1

En las fortalezas de carácter que pertenecen a la virtud Humanidad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, sin embargo Bondad, Amor e Inteligencia Social tuvieron puntuaciones en los subgrupos no clínicos que

aumentaron en la evaluación Post pero no alcanzaron la significancia estadística (Ver Tabla 48).

Tabla 48.

Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Humanidad en los cuatro subgrupos.

Humanidad						
Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Medias Pre	Medias Post	z	p
Bondad	G1	Clínicos	3.65	3.33	-1.684	0.092
		No clínicos	3.26	3.88	-1.084	0.279
	G2	Clínicos	3.53	3.16	-1.011	0.312
		No clínicos	4.44	4.75	-1.802	0.072
Amor	G1	Clínicos	3.37	3.32	-0.297	0.766
		No clínicos	3.71	3.97	-0.368	0.713
	G2	Clínicos	3.37	3.16	-1.022	0.307
		No clínicos	4.66	4.4	-1.903	0.057
Inteligencia social	G1	Clínicos	3.17	3.08	-0.205	0.838
		No clínicos	3.6	3.85	-0.271	0.786
	G2	Clínicos	3.31	2.88	-1.895	0.058
		No clínicos	4.52	4.12	-0.954	0.34

Ciudadanía presenta diferencias estadísticamente significativa en los cuatro subgrupos, sin embargo sólo dos grupos presentaron mejor puntuaciones en la evaluación Post. Liderazgo e Imparcialidad que igual conforman Justicia, no obtuvieron significancia estadística, pero de la misma forma, las puntuaciones mejoraron para la evaluación Post como puede observarse en la Tabla 49.

Tabla 49.

Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Justicia en los cuatro subgrupos.

Justicia						
Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Medias Pre	Medias Post	z	p
Imparcialidad	G1	Clínicos	3.63	3.43	-0.87	0.384
		No clínicos	3.71	4	-0.271	0.786
	G2	Clínicos	3.61	3.23	-1.851	0.064
		No clínicos	4.37	4.18	-0.405	0.689
Liderazgo	G1	Clínicos	3.31	2.81	-1.785	0.074
		No clínicos	3.6	3.55	-0.406	0.684
	G2	Clínicos	2.91	3.12	-0.351	0.726
		No clínicos	4.27	3.91	-0.744	0.457
Ciudadanía	G1	Clínicos	3.8	3.37	-2.803	0.005
		No clínicos	3.72	4.17	-2.023	0.043
	G2	Clínicos	3.27	3.41	-2.666	0.008
		No clínicos	4.52	4.47	-2.201	0.028

En la Tabla 50 se pueden observar las puntuaciones obtenidas en las fortalezas de carácter que conforman Sabiduría y Conocimiento. En Creatividad, Curiosidad, Apertura Mental, Aprendizaje y Perspectiva se obtuvieron mejores puntuaciones en la evaluación Post o se mantuvieron sin alcanzar una significancia estadística.

Tabla 50.

Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Sabiduría y Conocimiento en los cuatro subgrupos.

Sabiduría y Conocimiento						
Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Medias Pre	Medias Post	z	p
Creatividad	G1	Clínicos	3.43	3.55	-0.459	0.646
		No clínicos	3.65	4.07	0	1
	G2	Clínicos	3.58	3.22	-1.693	0.09
		No clínicos	4.66	4.39	-1.153	0.249
Curiosidad	G1	Clínicos	3.62	3.56	-0.306	0.759
		No clínicos	3.4	3.75	-0.135	0.893
	G2	Clínicos	3.33	3.19	-0.713	0.479
		No clínicos	4.35	4.06	-1.633	0.102
Apertura mental	G1	Clínicos	3.08	3.11	-0.536	0.592
		No clínicos	3.45	3.67	-0.736	0.461
	G2	Clínicos	3.12	3.06	-0.281	0.779
		No clínicos	4.1	3.81	0.734	0.463
Aprendizaje	G1	Clínicos	3.65	3.4	-0.868	0.385
		No clínicos	3.65	4	-0.135	0.893
	G2	Clínicos	3.23	3.13	-2.98	0.765
		No clínicos	4.64	4.64	-0.137	0.891
Perspectiva	G1	Clínicos	3.31	3.02	-1.01	0.313
		No clínicos	3.62	3.85	0	1
	G2	Clínicos	3.26	3.15	-0.237	0.812
		No clínicos	4.39	4.39	0	1

En la Tabla 51 se identifica que en los en los no clínicos del Grupo 1 en Clemencia, Humildad, Prudencia y Autocontrol tuvieron mejores puntuaciones en la evaluación Post sin diferencias estadísticamente significativas. De la misma manera, los no clínicos del Grupo 2 en Clemencia y Humildad hubo un aumento en las medias de la evaluación Post sin significancia estadística.

Tabla 51.

Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Templanza en los cuatro subgrupos.

Templanza						
Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Medias Pre	Medias Post	z	p
Clemencia	G1	Clínicos	3.45	3.28	-0.762	0.446
		No clínicos	2.97	4.02	-1.826	0.068
	G2	Clínicos	3.55	3.23	-1.851	0.064
		No clínicos	3.88	3.8	0	1
Humildad	G1	Clínicos	3.16	3.07	-0.562	0.574
		No clínicos	3.37	3.6	-0.948	0.343
	G2	Clínicos	3.06	3.01	-0.282	0.779
		No clínicos	3.27	3.48	-0.674	0.5
Prudencia	G1	Clínicos	3.13	3.07	-0.416	0.678
		No clínicos	3.55	3.67	-0.271	0.786
	G2	Clínicos	3.02	2.87	-0.536	0.592
		No clínicos	4.2	3.85	-0.677	0.497
Autocontrol	G1	Clínicos	3.26	3.02	-1.025	0.305
		No clínicos	3.75	3.95	-0.405	0.686
	G2	Clínicos	2.98	3.08	-0.239	0.811
		No clínicos	4.22	3.74	-0.406	0.684

Por último, presentan los resultados de las fortalezas de carácter que componen la virtud de Trascendencia, en la cual se identifica que Apreciación en los clínicos del Grupo 1 presenta una diferencia estadísticamente significativa ($z = -1.973$, $p = 0.049$). En los no clínicos del Grupo 1 se obtuvieron mejores puntuaciones en Apreciación, Esperanza, Humor y Espiritualidad para la evaluación Post sin alcanzar una significancia estadística (Ver Tabla 52).

Tabla 52.

Prueba Rangos con Signo de Wilcoxon para las diferencias entre Pre y Post de las fortalezas de carácter que componen Trascendencia en los cuatro subgrupos.

Fortaleza	Grupo	Subgrupo	Trascendencia		z	p
			Medias Pre	Medias Post		
Apreciación	G1	Clínicos	4.02	3.65	-1.973	0.049
		No clínicos	3.87	4	-0.135	0.893
	G2	Clínicos	3.43	3.29	-0.105	0.917
		No clínicos	4.5	4.06	-1.219	0.223
Gratitud	G1	Clínicos	3.86	3.51	-1.944	0.052
		No clínicos	4.07	4.05	-0.405	0.686
	G2	Clínicos	3.41	3.53	-0.704	0.481
		No clínicos	4.66	4.6	-0.314	0.753
Esperanza	G1	Clínicos	3.63	3.18	-1.823	0.068
		No clínicos	3.92	4.2	-0.365	0.715
	G2	Clínicos	3.45	3.19	-1.103	0.27
		No clínicos	4.81	4.56	-1.355	0.176
Humor	G1	Clínicos	3.88	3.38	-1.725	0.084
		No clínicos	3.46	3.66	-0.135	0.892
	G2	Clínicos	3.29	3.37	-0.654	0.513
		No clínicos	4.48	4.48	-0.106	0.916
Espiritualidad	G1	Clínicos	3.9	3.62	-1.187	0.235
		No clínicos	3.65	4	-0.674	0.5
	G2	Clínicos	3.76	3.12	-1.364	0.173
		No clínicos	4.85	4.6	-1.594	0.111

Depresión

Para evaluar la sintomatología depresiva se aplicó el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) en la versión adaptada por Zavala (2016), identificando que a partir de la puntuación total de 19 existen síntomas depresivos.

Para la evaluación **Pre**, el **Grupo 1** obtuvo una $\bar{X}=22.60$, mientras que en el **Grupo 2** la $\bar{X}=20.07$, lo que indica la presencia de sintomatología depresiva. Las medias obtenidas por clínicos y no clínicos de cada grupo se pueden observar en la

Tabla 53, identificando que en el Grupo 1, tanto clínicos y no clínicos obtuvieron una puntuación por encima de lo esperado.

Por otra parte, en el **Grupo 2**, el subgrupo no clínico puntuó por debajo de la media. Se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney para las diferencias entre los dos grupos, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la evaluación Pre ($z = -.477, p=633$). De la misma forma, se utilizó la prueba para encontrar diferencias entre los subgrupos clínicos y no clínicos para antes de la intervención mostrando que los cuatro subgrupos se encuentran similares (Ver Tabla 53).

Para la evaluación **Post**, el **Grupo 1** presentó una $\bar{X}=23.60$, del mismo modo, el **Grupo 2** obtuvo una $\bar{X}=17.73$. Como se puede observar en la Tabla 53, los subgrupos no clínicos puntuaron por debajo de la media teórica (19). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos utilizando la prueba U de Mann-Whitney ($z = -1.577, p=119$). En cuanto a la comparación por grupo de clínicos y no clínicos en la medición Post, se identificaron diferencias estadísticamente significativas tanto en el Grupo 1 ($z = -0.3067, p=0.002$) como en el Grupo 2 ($z = -0.3185, p=0.001$) (Ver Tabla 53).

Tabla 53.

Resultados de la prueba U de Mann-Whitney entre subgrupos en las evaluaciones Pre y Post del CDI.

	Grupo	Subgrupo	Medias Pre	Z	P	Medias Post	z	p
Sintomatología depresiva	Grupo 1	Clínicos	23.7	-0.429	0.668	28.4	-0.3067	0.002
		No clínicos	20.4			14.0		
	Grupo 2	Clínicos	24.2	-1.476	0.140	24.6	-0.3185	0.001
		No clínicos	13.83			7.3		

Por otra parte, se empleó la prueba no paramétrica de Wilcoxon que permite conocer si existen diferencias entre dos observaciones del mismo sujeto. Se utilizó con la finalidad de comparar las observaciones Pre y Post dentro de cada uno de

los subgrupos. Sólo se encontró una diferencia estadísticamente significativa en los clínicos del Grupo 1 ($z = -2.192$, $p = 0.028$) (Ver Tabla 54).

Tabla 54.

Resultados de la prueba Wilcoxon en subgrupos para las diferencias en las evaluaciones Pre y Post del CDI.

