



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

MODELO DE PSICOLOGÍA POSITIVA GRUPAL PARA DISMINUIR NIVELES DE
DEPRESIÓN EN NIÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA MEDIA

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico

Líneas De Investigación:

Psicología Social, Cultural y/o del Trabajo fundamentos y aplicaciones

Desarrollo Humano y Salud Mental

AUTOR:

Diego Fernando Yánez Ortiz

DIRECTORA:

Ps. Mg. Norma Marlene Macías Herrera

AMBATO-ECUADOR

Enero 2017

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE
AMBATO**

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

Modelo de Psicología Positiva Grupal para disminuir niveles de depresión en niños de
Educación Básica Media

Líneas De Investigación:

Psicología Social, Cultural y/o del Trabajo fundamentos y aplicaciones

Desarrollo Humano y Salud Mental

AUTOR:

Diego Fernando Yáñez Ortiz

Norma Marlene Macías Herrera, Ps. Mg.

f. _____

CALIFICADORA

Lucia Almeida Márquez, Dra. Mg.

f. _____

CALIFICADORA

Narcisa de Jesús Villegas Villacrés, Ps. Mg.

f. _____

CALIFICADORA

Aitor Larzabal Fernández, Lic. Mg.

f. _____

DIRECTOR DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f. _____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Enero 2017

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Diego Fernando Yáñez Ortiz portador de la cedula de ciudadanía 180433976-8 declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo la obtención del título de Psicólogo Clínico son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento son y serán de mis sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Diego Fernando Yáñez Ortiz

C.I. 180433976-8

AGRADECIMIENTO

Agradezco a mi padre Bolívar Yáñez y a mi madre Laura Ortiz que se han convertido en mi apoyo y en mi fuerza para seguir adelante con mis estudios y lograr concluir con una meta más en mi vida, a mi hermano Leonardo que nunca me dejó solo en ninguna situación y siempre se encontraba apoyándome en todo momento aunque estuviera lejos, a mi novia Diana que siempre se encontró junto a mí en cada adversidad que se me presentaba y ayudándome a seguir adelante para que no me rindiera en ningún momento, a mi tutora Marlene Macías que con ahínco y voluntad me ayudó a conseguir un logro más en mi vida convirtiéndose más que en una docente en una amiga, y sobre todo agradezco a Dios que me ha dado la salud y la vida para concluir con este logro.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a todos aquellos que lograron concluirlo de manera exitosa que cursaron en mi vida para llegar a ser la persona que hoy en día soy, en especial a los niños que demostraron que con esfuerzo, dedicación y valentía se podía lograr todo lo que deseaban sin importar que difícil sea.

RESUMEN

El presente trabajo de Investigación se refiere al área de Psicología Clínica, específicamente en el tema de Depresión Infantil. El objetivo fundamental es diseñar un modelo de intervención grupal de psicología positiva para disminuir los niveles de depresión en niños de etapa escolar básica media. La pregunta de estudio, meta y/o hipótesis de trabajo es la disminución de los síntomas depresivos en los niños de educación media a partir de la utilización de un modelo de psicología positiva grupal. Dentro del fundamento teórico se sostiene que la depresión infantil posee elementos de vulnerabilidad que se enmarcan dentro de la naturaleza biológica, personal, social y demográfica. La metodología: se llevó a efecto de acuerdo a un modelo pre – experimental por medio de un diseño descriptivo, correlacional y explicativo; en lo referente al contenido del trabajo la presente investigación utiliza la Psicología Positiva, la que forma parte del enfoque Humanista. Como conclusión se sostiene que el 18% de la población presentó depresión, esta variable se evaluó a través del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI). De esta población, el 60% se ubicó en un nivel de depresión leve, el 28% en un nivel de depresión moderada y finalmente el 12% en un nivel de depresión grave. Se identificó que aspectos del ambiente familiar y socioeconómico fueron significativos: el 60 % de los niños no convivían con ambos padres, el 68 % tenía un nivel socioeconómico regular o malo, el 92 % no tenía vivienda propia. Se recomienda evaluar periódicamente para identificar posibles nuevos casos de depresión en la comunidad educativa

Palabras claves

Depresión Infantil, Niños de Educación General Media, Modelos de Psicología Positiva, Psicoterapia Grupal

ABSTRACT

This research project refers to the area of clinical psychology, specifically the topic of child depression. Its fundamental aim is to design a group intervention model of positive psychology in order to reduce the levels of depression in middle school aged children. The study question, goal and/or work hypothesis is the decrease of depression symptoms in middle school children by using a model of group positive psychology. Within the theoretical framework, it is maintained that child depression includes elements of vulnerability which forms part of biological, personal, social and demographical nature. The methodology that was implemented followed a pre-experimental model through a descriptive, correlational and explicatory design. Regarding the content of the work, this study uses positive psychology which is part of the humanistic approach. In conclusion, it maintains that 18% of the population suffers from depression. This variable is evaluated with the Child Depression Inventory (CDI). In this population, 60% have a minor level of depression, 28% have a moderate level of depression and finally, 12% have a serious level of depression. The family environment and socio-economical aspects were identified as significant: 60% of the children do not live with both parents, 68% have a regular or bad socio-economical level and 92% do not have their own home. It is recommended to evaluate periodically in order to identify new possible cases of depression at the school.

Key words

Child depression, general middle school children, positive psychology models, group psychotherapy.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
GRAFICOS	xi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	4
1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO	4
1.1. Antecedentes	4
1.2. Problema.....	6
1.2.1. Descripción del problema.....	6
1.2.2. Preguntas Básicas	8
1.2.2.1. ¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?.....	8
1.2.2.2. ¿Por qué se origina?	9
1.2.2.3. ¿Cuándo se origina?	9
1.3. Justificación.....	10
1.4. Objetivos	11
1.4.1. Generales.....	11
1.4.2. Específicos	11
CAPÍTULO II	12

MARCO TEÓRICO.....	12
2.1. La Psicología General y la Psicología Humanista	12
2.1.1. Psicología Humanista.....	14
2.1.2. La Psicología Humanista y su influencia en el grupo.....	15
2.1.3. Niveles de Psicoterapia Humanista.....	17
2.1.4. Psicoterapia Individual.....	19
2.1.5. Psicoterapia Grupal.....	20
2.1.5.1. Técnicas y Objetivos del grupo de encuentro	22
2.2. Psicología Positiva	24
2.3. Trastornos mentales	32
2.4. Depresión	33
2.4.1. Depresión Infantil.....	34
2.4.2. Signos y Síntomas de la depresión infantil	36
2.5. Ley LOEI Ley Orgánica de Educación Intercultural (2011)	37
2.6. Ley MOSEIB (Modelo del sistema de Educación Intercultural Bilingüe (2013).....	39
CAPÍTULO III.....	41
METODOLOGÍA	41
3.1. Métodos de Investigación	41
3.2 Niveles de investigación	41
3.3 Diseño de la investigación	42
3.4 Instrumentos y técnicas de la investigación	43
3.5 Población y Muestra.....	48
3.6 Procedimiento metodológico	48
CAPÍTULO IV.....	50
ANÁLISIS DE RESULTADOS	50

4.1 Estudio sociodemográfico.....	50
4.2 Análisis del Cuestionario de Depresión Infantil CDI	51
4.2.1. Análisis de la Consistencia Interna del Cuestionario CDI	51
4.2.2. Prevalencia de la presencia del trastorno de ánimo depresivo en los niños.....	52
4.3 Depresión y Datos Sociodemográficos	54
4.4. Niveles de Depresión pre y Pos – tratamiento	59
CAPÍTULO V	63
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	63
5.1 Conclusiones	63
5.2 Recomendaciones.....	64
PROPUESTA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL.....	68
BIBLIOGRAFIA.....	94
ANEXOS.....	98