	Grupo	Subgrupo	Medias Pre	Medias Post	z	p
Sintomatología depresiva	Grupo 1	Clínicos	23.7	28.4	-2.192	0.028
		No clínicos	20.4	14	-1.761	0.078
	Grupo 2	Clínicos	24.2	24.6	-0.07	0.944
		No clínicos	13.83	7.3	-1.577	0.115

Habilidades sociales

Como estrategia para evaluar el correlato conductual de la sintomatología depresiva, se aplicó el Escala de Conducta Asertiva para Niños (CABS) en la versión adaptada por Lara & Silva (2002) que permite clasificar a los y las participantes en tres estilos 1) Asertivo 2) Pasivo y 3) Agresivo esto de acuerdo a las normas de calificación, a mayor puntuación refiere a patrones de conducta agresiva y a menor puntaje mayor asertividad.

Los y las participantes del **Grupo 1** se clasificaron por estilos de acuerdo a las normas de calificación de la escala CABS, el 60% de los y las participantes presentan patrones de conducta agresiva, el 26.6% conductas pasivas y 13.3% conductas asertivas. Con respecto al **Grupo 2**, de la misma forma se clasificaron por estilos, por lo que se identificó que el 60% de los y las participantes presentan patrones de conducta agresiva, el 13.3% conductas pasivas y 26.6% conductas asertivas (Ver Tabla 55).

Tabla 55.

Distribución de participantes por estilos según el CABS en la evaluación Pre.

Estilo	Grupo 1		Grupo 2	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Asertivo	2	13.30%	4	26.70%
Pasivo	4	26.60%	2	13.30%
Agresivo	9	60%	9	60%

En la evaluación **Pre**, el **Grupo 1** obtuvo una media de 57.93, mientras que el **Grupo 2** obtuvo una media de 55.13. Ambos grupos obtuvieron puntajes que refieren a conductas agresivas.

Siguiendo la misma estrategia de análisis de los datos utilizada en las variables anteriores, se empleó la prueba U de Mann-Whitney para la comparación entre los dos grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los grupos ($z = -.436, p = .663$). Las medias obtenidas por subgrupos se pueden observar en la Tabla 56, sólo el subgrupo no clínico del Grupo 2 presenta conductas pasivas, por lo tanto los demás subgrupos muestran conductas agresivas. Además, se compararon en clínicos y no clínicos por grupo

Tabla 56.

Resultados de la prueba U de Mann-Whitney entre subgrupos en las evaluaciones Pre y Post del CABS.

	Grupo	Subgrupo	Medias	Z	P	Medias	Z	P
			Pre			Post		
Habilidades sociales	1	Clínicos	61.6	-1.472	0.141	66.7	-2.449	0.014
		No clínicos	50.6			47.4		
	2	Clínicos	63.7	-2.656	0.008	59.4	-1.653	0.098
		No clínicos	42.1			44.83		

Al aplicar la evaluación **Post**, el **Grupo 1** obtuvo una media de 60.27, mientras que el **Grupo 2** obtuvo una media de 53.60, ambos grupos obtuvieron puntajes promedio que refieren a conductas agresivas. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney para

comparar los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en esta escala ($z=-.1.121, p=.262$). Los subgrupos clínicos puntuaron con conductas agresivas, en cambio, los subgrupos no clínicos presentaron conductas pasivas. Los resultados de la prueba Wilcoxon demostraron que en la variable de habilidades sociales los subgrupos no tuvieron diferencias antes y después de la intervención (Ver Tabla 57).

Tabla 57.

Resultados de la prueba Wilcoxon en subgrupos para las diferencias en las evaluaciones Pre y Post del CABS.

	Grupo	Subgrupo	Medias Pre	Medias Post	Z	P
Habilidades sociales	Grupo 1	Clínicos	61.6	66.7	-0.889	0.374
		No clínicos	50.6	47.4	-0.541	0.588
	Grupo 2	Clínicos	63.7	59.4	-0.833	0.405
		No clínicos	42.1	44.83	-0.405	0.686

Se clasificaron en estilos nuevamente a los y las participantes con base en las puntuaciones obtenidas en la evaluación Post. En del Grupo 1 el 73.3% presentan patrones de conducta agresiva, el 13.3% conductas pasivas y 13.3% conductas asertivas. Del mismo sentido, del Grupo 2 el 73.3% presentan patrones de conducta agresiva, el 13.3% conductas pasivas y 13.3% conductas asertivas (Ver Tabla 58).

Tabla 58.

Distribución de participantes por estilos según el CABS en la evaluación Post.

Estilo	Grupo 1		Grupo 2	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Asertivo	2	13.30%	6	40%
Pasivo	2	13.30%	2	13.30%
Agresivo	11	73.30%	7	46.60%

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Como ya se ha señalado la depresión es un problema con estadísticas alarmantes a nivel mundial por lo que es indudable que el uso de estrategias preventivas sea de interés para la Salud Pública por el impacto que tiene esta enfermedad en la pérdida de años saludables, así como por los efectos que conlleva en otros entornos como la familia, el ambiente laboral y el escolar (Berenzon, Lara, Robles & Medina-Mora, 2013).

Es por eso que los esfuerzos de los profesionales en el campo de la salud se dirigen a la disminución de factores de riesgo, en particular la reducción de los síntomas que afectan el estado de ánimo, la motivación y la autoeficacia (Sánchez, 2008). Así mismo, se ha observado que las estrategias de prevención son la clave para mantener la salud y disminuir los costos asociados con los efectos secundarios de las enfermedades mentales, así como los asociados con la comorbilidad con otros trastornos (OMS, 2004).

De la misma manera, enfocarse en la promoción de la salud y el mantenimiento de conductas que favorecen una buena calidad de vida desde edades tempranas, permiten el desarrollo de habilidades que funcionan como protectores a lo largo de la vida (Ybarra, Valencia & Orozco, 2015). Una de las herramientas que facilita la combinación de la disminución de los riesgos y el aumento de los factores protectores se observa en las estrategias de “prevención universal” o bien en las de “prevención selectiva o indicada” (OMS, 2004).

De aquí la importancia de promover las condiciones individuales y ambientales que promueva el desarrollo óptimo tanto fisiológico como psicológico de los infantes, con el objetivo de mantener una adecuada salud mental y por lo tanto una buena calidad de vida. Para lograrlo se deben diseñar e implementar intervenciones que se enfoquen en promover los factores de protección y disminuir significativamente los factores intrínsecos de riesgo (Ávila & Espinoza, 2016).

La literatura demuestra la importancia de utilizar estrategias de intervención basadas en evidencias, para asegurar la mayor efectividad de los recursos, así como propuestas que vayan más allá de la visión tradicional de patología buscando

que el objetivo de la intervención no sea simplemente la disminución del malestar, sino también el aumento del bienestar de aquellos participantes (Bernaras, Juareguizar, Soroa, Ibabe & de las Cuevas, 2013).

Por lo tanto, el implementar estrategias de prevención desde edades tempranas beneficia a la Salud Pública por la disminución de incidencia y prevalencia de trastornos mentales en la etapa adulta, teniendo no sólo un impacto a corto y largo plazo directo en la vida de los infantes, sino también en sus comunidades, disminuyendo los costos y optimizando los beneficios de aprender a temprana edad como mantenerse saludables (Wagner, González-Forteza, Sánchez-García, García & Gallo, 2012).

De acuerdo con la literatura existen factores de protección que disminuyen la probabilidad de padecer una enfermedad mental (Del Barrio, 2010). Desde la perspectiva de la Psicología Positiva, existen rasgos del carácter moralmente valiosos y deseables, los cuales han sido nombrados como Fortalezas de carácter (Peterson & Seligman, 2004). Estudios recientes (López, Piñero, Sevilla & Guerra, 2011; Park, Peterson, & Sun, 2013; Palomera, 2017; Pintado & Castillo, 2017; Valencia, Lima, Straffon, González & García, en prensa) han encontrado que el uso de las fortalezas de carácter disminuyen la probabilidad de padecer un trastorno depresivo, así como también mejoran las habilidades sociales.

El modelo PERMA (Seligman, 2012; Tarragona, 2013) es una propuesta de la Psicología Positiva para explicar una de las vías para alcanzar el bienestar. Este modelo está compuesto por cinco elementos 1) Emociones positivas 2) Involucramiento 3) Relaciones positivas 4) Sentido y 5) Logros, siendo que estos componentes se encuentran fuertemente relacionados con el uso de fortalezas de carácter. Es por eso que las estrategias que promueven el desarrollo de las fortalezas de carácter ayudan a potencializar los componentes del modelo PERMA.

Siguiendo esta línea de investigación el presente trabajo tuvo como objetivo general implementar una Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados con y sin sintomatología depresiva. Este trabajo fue dividido en dos fases 1) con la

finalidad de detectar necesidades, 2) desarrollar una estrategia de intervención basada en las necesidades detectadas, para luego someterla a un jueceo y un estudio 1) la implementación de la estrategia de intervención.

FASE I

El objetivo general de la Fase I fue conocer si existía una correlación estadísticamente significativa entre el uso de fortalezas de carácter, la sintomatología depresiva y las habilidades sociales en niños de 8 a 13 años en una escuela primaria de Mineral de la Reforma.

Mediante la prueba estadística de asociación de Pearson se encontró una correlación estadísticamente significativa entre las fortalezas de carácter, la sintomatología depresiva y las habilidades sociales, identificando que el nivel de las correlaciones van de débil a una correlación media (Hernández, Fernández, Batista, 2010). La correlación negativa moderada que se encontró entre las fortalezas de carácter y la sintomatología depresiva puede deberse a que los participantes que conformaron la muestra son considerados en general población no clínica, porque se encuentran dentro de un contexto escolar y no presentaron diagnóstico de trastorno mental previo.

De la misma manera, se encontró una correlación negativa moderada entre las fortalezas de carácter y las habilidades sociales; al respecto, es importante señalar que el tipo de escala que se emplea para medir las habilidades sociales es inversa, es decir la mayor puntuación indica mayor presencia de conductas agresivas, tal como muestran los resultados obtenidos en el CABS. Es probable que los niños con dificultades de interacción social, específicamente con conductas agresivas, no encuentren los espacios propicios para desarrollar y poner en práctica las fortalezas de carácter por lo que la implementación de intervenciones que los apoyen en este sentido es una buena manera de proporcionar factores protectores que puedan ser empleados a los largo de su vida.

A pesar de que la muestra fue considerada de un contexto no clínico, los resultados demostraron que existe la presencia de sintomatología depresiva, debido a que la muestra obtuvo una media por encima del punto corte (19) en el CDI,

encontrando una correlación positiva débil entre las puntuaciones del CDI y la puntuación total del CABS. Estos hallazgos concuerdan con la literatura, ya que algunos autores han descrito que la depresión infantil se manifiesta de manera distinta a la depresión en la etapa adulta y se caracteriza principalmente por comportamiento agresivo y la incapacidad para establecer relaciones sociales (Bernaras, Juareguizar, Soroa, Ibabe & De las Cuevas, 2013).