GRAFICOS

Gráfico 4. 1: Distribución de los niños encuestados según sexo.	51
Gráfico 4. 2: Resultados CDI.....	53
Gráfico 4. 3 Distribución por género de los niños identificados con depresión.	54
Gráfico 4.4 Distribución por edad de los niños identificados con depresión.....	55
Gráfico 4. 5 Distribución de los niños según el estado de salud.....	57
Gráfico 4. 6 Valoración del espacio físico de las aulas de clases con niveles superiores	58
Gráfico 4. 7 Distribución de los niños de acuerdo a los niveles de depresión identificados.	60

TABLAS

Tabla 2. 1: Clasificación de la Psicología	13
Tabla 4. 2 Confiabilidad del Cuestionario CDI	51
Tabla 4. 3: Resumen resultados CDI.....	52
Tabla 4. 4 Factores socioeconómicos relacionados con la depresión en los niños	56
Tabla 4.5 Calificaciones de los niños antes y después de la intervención	61

INTRODUCCIÓN

Los trastornos depresivos afectan a personas de cualquier edad, condición económica y nivel cultural; existen numerosos estudios sobre prevalencia, diagnóstico y tratamiento de la depresión en edad adulta, sin embargo, sobre depresión infantil son escasos, debido a la dificultad diagnóstica en esta edad, para lo cual es importante disponer de profesionales en atención primaria y en salud mental infantil que tengan formación y experiencia en el manejo del trastorno en estas edades, así como contar con los recursos necesarios para su diagnóstico y tratamiento.

Desde el punto de vista conceptual el término depresión infantil es relativamente nuevo, esto quizá se deba a la creencia de que un niño no padece de trastornos del estado de ánimo, según la codificación del DSM-5 o incluso del CIE-10, esto no tenía ningún sustento teórico y mucho menos experimental, en la actualidad la aparición de las neurociencias y la implementación de nuevos sistemas de investigación han permitido decodificar no solo la depresión infantil sino que además se puede hablar de trastorno del desarrollo neurológico.

El TDA-H, o trastorno del control de impulsos y la conducta, así como también el apareamiento de enfermedades mentales como la esquizofrenia que podrían ser los más llamativos y otros trastornos que tienen su exclusiva aparición dentro de la infancia, como son las conductas desafiantes, los berrinches e incluso los trastornos de aprendizaje.

Todas estas desventuras que un niño puede padecer vienen con rasgos comórbidos o estrechamente relacionados con los síntomas clínicos de la depresión infantil, si bien la investigación clínica de por sí, encuentra dificultades para la identificación y el diagnóstico de estas patologías. En el siglo XIX, la aparición del término depresión infantil trae consigo nuevos retos para el psicólogo clínico, puesto que ésta no encuadra con los signos característicos de la depresión en el adulto, sino que al investigarla en una etapa de desarrollo como la infancia, época de transición, caracterizada por manifestaciones emocionales amorfas y temporales, sus signos resultan difíciles de precisar.

Es así como dentro del presente trabajo se pretende que el lector encuentre una base teórica sustentada en evidencia que le permita hacer esa simple distinción, una de las características esenciales de la depresión infantil es que fácilmente puede ser confundida con los trastornos de conducta desafiante, las fobias o incluso el TDA-H.

Esto debido a que los síntomas de la depresión infantil no solo son relacionados a la tristeza, o la abulia, sino que por el contrario, se pueden encontrar síntomas disfóricos catalogados como problemas de conducta. Para resolver justamente esta interrogante investigativa se emplea acertadamente el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI), de tal manera que se pueda distinguir esta suscita pero importante diferencia que le permita al profesional llegar a diagnósticos más acertados.