Por otra parte, las conductas asertivas son aprendidas por los niños y niñas al observarlas principalmente de sus familiares, maestros y pares; y se refuerzan o se extinguen en diferentes escenarios sociales (Chávez-Hernández, 2017). Durante el trabajo de campo (visitas a la escuela, aplicación de instrumentos e implementación de la intervención), se observó a la muestra en un contexto natural, por lo que se pudo identificar que las relaciones entabladas entre los niños y niñas no eran asertivas, comportándose en su mayoría de manera agresiva, con respecto a las relaciones entre los profesores y los niños se observó falta de comunicación positiva, e incluso problemas para el control del grupo y el establecimiento de límites.

Ahora bien, se pretendió describir las fortalezas de carácter que poseen los alumnos con el apoyo de análisis estadísticos descriptivos que permitieron identificar a la fortaleza con mayor uso por parte de los alumnos la cual fue Aprendizaje, lo cual era esperado debido al contexto en el que fueron evaluados, además esta fortaleza permite la adquisición de conocimientos significativos (Grinhauz & Castro, 2012). Mientras que Liderazgo presenta la media más baja, ya que no se observaba en ellos habilidades para organizar a un equipo/grupo para llegar a una meta en común (Peterson & Seligman, 2004). Actualmente, el programa educativo está permitiendo desarrollar en los estudiantes habilidades relacionadas con el aprendizaje académico, impulsando más el éxito académico pero olvidando desarrollar otras áreas que impliquen la socialización, por ejemplo, el trabajo en equipo, la expresión adecuada de emociones o habilidades sociales.

En este mismo sentido, las puntuaciones que se obtuvieron por cada fortaleza de carácter de acuerdo con el VIA-Y, son de bajas a media, lo cual nos

indica que los alumnos no hacen uso de las fortalezas de carácter ya sea por falta de motivación propia o porque el contexto social, familiar y educativo en el que se desenvuelven no es propicio o apto para el desarrollo de las mismas, lo cual desencadena en factores de riesgo que se relacionan con la alta presencia de síntomas depresivos y otros indicadores asociados al desajuste emocional como lo son la ineficacia (pueden percibirse incapaces para realizar ciertas conductas), y la anhedonia (no disfrutan al llevar a cabo actividades que son consideradas agradables o gratificantes).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre niños y niñas en las fortalezas de Aprendizaje, Apreciación y Espiritualidad. Con respecto a la fortaleza de Aprendizaje este hallazgo se relaciona con lo descrito en otros estudios en los que se identifica que las niñas tienen un mejor desempeño académico y tienden a sobresalir en sus habilidades de lectoescritura y comunicación en ambientes escolares (Castillo-Parra, Gómez & Ostrosky-Solís, 2009). En este mismo sentido, se identifica que son las niñas las que están más atentas a los detalles del ambiente o la naturaleza y que logran sorprenderse o experimentar emociones positivas al apreciar la belleza de su entorno (Seligman, Ernst, Gillham, Reivich & Linkins, 2009). Al observar las dos fortalezas anteriores se entiende porque sus puntuaciones en Espiritualidad son más elevadas en comparación con los niños, ya que son ellas las que más utilizan un sentido y propósito en la vida relacionado con creencias dándole un significado a las cosas que ocurren (White & Waters, 2015).

Los resultados demostraron una diferencia entre niños y niñas en cuanto a las medias, sin embargo no hubo diferencias estadísticamente significativas, por ejemplo, las niñas presentaron mayor presencia de sintomatología depresiva, aunque en algunos estudios (Álcala & Rojas, 2005; Bernaras, Juareguizar, Soroa, Ibabe & de las Cuevas, 2013; Chávez-Hernández, et al, 2017) se reporta que en la etapa infantil no se encuentran diferencias en cuanto al pronóstico de desarrollo entre niños y niñas, y que es hasta la etapa de la adolescencia cuando las mujeres presentan mayor vulnerabilidad, lo cual se puede atribuir a los cambios hormonales o bien las circunstancias sociales en las que se encuentran inmersas e incrementa

la posibilidad de padecer un trastorno depresivo, por lo que estos resultados resaltan la importancia de la detección oportuna de los factores de riesgo y resaltar que en la actualidad estos fenómenos se manifiestan de manera distinta a como lo han hecho en años anteriores.

Con respecto a las fortalezas de carácter, los niñas nuevamente presentan puntuaciones elevadas en comparación con los niños; a pesar de que las niñas tienen mayor vulnerabilidad, y que estos factores de riesgo podrían ser biológicos, genéticos o bien sociales, ellas podrían saber identificar recursos personales que les permitan afrontar situaciones de adversidad. Por otro lado es importante a señalar que las niñas puntuaron más alto que los niños en la mayoría de las escalas con excepción de ineficacia lo que nos reporta que los niños se perciben menos capaces de realizar ciertas actividades que las niñas.

En cuanto a las puntuaciones por grupo quienes resultaron con puntuaciones altas fueron tercer ($X=25.75$) y quinto grado ($X=21$) lo cual según la literatura (Castillo-Parra, Gómez & Ostrosky-Shejet, 2009) se puede deber a que en estos grados los alumnos son receptores de nueva información mientras que cuarto y sexto grado simplemente son reafirmadores de la misma, lo que nos puede decir que en tercero y quinto grado es cuando se tiene una mayor presión académica.

Algo preocupante que observamos en esta investigación fue que los participantes que tienen ocho años ($X= 26.5$) fueron quienes arrojaron puntuaciones más altas seguidos por los de diez años ($X=20.71$) lo cual nos demuestra una vez más la importancia de desarrollar intervenciones que les permitan generar estrategias o factores protectores para evitar o aminorar la presencia de algún trastorno psicológico o la sintomatología del mismo (OMS, 2004). Generar espacios donde se desarrollen tanto las fortalezas de carácter sino las habilidades sociales podría permitir a los niños tener una mayor posibilidad de tener una óptima salud mental a futuro (White & Waters, 2015).

FASE II

En la Fase II se tenía como objetivo general diseñar una propuesta de intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva para

desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados y que fuera validada por jueces expertos que cumpla con los criterios éticos y los componentes necesarios para ser una intervención basada en evidencia.

Para lograr este objetivo se realizó una propuesta de intervención sustentada en la revisión bibliográfica y las necesidades detectadas en la Fase I. Durante la primera fase de este trabajo se detectó que dos de los cuatro grupos de primaria evaluados estaban en situación de riesgo. El grupo de 3° presentó las puntuaciones más elevadas de depresión, seguido de 5°. Dadas las características de cada grupo, se tomó la decisión de elegir al grupo 5° dadas sus puntuaciones elevadas en depresión, su vulnerabilidad debido a la etapa de desarrollo en la que se encuentran y además de que al hacer un análisis de forma individual se identificó que contaba con niños que cubrían criterios para ser clasificados en clínicos y no clínicos. Por lo que siguiendo los criterios éticos correspondientes al grupo de elección, nos permitió probar la efectividad de la intervención al comparar los resultados entre la muestra clínica y no clínica.

Una vez identificada que la propuesta de intervención estaría destinada a niños y niñas de entre 10 y 11 años, se desarrolló la propuesta conforme a la literatura para posteriormente someterla a un jueceo. Esta estrategia permitió contar con quince expertos en el área de la Psicología Positiva (la mayoría con entre uno a cuatro años de experiencia) y/o que contaran con experiencia en la práctica clínica con enfoque Cognitivo-Conductual (La mayoría con más de cinco años de experiencia).

La propuesta fue validada por los jueces en cuanto a los objetivos, procedimientos y resultados esperados conforme a lo señalado por Wolpe donde se explica que se debe contar con la revisión de los materiales, metas claras y concisas destinadas a la mejora del participante y cumplir con los lineamientos éticos correspondientes (Wolpe, 1958; Wolpe, 1977). Los jueces consideraron que era una intervención respaldada teóricamente, la cual estaba orientada al logro de objetivos en cada sesión y que contaba con actividades y técnicas que permitirían a los y las participantes involucrarse.

A pesar de que se buscaba implementar una Intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva con la finalidad de desarrollar fortalezas de carácter en niños escolarizados, a través de la revisión bibliográfica y los resultados de la Fase 1, se identificó que las fortalezas de carácter están fuertemente relacionadas con las relaciones sociales positivas (un aspecto primordial de la Psicología Positiva) donde las habilidades sociales juegan un papel muy importante para establecerlas; además de que las fortalezas de carácter y las habilidades sociales representan un importante factor de protección para la prevención y disminución de sintomatología depresiva (Abello, Cortés, Barros, Mercado & Solano, 2014). Sin embargo, aunque no se utilizaron técnicas específicas para el entrenamiento en habilidades sociales, dado que no era el objetivo de esta investigación, se esperaba que éstas mejoraran con el desarrollo de las fortalezas de carácter. En este sentido la mayoría de los jueces expresaron que las actividades eran adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades.

Finalmente la mayoría de los jueces consideraron que la propuesta de intervención beneficiaría a las y los participantes por lo que se esperó obtener resultados positivos para los mismos.

ESTUDIO I

En el Estudio I el objetivo general era conocer el efecto de una intervención universal preventiva selectiva con enfoque cognitivo-conductual y componentes de psicología positiva sobre las virtudes, las fortalezas de carácter y las habilidades sociales en población infantil con y sin presencia de sintomatología depresiva. Para lograr este objetivo se dividió al grupo en dos, estos grupos estaban conformados tanto por participantes clínicos como no clínicos.

Haciendo uso de la “Técnica de División en Mitades” (Split-Middle-Technique, Kazdin, 1982 en Valencia, Flores, Sánchez-Sosa, 2006), se identificó el impacto que generó la intervención sobre las fortalezas encontrando que se obtuvo un incremento en el uso de las mismas en todos los participantes, en algunos casos del 52.38%, lo que nos permite determinar que la intervención generó cambios a

nivel conductual individual en los participantes, lo que demuestra que se cumplió su objetivo principal.

Con respecto a los análisis estadísticos, se encontró que en algunas fortalezas las medias del Post disminuyeron a diferencia del Pre, sin embargo estos resultados se encontraron en participantes clínicos, mientras que en los no clínicos hubo un aumento en las medias y en ocasiones se alcanzó la significancia estadística.

Cabe mencionar que muchos estudios (Cristea & Cuijpers, 2017; López-Gómez, Chaves, Hervas & Vazquez, 2017; Remor & Amoros, 2009) resaltan que en muchas ocasiones los resultados significativos de las intervenciones se pierden cuando simplemente se utilizan pruebas estadísticas para determinar la eficacia de una intervención y que es importante considerar la significancia clínica que se puede dar a nivel individual más que a nivel grupal, por tal motivo, la “Técnica de División en Mitades” (Split-Middle-Technique, Kazdin, 1982 en Valencia, Flores, Sánchez-Sosa, 2006) permitió identificar las diferencias clínicas obtenidas por los participantes. Además, se complementó con las verbalizaciones de los y las participantes donde reportaron haber tenido cambios positivos tanto en su comportamiento como en sus relaciones sociales lo que reafirma lo encontrado en la “Técnica de División en Mitades”.

En este sentido Cristea & Cuijpers (2017) señalan que la importancia de la significancia clínica está en que los procesos terapéuticos, en este caso intervenciones, permitan generar resultados visibles y palpables para los participantes y el terapeuta ya que esto permite obtener cambios reales y observables en la vida de los participantes.

Como parte de este estudio se identifican otros factores que son importantes y que deben ser considerados en futuras réplicas de esta intervención para incrementar su efectividad. Uno de ellos es que esta intervención no permite de manera directa la modificación de las habilidades sociales, por lo que valdría la pena que se agreguen componentes de técnicas de entrenamiento en habilidades sociales, como comunicación asertiva para reducir las conductas agresivas.

Por otro lado, es en el contexto familiar, escolar y social donde se deben crear un espacio que beneficie o favorezca al desarrollo de fortalezas de carácter y habilidades sociales, por lo tanto, espacios violentos según Bandura (1986) enseñará a los infantes que las conductas agresivas son la forma en cómo se pueden relacionarse con los demás, reforzando la violencia y afectando no sólo al infante y su contexto, sino también a la sociedad en general.

En este sentido se hace énfasis en el papel que tanto padres como profesores tienen en la adquisición de habilidades y conocimientos, no solo académicos, por lo que el capacitarlos sería una buena estrategia de promoción del bienestar, salud mental y de contextos libres de violencia.

LIMITACIONES

Al realizar este trabajo en una institución educativa pública, existen factores que están fuera del alcance del investigador que pueden afectar los tiempos y resultados de la intervención y por ende el proyecto de investigación. Estos factores que se enlistan a continuación, pueden ser tomados en cuenta para futuras intervenciones e investigaciones para disminuir la probabilidad de afectación o repetición:

1. Disponibilidad de espacios (instituciones educativas) que permitan la investigación de campo.
2. Disponibilidad de horarios y espacios dentro de la institución educativa para la aplicación de pruebas psicométricas e implementación de talleres.
3. Baja participación por parte de padres y madres de los y las participantes de la intervención.
4. Apoyo económico para el desarrollo de materiales que se emplean en la intervención.

RECOMENDACIONES

Finalmente, es importante considerar las recomendaciones que se enlistan a continuación para obtener mejores resultados de los obtenidos por este trabajo:

1. Buscar nuevas instituciones educativas que permitan replicar esta intervención para determinar si es posible utilizarla con poblaciones similares.

2. Desarrollar un programa de intervención con padres, madres, profesorado y directivo con el objetivo de que aprendan técnicas que favorezcan a desarrollo de estas habilidades.
3. Buscar espacios óptimos para el desarrollo de la intervención.
4. Mayor número de sesiones, lo cual permitirá al fortalecimiento de estas habilidades.
5. Contar con un grupo control.
6. Realizar la intervención únicamente con población no clínica.
7. Contar con dos mediciones más de seguimiento en 6 meses y 12 meses después de la intervención.

A modo de conclusiones finales consideramos que el presente trabajo cumplió con los objetivos establecidos y brinda una propuesta de intervención eficaz que permite ser replicada, haciendo adecuaciones, en contextos y poblaciones similares.

REFERENCIAS

- Abello, D., Cortés, O., Barros, O., Mercado, S. & Solano, D. (2014). Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. *Tesis Psicológica*, 9(1), 190-201.
- Achenbach, T., & Rescorla, L. (2001) *Manual for ASEBA School Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont Research Center for Children, Youth and Families.
- Acosta-Hernández, M., Mancilla-Percino, J., Correa-Basurto, J., Saavedra-Vélez, M., Ramos-Morales, F., Cruz-Sánchez, J. & Duran, S. (2008). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Archivos de Neurociencia*, 16(1), 20-25.
- Alcalá, V., Rojas, O. & Hernández, C. (Noviembre de 2011). *Prevalencia de sintomatología depresiva en una muestra de niños de educación primaria en el sur de la ciudad de México*. En H. Casanova (Presidencia), XI Congreso Nacional de Investigación Educativa. Congreso llevado a cabo en CDMX, México.
- Almonte, C. & Montt, M. (2012). *Psicopatología infantil y de la adolescencia*. Santiago: Mediterraneo.
- Alonso, L., Murcia, G., Murcia, J., Herrera, D., Gómez, D., Comas, M. & Ariza, P. (2007). Autoestima y relaciones interpersonales en jóvenes estudiantes de primer semestre de la División Salud de la Universidad del Norte, Barranquilla (Colombia). *Salud Uninorte*, 23(1), 32-42.
- Álvarez, E., Guajardo, H., & Messen, R. (1986). Estudio Exploratorio sobre una Escala de Auto evaluación para la Depresión en Niños y Adolescentes. *Revista chilena de pediatría*, 57(1), 21-25.
- American Psychiatric Association (2013). DSM- 5. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC.
- Ansa, M. (2008). Economía y felicidad: Acerca de la relación entre bienestar material y bienestar subjetivo. *XI Jornadas de economía crítica*.

- Antonuccio, D., Ward, C. & Thearnan, B. (1989). The behavioral treatment of unipolar depression in adult outpatients. *Progress in behavior modification*, 1, 152-191.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su versión en español (DSM-5)*. Editorial Médica Panamericana.
- Arguís, R., Bolsas, A. P., Hernández, S. & Salvador, M. M. (2010). Programa "Aulas Felices". *Psicología Positiva aplicada a la educación*. Zaragoza: Equipo SATI.
- Arias, W. (2016). ¿Es la psicología positiva presentista?: Breve revisión de las críticas a la psicología positiva a la luz de la historia de la psicología y la epistemología. *Revista Peruana de Historia de la Psicología*, 2, 93.
- Ávila, C. & Espinoza, J. (2016). Indicadores de depresión en niños de cuarto a sexto grado de primaria en la ciudad de Huancayo. *Horizonte de la Ciencia*, 6(10), 195-203.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*. Englewood Cliffs:Prentice Hall. (Traducción: Pensamiento y acción. Fundamentos sociales, Martínez-Roca, 1987).
- Barraca, J. (2016). La activación conductual en la práctica: técnicas, organización de la intervención, dificultades y variantes. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-166), 15-33.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. (20° ed). Brouwer.
- Bejar, R. (2011). Sentimientos de ineficacia personal en los trastornos de la conducta alimentaria. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 2(2), 113-124.
- Berenzon, S., Lara, M., Robles, R. & Medina-Mora, M. (2013). Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55(1), 74-80.

- Bermudez, M. & Bermudez, A. (2004). *Manual de psicología infantil: aspectos evolutivos e intervención psicopedagógica*. España: Biblioteca Nueva.
- Bernaras, E., Jaureguizar, J., Soroa, M., Ibabe, I. & de las Cuevas, C. (2013). Evaluación de la sintomatología depresiva en el contexto escolar y variables asociadas. *Anales de Psicología*, 1(29),131-140.
- Black, D. & Andreasen, N. (2015). *Texto introductorio de psiquiatría*. México: El Manual Moderno.
- Borges, L. & Angeli, A. (2016). Sintomatología depresiva y desempeño escolar: un estudio con niños brasileños. *Ciencias Psicológicas*, 10(2), 159-197.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H., & De los Santos, M. (2001). Relación entre la depresión infantil y el estilo de respuesta reflexivo-impulsivo. *Salud Mental*, 24(3), 17-23.
- Bunge, E., Gomar, M., Mandil, J., & Álvarez, H. F. (2009). *Terapia Cognitiva con niños y adolescentes: Aportes técnicos*. Buenos aires: Librería Akadia Editorial.
- Caballo, V. (2009). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Camacho, E. & Galán, S. (2015). *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud*. México: El Manual Moderno.
- Caro, I. (2007). *Manual teórico-práctico de psicoterapias cognitivas*. Desclée de Brouwer.
- Castillo, I., Ledo, H., & Ramos, A. (2012). Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. *Norte de salud mental*, 10(43), 30-36.
- Castillo-Parra, G., Gómez, E. & Ostrosky-Shejet, F. (2009). Relación entre las funciones cognitivas y el nivel de rendimiento académico en niños. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9(1), 41-54.

- Castro, A. (2010). Concepciones teóricas acerca de la Psicología Positiva. En *Fundamentos en Psicología Positiva*. (pp. 17-41.). (Primera edición). Argentina: Paidós.
- Ceballos, R. (2010). *Ansiedad y Depresión: Guía Práctica*. España: Alcalá Grupo Editorial.
- Ceballos-Ospino, G., Paba-Barbosa, C., Oviedo, H., Herazo, E. & Campo-Arias, A. (2017). Validez y dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en estudiantes universitarios. *Pensamiento Psicológico*, 15(2), 29-59.
- Chávez-Hernández, A., Correa-Romero, F., Klein-Caballero, A., Macías-García, L., Cardoso-Espindola, K. & Acosta-Rojas, I. (2017). Sintomatología depresiva, ideación suicida y autoconcepto en una muestra de niños mexicanos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(3), 501-514.
- Cieslik, M. (2016). *The Happiness Riddle and the Quest for a Good Life*. Springer.
- Clarke, G., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L., Lewinsohn, P., & Seeley, J. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34(3), 312-321.
- Cosentino, A. C. (2010). Evaluación de las Virtudes y Fortalezas Humanas en Población de Habla Hispana. *Psicodebate*, 10, 53-72.
- Cristea, I. & Cuijpers, P. (2017). *In the pursuit of truth, we should not prioritize correlational over causal evidence*, 27(1), 36-37.
- Cruz, A. (2013). *Propuesta de un taller para el manejo de la depresión y ansiedad en jóvenes adultos*. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Cruz, C., Morales, J. & Ramírez, B. (1996). *Validez, confiabilidad y normas del cuestionario de depresión para niños (CDS), de Lang y Tisher*. Tesis de

licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.

Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Puddu-Gallardo, G., Salgado-García, P., & Peralta-Montecinos, J. (2012). Impacto de un programa de psicología positiva en sintomatología depresiva y satisfacción vital en adultos mayores. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 25(4), 644-652.

Del Barrio, V. (2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Informació Psicológica*, (100), 49-59.

Del Prette, A., & Del Prette, Z. (2013). Programas eficaces de entrenamiento en habilidades sociales basados en métodos vivenciales. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 67-76.

Díaz, N., Soto, H. & Ortega, G. (2016). Terapias Cognitivas y Psicología Basada en la Evidencia: su especificidad en el mundo infantil. *Revista Wimb Lu*, 11(1), 19-38.

Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2003). Personality, Culture, and Subjective. *Annu. Rev. Psychol*, 54, 403-25.

Esparza, N. & Rodríguez, M. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Revista Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 5(1), 47-65.

Etchebarne, I. (2016). Terapia de relajación aplicada: una reconceptualización desde los desarrollos Cognitivo-Conductuales de 3ra generación y nuevas evidencias. *Memorias del XVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Análisis, Modificación del Comportamiento y Terapia Cognitivo-Conductual (ALAMOC)*. Panamá: CLAMOC.