El contenido de esta investigación se encuentra en el primer capítulo, en el que se exponen los datos más sobresalientes en relación al tema planteado, se convierte en sí en una lectura orientadora hacia un segundo capítulo en el que se teoriza a profundidad el término depresión infantil, desde el punto de la Psicología Humanística, se habla además de algunos de los trastornos que se presentan en esta etapa del desarrollo así como también algunas de las estrategias terapéuticas que se pueden utilizar en su tratamiento, como es la psicoterapia grupal. En el tercer capítulo se aborda la problemática desde un punto más investigativo, es decir, se puede encontrar descrita la metodología, el diseño y el enfoque utilizado para la obtención de los objetivos planteados inicialmente, se describe además aspectos como la población, las técnicas y los instrumentos utilizados para la recolección de los datos, así como su procesamiento.

En el capítulo cuarto en cambio se exponen de manera visual y organizada los principales resultados obtenidos, así como su debido análisis e interpretación, ya que son el producto del cumplimiento de los objetivos planteados. Finalmente, en el quinto capítulo se presentan las conclusiones que se han podido obtener del trabajo investigativo realizado. De esta manera se ratifica la importancia de nuevas investigaciones y el trabajo permanente de la Psicología Clínica para el manejo integral de la población infantil.

CAPÍTULO I

1. PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA DE TRABAJO

1.1. Antecedentes

Desde la generalidad la depresión infantil tiene un relativo apareamiento dentro del contexto psiquiátrico y psicológico, según (Tomas, 2014) la depresión infantil es identificada a partir de tres criterios importantes:

- 1.- Por sus síntomas de humor disfórico,
- 2.- Como un síndrome, siempre que venga caracterizado por cambios cognitivos, afectivos, comportamentales y
- 3.- Como un desorden psicopático.

La depresión infantil dentro de la infancia media tiene una incidencia aproximada del 5% al 6% aunque a nivel nacional e internacional se tengan las cifras exactas, sin embargo, se maneja la posibilidad de que esta prevalencia sea mucho más alta por las dificultades que ésta presenta en su diagnóstico, ya que existe un alto porcentaje de comorbilidad con otro tipo de trastornos que de igual manera tienen su aparición dentro de esta etapa del desarrollo (Saklofske & Hildebrand, 2011).

No existe una cifra exacta de depresión infantil, pero se calcula entre el 5% y 6%, sin embargo, presenta una prevalencia muy alta debido a las dificultades de manejar la depresión en esta edad.

Algunos de los principales síntomas que experimenta el infante, dentro de su estado de ánimo es justamente la aparición de un sentimiento permanente de tristeza, además de la pérdida de interés o placer hacia las actividades que antes eran consideradas como importantes o que eran incluso cotidianas (American Psychiatric Association, 2015). Este trastorno altera no solo funciones vegetativas como el sueño o el hambre, sino que puede incidir en la toma de decisiones, así como en la autoestima del niño.

Es necesario distinguir que no solo es un decaimiento temporal en el niño, aunque según la (American Psychiatric Association, 2015), se llega a un diagnóstico después de dos semanas de la persistencia de los síntomas en el infante, con ello viene también un importante deterioro a nivel social, escolar y familiar.

Este análisis indiscutiblemente conlleva la búsqueda de sus posibles causas, sin embargo, algunas de las sugerencias encuentran cabida en la Biología, la que incluye factores predisponentes como la herencia, bioquímicos, hormonales e incluso neurológicos. Desde la visión de algunos psicólogos la depresión infantil es causada desde los elementos relacionales del niño, es decir, la pérdida o separación de un ser querido, perturbaciones que se experimentan por conflictos familiares entre los progenitores o cualquier amenaza a su autoestima, en la que entra también la falta de

habilidades sociales adecuadas, se ha tomado en cuenta además las teorías del aprendizaje, donde la forma que el menor interpreta y estructura sus experiencias, así como su creencia de que ellos pueden controlarlas sería una de sus causas más importantes

La exploración psicológica de los niños con probable depresión comporta un estudio amplio de los factores que intervienen en cada caso particular (procesos de aprendizaje, capacidades básicas, maduración neuropsicológica, adquisición de conocimientos, lenguaje, hábitos, personalidad) con especial insistencia sobre los signos directos e indirectos de las depresiones. Tal y como se expone en los apéndices correspondientes las pruebas psicológicas preferidas para estos casos son la escala TAMAI y la escala CDS, ambas editadas por TEA Ediciones. (Romeu, 2012)

1.2. Problema

1.2.1. Descripción del problema

Para el autor Moreno (2001) el análisis del desarrollo a nivel cognitivo y comportamental de niños que cursan la educación media, muestra que los niños y niñas experimentan ciertos cambios de este orden, algunos de los más significativos son: Disminución de su rendimiento escolar, problemas interpersonales entre compañeros, así como comportamientos desafiantes esporádicos, sin embargo la descripción de estos problemas no se ajusta de forma significativa con criterios que permitan un diagnóstico de déficit de atención que es uno de los principales trastornos del Neurodesarrollo, Dentro de su análisis social tampoco se observa la ausencia inesperada o el fallecimiento

de familiares cercanos como para poder identificar un trastorno de ansiedad por separación, incluso, en la mayoría de los casos de los menores se encuentran estructuras familiares estructuradas y aparentemente funcionales como para pensar en trastornos comportamentales asociados a un mal manejo familiar, de igual manera si no existen indicios de trastorno neurológicos que pueden explicar el bajo rendimiento así como los cambios comportamentales entonces tampoco se puede pensar en problemas sociales como consumo de alcohol o drogas que puedan representar algún factor de riesgo prenatal.

Por otro lado, la exigencia de los padres de cambio inmediatos de comportamiento, se vuelve imperativa para el profesional de la psicología; la aparición de síntomas se presenta tanto en el ambiente escolar como en el familiar, por lo que los padres se muestran cada vez más preocupados e insistentes. Algunos de esos cambios son: El rechazo a la asistencia sistemática al centro educativo, negándose verbalmente o incluso llegando a somatizar dolores de estómago y de cabeza entre los más comunes, además presentan irritabilidad e incluso dificultad para medir el peligro.

En definitiva, el aumento de casos registrados en el *departamento de consejería estudiantil bilingüe República de Chimborazo*, genera preocupación, ya que estadísticamente se observó en comparación al anterior año escolar un incremento de no menos del 50% de casos, ya que se ha trabajado conjuntamente con los estudiantes en aplicación de baterías durante todo el año escolar y se determinó lo mencionado; en el departamento de inspección la realidad es similar, debido a que existen casos en que los

atrasos y faltas son reiterados, sin aparente justificación por parte de los padres. El reporte diario y la constante insatisfacción de los docentes, hace que el problema trascienda no solo al ambiente escolar sino también al ambiente familiar.

De esta manera es como la depresión infantil se vuelve una patología que merece el análisis profundo del profesional de la psicología ya que de éste depende los procesos terapéuticos a seguir; si bien dentro del contexto educativo las intervenciones resultan un tanto limitadas, esto no imposibilita el accionar psicológico, y es justamente esta limitante la que con el manejo de la psicoterapia humanística se pretende resolver.

1.2.2. Preguntas Básicas

1.2.2.1. ¿Cómo aparece el problema que se pretende solucionar?

Dentro del esquema contextualizado la aparición de la depresión aparece dentro del contexto de rendimiento académico y de las relaciones del niño, tanto fuera como dentro del aula, es decir, el niño experimenta desmotivación o falta de interés de la realización de sus tareas, lo que le ocasiona que sus notas estén por debajo de la media esperada. La distractibilidad y la dificultad para memorizar cosas que antes le eran más fáciles, son síntomas cotidianos dentro del ambiente familiar y escolar, así como los cambios emocionales y de comportamiento alteran el orden familiar, así también la despreocupación de su cuidado personal. Dentro del ámbito escolar los síntomas comportamentales se pueden encontrar registrados dentro del aula, con la constante

petición de ir al baño, o peleas recurrentes con sus compañeros o incluso con desobediencia hacia la maestra o maestros.