Ferro-García, R., Valero-Aguayo, L. & López-Bermúdez, H. (2016). Fundamentos, características y eficacia de la Psicoterapia Analítica Funcional. *Análisis y modificación de conducta*, 42(165-166), 15-33.

- Froján-Parga, M. X., & Calero-Elvira, A. (2011). Guía para el uso de la reestructuración cognitiva como un procedimiento de moldeamiento. *Psicología conductual*, 19(3), 659.
- Froh, J. J., Yurkewicz, C., & Kashdan, T. B. (2009). Gratitude and subjective well-being in early adolescence: Examining gender differences. *Journal of adolescence*, 32(3), 633-650.
- Galán, S. & Camacho, E. (2012). *Estrés y salud: investigación básica y aplicada*. México: El Manual Moderno.
- Gallegos, J., Linan-Thompson, S., Stark, K. & Ruvalcaba, N. (2013). Preventing Childhood anxiety and depression: testing the effectiveness of a school-based program in México. *Psicología Educativa*, 19(1), 37-44.
- García, A. & Méndez, C. (2017). El entrenamiento en habilidades sociales y su impacto en la convivencia escolar dentro de un grupo de primaria. *REXE-Revista de Estudios y Experiencias en Educación*, 16(30), 151-164.
- Gillham, J., Jaycox, L., Reivich, K., Seligman, M., & Silver, T. (1990). *The Penn Resiliency Program. Unpublished manual*, University of Pennsylvania, Philadelphia.
- Giménez, M., Vázquez, C. & Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: Más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, society & education*, 2(2), 97-116.
- González, F., Escoto, M. & Chávez, J. (2017). *Estadística aplicada en Psicología y Ciencias de la Salud*. México: El Manual Moderno.
- González, J. (2016). Prologo. *En Terapia en contexto: una aproximación al ejercicio psicoterapéutico* (pp. XIII-XV). México: El manual Moderno.
- González, N. & Valde, J. (2015). Validez de las escalas de afecto positivo y negativo (PANAS) en niños. *Liberabit*, 21(1), 37-47.
- Grinhauz, A. S. (2012). El análisis de las virtudes y fortalezas en niños: una breve revisión teórica. *Psicodebate*, 12, 39-62.

- Grinhauz, A. & Castro, A. (2012). El análisis de las virtudes y fortalezas en la infancia. *Anuario de investigaciones*, 19(2), 27-35.
- Halgin, R. & Krauss, S. (2009). *Psicología de la anormalidad: perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos*. México: McGraw-Hill.
- Hernández-Martínez, A., García, R., Valencia, A. & Ortega, N. (2016). Validación de la Escala de Respuestas Rumiativas para población Mexicana. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 6(2), 66-74.
- Helliwell, J. F., Huang, H., & Wang, S. (2017). The Social Foundations of World Happiness. *WORLD HAPPINESS REPORT 2017*, 8.
- Heredia-Ancona, M., Lucio- Gómez, E., & Suárez-de la Cruz, L. (2011). Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual / Latin American Journal of Behavioral Medicine*, 1 (2), 49-57.
- Herrera, E., Núñez, A., Tobón, S. & Arias, D. (2009). Análisis bibliométrico de la depresión infantil. *Pensamiento Psicológico*, 5(12), 59-70.
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124.
- Imagina México A. C. (2012). Ranking de felicidad en México. *México, Imagina México, AC*.
- Jiménez, T., Wagner, F., Rivera H. & González-Forteza, C. (2015). Estudio de la depresión en estudiantes de la Ciudad de México y del Esatado de Michoacán por medio de la versión revisada de la CES-D. *Salud Mental*, 38(2), 103-107.
- Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127.

- Kazdin, A. (2000). *Modificación de conducta y sus aplicaciones prácticas*. (2ª edición) México: El Manual Moderno.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist*, 62(2), 95.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI)*. New York: Multi-health Systems, Inc.
- Lara, C. y Silva, T. (2002). *Estandarización de la Escala de Asertividad de Michelson y Wood en Niños y Adolescentes: II*. Tesis inédita de licenciatura. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lewinsohn, P., Muñoz, R., Youngren, M. & Zeiss, A. (1986). *Control your depression*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Linley, A., Joseph, S., Harrington, S. & Wood A. (2006). Positive psychology: past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology*, 1(1), 3-16.
- Littman-Ovadia, H., & Niemiec, R. M. (2016). Character strengths and mindfulness as core pathways to meaning in life. In *Clinical Perspectives on Meaning* (pp. 383-405). Springer International Publishing.
- Lopez-Gomez, I., Chaves, C., Hervas, G., & Vazquez, C. (2017). A comparative study on the efficacy of a positive psychology intervention and a cognitive behavioral therapy for clinical depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(3), 417-433.
- Luciano, C., Ruiz, F. J., Gil Luciano, B., & Ruiz Sánchez, L. J. (2016). Dificultades y barreras del terapeuta en el aprendizaje de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 16(3), 353-373.
- Luna, A., Laca, F. & Mejía, J. C. (2011). Bienestar subjetivo y satisfacción con la vida de familia en adolescentes mexicanos de bachillerato. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 17-26.

- Lupano, M. L., & Castro, A. (2010). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento. *Ciencias psicológicas*, 4(1), 43-56.
- Mariñelarena-Dondena, L. (2012). Surgimiento y desarrollo de la Psicología Positiva. Análisis desde una historiografía crítica. *Psicodebate*, 12, 9-22.
- Marrero, R. J., Carballeira, M., Martín, S., Mejías, M., & Hernández, J. A. (2016). Effectiveness of a positive psychology intervention combined with cognitive behavioral therapy in university students. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(3), 728-740.
- Martín-Murcia, F., Nieto, L., & Ruiz, J. (Febrero de 2012). *Principios básicos de las terapias de tercera generación aplicados al tratamiento de trastornos del comportamiento alimentario resistentes*. En P. Moreno (Presidencia), XIII Congreso virtual de Psiquiatría.com.
- Martinotti, G., Hatzigiakcumis, D., De vita, O., Massimo, C., Petrucelli, F., Di Giannantonio, M. & Janiri, L. (2012). *International Journal of Clinical Medicine*, 3, 697-713.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Meave, S. (2002). Reporte de experiencia profesional. Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México.
- Michelson, L. y Wood, R., (1982). Development and psychometric properties of the Children's Assertive Behaviour Scale. *Journal of Behavioral Assessment*, 4, 3-14.
- Minici, A., Rivadeneira, C., & Dahab, J. (2001). ¿Qué es la terapia Cognitivo Conductual?. *Revista de terapia cognitivo conductual*, 1, 1-6.
- Moctezuma-Pérez, S. (2017). Una aproximación a las sociedades rurales de México desde el concepto de aprendizaje vicario. *LiminaR. Estudios Sociales y Humanísticos*, 15(2), 169-178.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista internacional de psicología*, 12(1), 2.

- Naranjo, M. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertivas. *Revista electrónica "Actualidades investigativas en educación"*, 8(1), 1-27.
- Navarrete, J., Escoffié, E. & Castillo, R. (2016). Aproximación hacia la práctica psicoterapéutica. *En Terapia en contexto: una aproximación al ejercicio psicoterapéutico* (pp. 3-14). México: El Manual Moderno.
- Nezu, A., Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Nezu, A., Nezu, C. & Perri, (1989). *Problem-Solving therapy for depression: Theory, research and clinical guidelines*. New York: Wiley.
- OMS (2004). *Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Ginebra: Catálogos Biblioteca OMS.
- Pacheco, P. & Chaskel, R. (2016). Depresión en niños y adolescentes. *Precop SCP*, 15(1), 30-38.
- Padrós, F., Gutiérrez, C. Y., & Medina, M. A. (2015). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener en población de Michoacán (México). *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(2).
- Palomar, J. & Gómez, N. E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI-M). *Interdisciplinaria*, 27(1), 7-22.
- Palomera, R. (2017). Psicología positiva en la escuela: un cambio con raíces profundas. *Pap. psicol*, 66-71.
- Park, N., & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents: The development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of adolescence*, 29(6), 891-909.
- Park, N., & Peterson, C. (2009). Character strengths: Research and practice. *Journal of college and character*, 10(4).

- Park, N., Peterson, C., & Sun, J. K. (2013). La psicología positiva: investigación y aplicaciones. *Terapia psicológica*, 31(1), 11-19.
- Pelizza, L., Pupo, S. & Ferrari, A. (2012). Anhedonia in schizophrenia and mayor depression: state or trait? Review of the literatura. *Journal of Psycopathology*, 18, 154-155.
- Perandones, T., Herrera, L. & Lledón, A. (2014). Fortalezas y virtudes personales del profesorado y su relación con la eficacia docente. *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología.*, 7(1), 141-150.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé*, 5(2), 159-172.
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. España: Editorial Síntesis.
- Peterson, C., & Park, N. (2009). El estudio científico de las fortalezas humanas. *La ciencia del bienestar. Fundamentos de una psicología positiva*, 181-207.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (Vol. 1). Oxford University Press.
- Pintado, S. & Castillo, M. (2017). Propuesta de un programa de intervención piloto basado en la Psicología Positiva para la reducción de síntomas de depresión. *Revista Latinoamericana de Psicología Positiva*, 3(1), 60-67.
- Piña, J. *La Anti-Psicología Positiva: Ensayos desde la Psicología Conductual*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Plasencia, M. Eguiluz, L., & Osorio, M. (2017). Relación entre la dinámica familiar y las fortalezas humanas. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*.
- Proctor, C., & Linley, A. (2014). *Research, applications, and interventions for children and adolescents*. Springer.
- Rehm, L. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.

- Reynoso-Erazo, L. & Seligson, I. (2005). *Psicología Clínica de la Salud: un enfoque conductual*. México: El Manual Moderno.
- Remor, E., & Amorós Gómez, M. (2012). Efecto de un programa de intervención para la potenciación de las fortalezas y los recursos psicológicos sobre el estado de ánimo, optimismo, quejas de salud subjetivas y la satisfacción con la vida en estudiantes universitarios. *Acta colombiana de Psicología*, 15(2), 75-86.
- Ribes, E. (2012). Skinner y la psicología: lo que hizo, lo que no hizo y lo que nos corresponde hacer. *Apuntes de Psicología*, 30(1-3), 77-91.
- Rivas-Molina, N., Mireles-Pérez, E., Soto-Padilla, J., González-Reyes, N., Barajas-Serrano, T. & Barrera, J. (2015). Depresión en escolares y adolescentes portadores de leucemia aguda en fase de tratamiento. *Gaceta Médica de México*, 151, 186-191.
- Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *EDETANIA*, 44, 241-257.
- Robles, F. (2015). Retos de la psicología positiva y el estudio de las fortalezas humanas al incorporar la dimensión de género. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 7(2).
- Rojas, M. (2009). Economía de la felicidad: hallazgos relevantes respecto al ingreso y el bienestar. *El trimestre económico*, 537-573.
- Rojas, M. (2010). Mejorando los programas de combate a la pobreza en México: del ingreso al bienestar. *Perfiles latinoamericanos*, 18(35), 35-59.
- Rosselló, J., Duarte-Vélez, Y., Bernal, G. & Zuluaga, M. (2011). Ideación suicida y respuesta a la terapia cognitiva conductual en adolescentes puertorriqueños/as con depresión mayor. *Revista Interamericana de Psicología*, 45(3), 321-330.
- Ruiz, M., Díaz, M. & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée De Brouwer.

- Salanova, M., & Llorens, S. (2016). Hacia una psicología positiva aplicada. *Papeles Del Psicólogo*, 37(3).
- Sánchez, J., Alcázar, A. & Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3), 641-654).
- Sánchez, P. (2008). *Psicología Clínica*. México: El Manual Moderno.
- Sánchez-Hernández, O., Méndez, F. & Garber, J. (2014). Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(1), 63-76.
- Seligman, M. E. P. (1999). The president's address. *American Psychologist*, 54, 559-562.
- Seligman, M. E. P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Seligman, M. E. P., Ernst, R. M., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: Positive psychology and classroom interventions. *Oxford review of education*, 35(3), 293-311.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60(5), 410.
- Shochet, I., Dadds, M., Holland, D., Whitefield, K., Harnett, P., & Osgarby, S. (2001). The efficacy of a universal school-based program to prevent adolescent depression. *Journal of clinical child psychology*, 30(3), 303-315.
- Siabato, E., Forero, I. & Salamanca, Y. (2017) Asociación entre depresión e ideación suicida en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento Psicológico*, 15(1), 51-61.
- Silva, D. & Valdivia, M. (2013) Estudio corporativo de dos escalas de depresión en relación al intento de suicidio en adolescentes no consultantes. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 51(1), 10-15.

- Spence, S. H., Sheffield, J., & Donovan, C. (2002). Problem-solving orientation and attributional style: moderators of the impact of negative life events on the development of depressive symptoms in adolescence?. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(2), 219-229.
- Sterger, M. (2009). Meaning in life. En *Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 679-687). (Segunda edición). New York: Oxford University Press.
- Tarragona, M. (2013). Psicología positiva y terapias constructivas: una propuesta integradora. *Terapia psicológica*, 31(1), 115-125.
- Torreles, C., i Mora, C., Belled, A. & Berenguer, N. (2016). Bases para desarrollar un modelo de mentorización basado en la Psicología Positiva. *Universitas Tarraconensis. Revista de Ciències de l'Educació*, (2), 70-83.
- Valencia, A., Flores, A., & Sánchez-Sosa, J. J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológicos pediátricos. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 32(2).
- Valencia, A., García, R., Bautista, M. L. Cáceres, M. & Lima, A. *Bienestar psicológico infantil en ambientes escolarizados: una escuela referente*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Valencia, A., García, R., Lima, A. & Straffon, K. (2017). Depresión, felicidad, virtudes y fortalezas como ingredientes para la convivencia escolar: escuela referente. En *Problemáticas contemporáneas: retos y perspectivas de la violencia y convivencia escolar*. (pp. 183-192). (1 ed.). Tuxtla Gutiérrez: Colección Montebello, UNICACH.
- Valencia, A., Gil, F. & Martínez, Y. (2015). *Promoción de la salud y el bienestar desde la perspectiva de la psicología positiva* (pp. 259-278). En *Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud*. México: El Manual Moderno.

- Valencia, A., Lima, A., Straffon, K., González, M. C. & García, R. *Depresión, Habilidades Sociales y Fortalezas de carácter en niños en edad escolar*. Manuscrito presentado para su publicación.
- Valencia, A., Urbina, M., Lima, A. & García, R. Análisis de las propiedades psicométricas del cuestionario VIA-Y para población infantil mexicana. Manuscrito presentado para su publicación.
- Valero, L. (2016). La extensión del laboratorio de la práctica clínica: generalización formal o funcional. *Acta Comportamentalia: Revista Latina de Análisis de Comportamiento*, 24(2), 135-153.
- Vallejo-Slocker, L., & Vallejo, M. A. (2016). Sobre la desensibilización sistemática. Una técnica superada o renombrada. *Acción Psicológica*, 13(2).
- Vázquez, C. (2006). La psicología positiva en perspectiva. *Papeles del Psicólogo*, 27(1). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1278>
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Alianza Editorial.
- Vázquez, C., Hervás, G., & Ho, S. (2006). Intervenciones clínicas basadas en la psicología positiva: fundamentos y aplicaciones. *Psicología conductual*, 14(3), 401-432.
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Terapia Dialéctico Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118.
- Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), 417-449.
- Veytia, M., González, N., Andrade, P., & Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*, 35(1), 37-43.

- Wagner, F., González-Forteza, C., Sánchez-García, S., García-Peña, C. & Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud Mental*, 35 (1), 3-11.
- White, M. A., & Waters, L. E. (2015). A case study of 'The Good School:'Examples of the use of Peterson's strengths-based approach with students. *The Journal of Positive Psychology*, 10(1), 69-76.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Stanford University Press.
- Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de conducta*, México: Trillas.
- Ybarra, J. L., Orozco, L. A., & Valencia, A. (2014). *Intervención con apoyo empírico: herramientas fundamentales para el psicólogo clínico y de la salud*. México: Manual Moderno.
- Young, J. & Mufson, L. (2003). *Manual for interpersonal psychotherapy-adolescent skills training (IPT-AST)*. New York: Columbia University.
- Zavala, M. (2016). Validación del Inventario de Depresión Infantil en Niños de la Ciudad de México (Disertación de maestría).

ANEXOS

Anexo 1.

Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nos es grato informarle que el Cuerpo Académico de “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. En ese sentido, se dará seguimiento a las necesidades detectadas en la escuela de su hijo(a) durante el periodo escolar 2015 - 2016, para lo cual se emplearán técnicas de recolección de datos fisiológicos, psicológicos y neuropsicológicos, así como técnicas de intervención preventiva para promover la convivencia sana entre el alumnado, el profesorado y las familias. Por tal motivo solicitamos su consentimiento para aplicar una batería de instrumentos y talleres preventivos en su hijo(a), considerando que éstos se apegan en todo momento a lo dispuesto en el código ético del psicólogo, por lo que se mantendrá la confidencialidad de la participación de los niños y niñas. La aplicación de la batería y los talleres se realizarán en los horarios y días previamente establecidos con la institución 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 ICSa. 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-intervención 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) _____ del grupo: _____.

ACEPTO que participe en este proyecto:

Nombre y firma del padre o tutor



Ex. Hacienda la Concepción Tilcuautila, Hidalgo
Tel. 01 771 71 720-00 ext. 5104 , 5118 y 4313
Correo electrónico: uni_normao@hotmail.com



Anexo 2.

EJEMPLO DE CUESTIONARIO DE FORTALEZAS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

Adaptado por Valencia, Urbina, Lima y García, en prensa
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 sí 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 aún 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

Anexo 3

EJEMPLO DE INVENTARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS

Adaptado por Ayala y Meave, 2002

Children's Depression Inventory

Nombre: _____

Edad: _____ Grado Escolar: _____

Fecha de aplicación: ____/____/____

Instrucciones: Señala la opción que describe como te has sentido durante las últimas semanas. Marca la opción que corresponda a tu respuesta.

1. Si	2. A veces	3. No
-------	------------	-------

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

Anexo 4

EJEMPLO DE ESCALA DE CONDUCTA ASERTIVA PARA NIÑOS Adaptado por Lara y Silva, 2002 Children Assertiveness Behavior Scale (CABS)

Nombre: _____

Edad: _____ Grado Escolar: _____

Fecha de aplicación: ____/____/____

Instrucciones: Vas a responder a algunas preguntas relacionadas con lo que haces en ciertas situaciones. No hay respuesta “buenas” ni “malas”. Solamente responde lo que verdaderamente harías en la situación que se describe. Por ejemplo:

¿Qué harías si otro niño o niña no te escucha cuando tú le estás hablando? Lo que normalmente harías es: *

- a) Le pides que escuche
- b) Sigues hablando
- c) Dejas de hablar y pides que escuche
- d) Dejas de hablar y te vas
- e) Hablas más fuerte

De entre las 5 respuestas que aparecen abajo de la pregunta tienes que elegir una y seleccionar la respuesta que se parezca más a lo que tú acostumbras a hacer. No olvides responder honestamente de acuerdo con la forma en que actuarías. No hay límite de tiempo, pero deberás responder lo más rápido posible.

1. Un niño(a) o un adulto te dice: “Creo que eres una persona agradable (buena onda)”. Lo que normalmente dirías es:
 - a) No, no soy tan agradable.
 - b) ¡Si, creo que soy el mejor!
 - c) Gracias.
 - d) No le dices nada pero te da pena.
 - e) Gracias, realmente soy fabuloso.
2. Un niño(a) o un adulto hace algo que crees es realmente fabuloso. Lo que normalmente dirías es:
 - a) “Está bien” y actúas como si no fuera tan fabuloso.
 - b) “Está bien, pero he visto cosas mejores”.
 - c) No dices nada.
 - d) “Yo puedo hacerlo mejor”.
 - e) “¡Eso es realmente fantástico!”.
3. Estas haciendo algo que te gusta y piensas o crees que está muy bien. Un niño(a) o un adulto te dice: “¡No me gusta lo que estás haciendo!”. Lo que normalmente dirías es:
 - a) “¡Eres un tonto!”.
 - b) “Yo creo que si está bien”

Anexo 5

Tablas de las correlaciones clasificadas en virtudes con sintomatología depresiva, las subescalas del CDI y con la puntuación total del CABS.

Tabla.

Correlación de las fortalezas de Coraje con la puntuación total del CABS, los estilos y las subescalas del CDI.

	Integridad	Persistencia	Valentía	Vitalidad
Sintomatología depresiva	-.569**	-.491**	-.329**	-.512**
Estado de ánimo negativo	-.466**	-.364**	-.272**	-.452**
Autoestima negativa	-.440**	-.449**	-.240*	-.387**
Ineficacia	-.576**	-.595**	-.406**	-.420**
Anhedonia	-.410**	-.345**	-.217*	-.466**
Problemas interpersonales	-.407**	-.224*	-.199	-.240*
Puntuación total CABS	-.334**	-.331**	-.370**	-.322**
Estilo	-.304**	-.281**	-.356**	-.254*

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tabla.

Correlación de las fortalezas de Humanidad con la puntuación total del CABS, los estilos y las subescalas del CDI.

	Amor	Bondad	Inteligencia social
Sintomatología depresiva	-.469**	-.275**	-.414**
Estado de ánimo negativo	-.385**	-.215*	-.348**
Autoestima negativa	-.396**	-.191	-.332**
Ineficacia	-.449**	-.356**	-.450**
Anhedonia	-.377**	-.208*	-.285**

Problemas interpersonales	-.239*	-.129	-.250*
Puntuación total CABS	-.381**	-.485**	-.444**
Estilo	-.381**	-.470**	-.391**
* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$			

Tabla.

Correlación de las fortalezas de Justicia con la puntuación total del CABS, los estilos y las subescalas del CDI.

	Ciudadanía	Imparcialidad	Liderazgo
Sintomatología depresiva	-.441**	-.415**	-.382**
Estado de ánimo negativo	-.308**	-.359**	-.280**
Autoestima negativa	-.358**	-.313**	-.255*
Ineficacia	-.493**	-.459**	-.524**
Anhedonia	-.306**	-.277**	-.239*
Problemas interpersonales	-.360**	-.263*	-.289**
Puntuación total CABS	-.464**	-.508**	-.221*
Estilo	-.440**	-.440**	-.155
* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$			

Tabla.

Correlación de las fortalezas de Sabiduría y Conocimiento con la puntuación total del CABS, los estilos y las subescalas del CDI.

	Apertura mental	Aprendizaje	Creatividad	Curiosidad	Perspectiva
Sintomatología depresiva	-.583**	-.440**	-.449**	-.195	-.484**

Estado de ánimo negativo	-0.475**	-0.307**	-0.327**	-0.126	-0.426**
Autoestima negativa	-0.447**	-0.379**	-0.371**	-0.130	-0.367**
Ineficacia	-0.494**	-0.493**	-0.537**	-0.339**	-0.531**
Anhedonia	-0.461**	-0.342**	-0.303**	-0.122	-0.318**
Problemas interpersonales	-0.461**	-0.254*	-0.301**	-0.092	-0.304**
Puntuación total CABS	-0.493**	-0.387**	-0.356**	-0.291**	-0.302**
Estilo	-0.421**	-0.315**	-0.312**	-0.205*	-0.288**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tabla.

Correlación de las fortalezas de Templanza con la puntuación total del CABS, los estilos y las subescalas del CDI.

	Autocontrol	Clemencia	Humildad	Prudencia
Sintomatología depresiva	-0.355**	-0.320**	-0.106	-0.543**
Estado de ánimo negativo	-0.271**	-0.279**	-0.094	-0.476**
Autoestima negativa	-0.311**	-0.229*	-0.095	-0.492**
Ineficacia	-0.373**	-0.189	-0.093	-0.533**
Anhedonia	-0.224*	-0.284**	-0.063	-0.387**
Problemas interpersonales	-0.289**	-0.283**	-0.088	-0.258*
Puntuación total CABS	-0.433**	-0.418**	-0.380**	-0.334**
Estilo	-0.353**	-0.426**	-0.353**	-0.299**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Tabla.

Correlación de las fortalezas de Trascendencia con la puntuación total del CABS, los estilos y las subescalas del CDI.

	Apreciación	Esperanza	Espiritualidad	Gratitud	Humor
Sintomatología depresiva	-.254*	-.515**	-.308**	-.419**	-.358**
Estado de ánimo negativo	-.145	-.405**	-.249*	-.320**	-.325**
Autoestima negativa	-.216*	-.410**	-.229*	-.322**	-.224*
Ineficacia	-.406**	-.614**	-.357**	-.458**	-.414**
Anhedonia	-.131	-.348**	-.231*	-.308**	-.256*
Problemas interpersonales	-.193	-.312**	-.166	-.291**	-.203
Puntuación total CABS	-.402**	-.429**	-.517**	-.410**	-.340**
Estilo	-.354**	-.363**	-.439**	-.419**	-.281**

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

Anexo 6

Cuestionario Validación por jueceo (CJEXI)

Estimado(a) Experto(a) es un gusto estar en contacto con usted.

Debido a sus conocimientos y trayectoria en el área de Psicología, en el uso de estrategias Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva, se le ha elegido para formar parte del Comité de Validación por Jueces de la "Intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños con y sin sintomatología depresiva". Los datos que usted brindará serán totalmente confidenciales y se usarán solo con fines de investigación.

Agradecemos su valioso tiempo.

Atentamente:

Alumnas: Alejandra Lima Quezada y Diana Karina Straffon Olivares

Asesora: Dra. Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

Acepto participar como Juez Experto para la validación de la "Intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños con y sin sintomatología depresiva".

Si () No ()

Sexo: Mujer () Hombre ()

Escolaridad: Licenciatura () Especialidad () Maestría () Doctorado ()

Años de práctica clínica en el campo de la Psicología Cognitivo-Conductual:

Menos de 1 año () De 1 a 4 años () De 5 a 9 años () Más de 10 años ()

Años de práctica en el campo de la Psicología Positiva:

Menos de 1 año () De 1 a 4 años () De 5 a 9 años () Más de 10 años ()

"Intervención cognitivo-conductual y de psicología positiva para desarrollar fortalezas de carácter en niños con y sin sintomatología depresiva".

El objetivo de este estudio es comprobar o rechazar la hipótesis que una intervención Cognitivo-Conductual con componentes de Psicología Positiva favorece al incremento de las Fortalezas de Carácter en niños escolarizados.

Le solicitamos que previamente haya revisado la presentación que contiene las características de la intervención.

A continuación le presentaremos algunas afirmaciones relacionadas con las metas, procedimiento y posibles resultados del tratamiento, le pedimos su colaboración para seleccionar la opción que considere apropiada para cada enunciado. De antemano le agradecemos su participación y observaciones.

1. Totalmente en desacuerdo	2. En desacuerdo	3. No sé	4. De acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
-----------------------------	------------------	----------	---------------	--------------------------

Objetivos					
El objetivo general de la intervención es claro.	1	2	3	4	5
El objetivo de la intervención se encuentra respaldado de forma teórica de acuerdo al modelo cognitivo-conductual.	1	2	3	4	5
Los temas a trabajar en cada sesión favorecen el logro del objetivo.	1	2	3	4	5
La secuencia de las sesiones es adecuada.	1	2	3	4	5

Procedimiento					
La duración de la intervención es apropiada para el logro de objetivos.	1	2	3	4	5
Las técnicas cognitivo-conductual seleccionadas son las adecuadas para alcanzar los objetivos establecidos.	1	2	3	4	5
Los componentes de Psicología Positiva son adecuados para alcanzar los objetivos establecidos.	1	2	3	4	5
Las actividades son adecuadas para la adquisición y práctica de habilidades.	1	2	3	4	5
Las tareas y registros son fáciles de realizar y utilizar por parte de los y las participantes.	1	2	3	4	5
Las técnicas, actividades y tareas son apropiadas para la edad de los y las participantes.	1	2	3	4	5

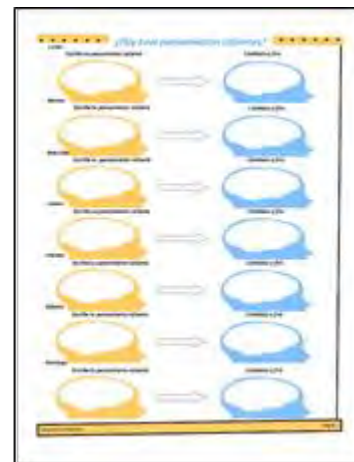
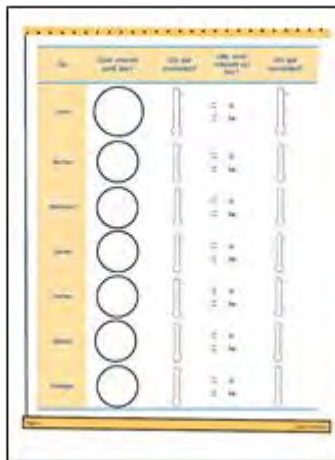
Resultados esperados					
Los objetivos de tratamiento se relacionan con resultados esperados.	1	2	3	4	5
De acuerdo a su experiencia usted considera que con esta propuesta de intervención los participantes se verán beneficiados.	1	2	3	4	5

Observaciones					

Anexo 7: Gafete de ejemplo



Anexo 8: Diario fantástico

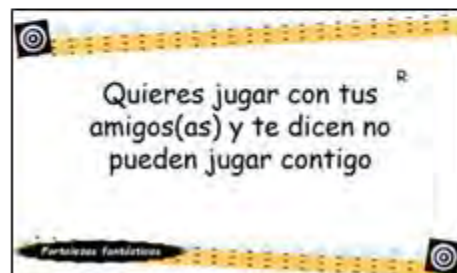
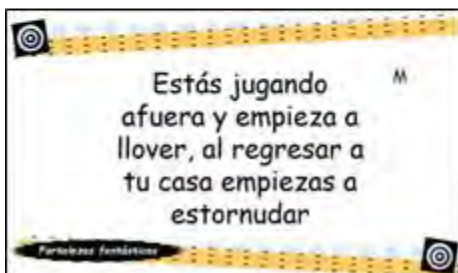
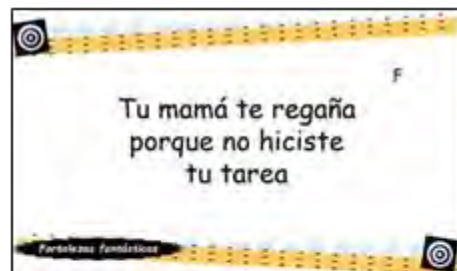




Anexo 13. Tablero Bingo de las emociones



Anexo 14. Tarjetas expresiones faciales y emociones



Anexo 15. Describiéndome

Describiéndome

Nombre: _____ Fecha: ____/____/2017

¿Cómo me veo por dentro?

¿Qué me gusta hacer?

¿Qué me gusta comer?

¿Qué me gusta leer?

¿Qué me gusta jugar?

¿Qué me gusta hacer en mi tiempo libre?

¿Qué me gusta hacer en mi tiempo libre?

¿Qué me gusta hacer en mi tiempo libre?

Fortalezas fantásticas

This worksheet features a central line drawing of a person's body with a brain icon in the head and a heart icon in the chest. The drawing is surrounded by several lines of text for self-reflection. The page is decorated with a yellow dotted border at the top and bottom, and target icons in the corners.

Anexo 16. Identificando mis pensamientos

Identificando mis pensamientos

Nombre: _____ Fecha: ____/____/2017

Pensamientos que me hacen sentir:

Pensamientos que me hacen sentir:

Pensamientos que me hacen sentir:

Pensamientos que me hacen sentir:

Fortalezas fantásticas

This worksheet features a large, detailed drawing of a human brain. The brain is divided into four quadrants by a vertical and a horizontal line. Each quadrant is labeled with the text 'Pensamientos que me hacen sentir:'. The page is decorated with a yellow dotted border at the top and bottom, and target icons in the corners.

Anexo 17. Termómetro de la relajación

Termómetro de la relajación

Nombre: _____ Fecha: ____/____/2017

Alto

Medio

Bajo

Fortalezas fantásticas

This worksheet features a vertical thermometer-like scale. The scale is a vertical oval shape with a bulb at the bottom and a narrow tube at the top. Three horizontal lines cross the tube, labeled 'Alto' at the top, 'Medio' in the middle, and 'Bajo' at the bottom. The page is decorated with a yellow dotted border at the top and bottom, and target icons in the corners.

Anexo 18. Reglas de convivencia

La ciudad de la esperanza

REGLAS DE CONVIVENCIA: Fecha: ___/___/2017

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

Fortaleza fantástica

Anexo 19. Pay de la generosidad

Pay de la generosidad

Nombre: _____ Fecha: ___/___/2017

EMPRENDENTES:

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

✓ _____

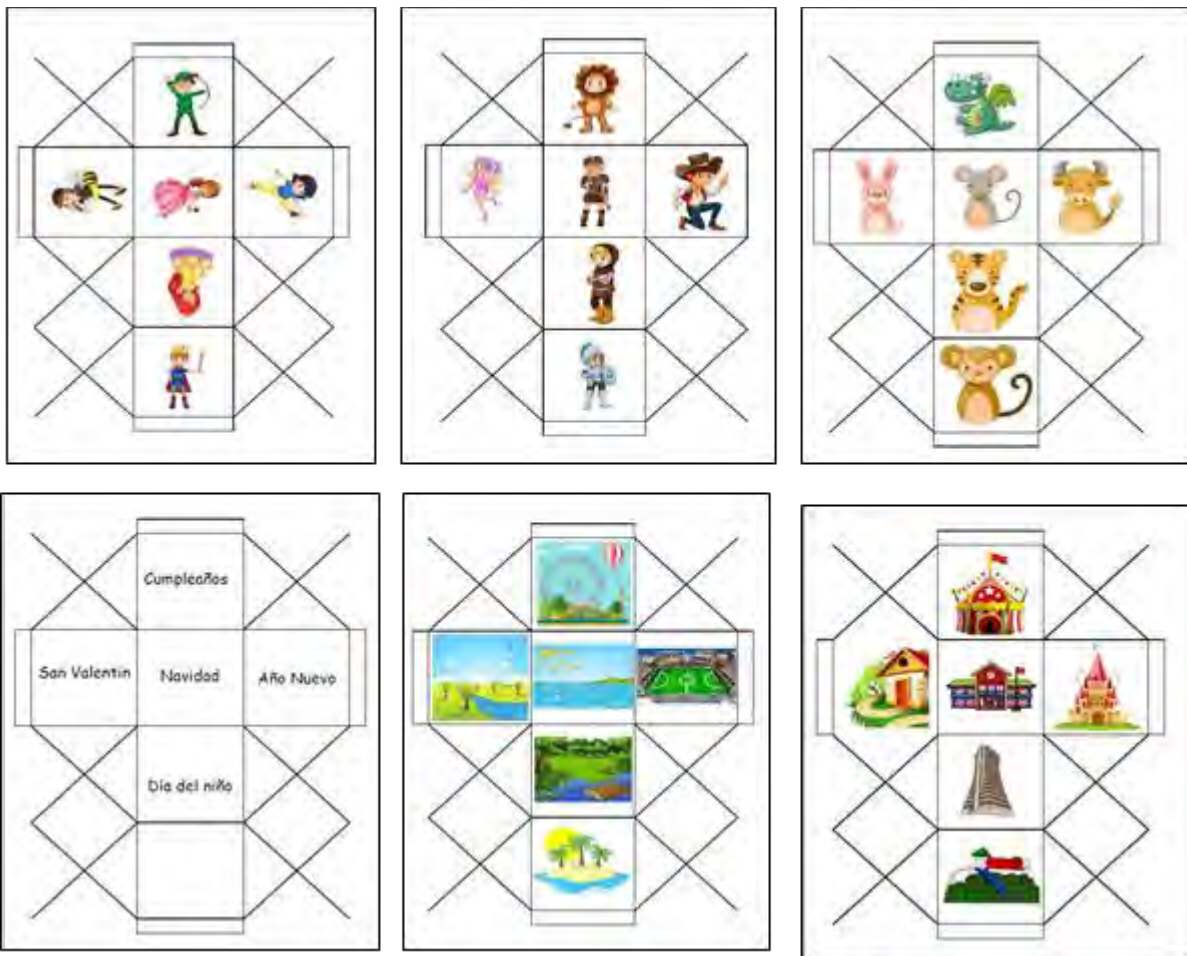
✓ _____

Fortaleza fantástica

Anexo 20. Carta y sobre de gratitud



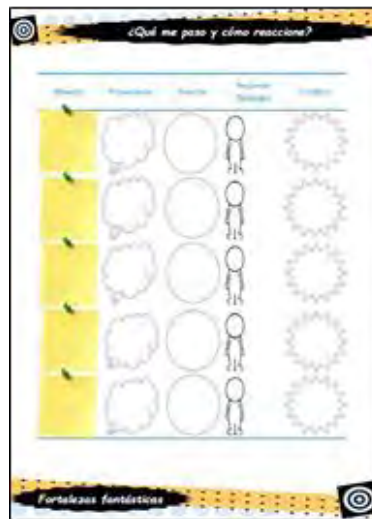
Anexo 21. Cubos cuenta cuentos



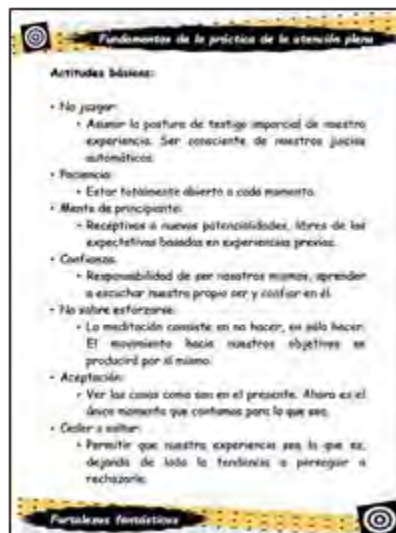
Anexo 22. Mensajes de los problemas



Anexo 23. ¿Qué me paso y cómo reaccione?



Anexo 24. Fundamentos de la práctica de atención plena



Anexo 25. Germinando mis fortalezas



Anexo 26. Tablero lotería de las fortalezas

Lotería de fortalezas		
Creatividad	Curiosidad	Apertura Mental
Amor por el aprendizaje	Perspectiva	Ciudadanía
Sentido de la justicia	Liderazgo	Valentía
Perseverancia	Integridad	Vitalidad

Lotería de fortalezas		
Creatividad	Curiosidad	Apertura Mental
Amor por el aprendizaje	Perspectiva	Ciudadanía
Sentido de la justicia	Liderazgo	Valentía
Perseverancia	Integridad	Vitalidad

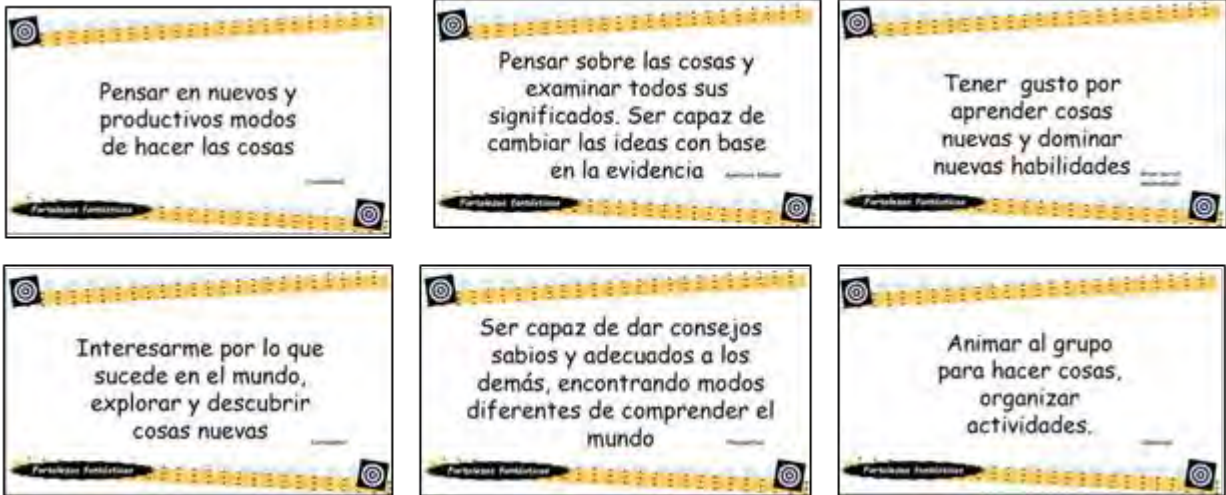
Lotería de fortalezas		
Creatividad	Apertura Mental	Perspectiva
Sentido de la justicia	Valentía	Integridad
Capacidad de perdonar	Prudencia	Apreciación de la belleza
Esperanza	Espiritualidad	Amabilidad

Lotería de fortalezas		
Curiosidad	Amor por el aprendizaje	Ciudadanía
Liderazgo	Perseverancia	Vitalidad
Humildad	Autocontrol	Gratitud
Sentido del humor	Amor	Inteligencia Social

Lotería de fortalezas		
Creatividad	Curiosidad	Perspectiva
Ciudadanía	Valentía	Perseverancia
Capacidad de perdonar	Humildad	Apreciación de la belleza
Gratitud	Espiritualidad	Amor

Lotería de fortalezas		
Apertura Mental	Amor por el aprendizaje	Sentido de la justicia
Liderazgo	Integridad	Vitalidad
Prudencia	Autocontrol	Esperanza
Sentido del humor	Amabilidad	Inteligencia Social

Anexo 27. Tarjetas fortalezas



Anexo 28. Cuestionario componentes de la intervención

The image shows four questionnaires, each with a yellow header and a target icon. The questionnaires are:

- Questionnaire 1 (Top Left):** Titled 'Cuestionario componentes de la intervención'. It contains 7 questions with response options 'Si', 'No', 'Si No lo sé', and 'Si No lo sé'. It includes a vertical scale of five faces: sad, neutral, happy, angry, and sad.
- Questionnaire 2 (Top Right):** Titled 'Cuestionario componentes de la intervención'. It contains 13 questions with response options 'Si', 'No', 'Si No lo sé', and 'Si No lo sé'.
- Questionnaire 3 (Bottom Left):** Titled 'Cuestionario componentes de la intervención'. It contains 13 questions with response options 'Si', 'No', 'Si No lo sé', and 'Si No lo sé'.
- Questionnaire 4 (Bottom Right):** Titled 'Cuestionario componentes de la intervención'. It contains 13 questions with response options 'Si', 'No', 'Si No lo sé', and 'Si No lo sé'. It includes a section for 'Otras cosas que me ayudan' with a list of options and a space for 'Otras cosas que me ayudan'.

Anexo 29. Ejemplo de reconocimientos