1.2.2.2. ¿Por qué se origina?

Su aparición se enmarca dentro de factores genéticos y familiares, factores ambientales y biológicos e incluso neurofisiológicos. Al hablar de factores genéticos o familiares se encuentra que el riesgo de los trastornos afectivos en los padres es un predisponente importante para la aparición en el niño; estadísticamente existe un 25% de riesgo para el niño que aumente hasta el 75% si los dos progenitores tienen antecedente de algún trastorno emocional o comportamental (Tomas, 2014). Dentro de los factores ambientales, se puede mencionar además de los factores socioeconómicos como la pobreza, la desigualdad y la dificultad para el acceso a la salud, se puede mencionar componentes más de corte familiar como el distanciamiento emocional, la usencia de uno de los padres u hogares monoparentales, así como las desavenencias que pueden ocurrir en la convivencia familiar.

1.2.2.3. ¿Cuándo se origina?

Establecer el origen exacto de la patología resultaría riesgoso ya que por la diversidad de sus factores no se podría hipotetizar de manera acertada, sin embargo, para la presente investigación se considera el curso de los síntomas expresados por el niño y se toma en

cuenta los criterios diagnósticos del DSM-5, se espera una duración no menor a dos semanas.

1.3. Justificación

El presente trabajo investigativo adquiere importancia y se justifica no solo por su reciente apareamiento sino también por las consecuencias que esta patología conlleva para el niño como para la sociedad en general. Si se toma en consideración todos los antecedentes expuestos es urgente desarrollar estrategias investigativas que permitan ahondar en los conocimientos de esta patología, ya que como consecuencia de su análisis, definición y delimitación se pretende construir un diagnóstico integral dentro del proceso educativo y familiar.

A pesar de que el estado de ánimo puede variar a lo largo de la vida de una persona, la infancia es una etapa en la que se adquieren la mayoría de estrategias de afrontamiento tanto conductuales como emocionales, que permiten un enfrentamiento adecuado o por lo menos equilibrado de los fenómenos de la vida diaria. Desde este punto y sin dejar pasar por alto que en algunos casos los niños y niñas pueden fácilmente comunicar y expresar sus sentimientos de desesperanza o tristeza, el papel del psicólogo es evitar que aquellos a quienes les resulta difícil, se suman en estados más profundos de la depresión y puedan llegar a conductas auto lesivas de mayor significancia

Por otra parte, el estudio de este fenómeno tiene como uno de sus objetivos el análisis, interpretación y diagnóstico de los factores de riesgo que experimentan los menores de

la Educación Básica Media, los mismos que se encuentran en el ambiente familiar y escolar; todo esto con la idea de que el presente trabajo pueda convertirse en una fuente importante de revisión bibliográfica para futuras investigaciones.

1.4. Objetivos

1.4.1. Generales

Diseñar un modelo de intervención grupal de Psicología Positiva para disminuir los niveles de depresión en niños de etapa escolar básica media.

1.4.2. Específicos

- Diagnosticar los niveles de depresión en los niños estudiados.
- Describir las características sociodemográficas de los niños con depresión.
- Identificar posibles factores ambientales, familiares y socioeconómicos relacionados con la depresión en los niños estudiados.
- Determinar cambios en las actitudes, comportamiento y relaciones de los niños después de la intervención

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. La Psicología General y la Psicología Humanista

La palabra Psicología se origina en dos términos griegos psyché que significa “alma” y logos que significa “ciencia”, por lo que etimológicamente la palabra Psicología significa “ciencia del alma” (Morris, 2013). En otras palabras, la Psicología es la ciencia que estudia el alma, la conducta y los procesos mentales, abarcan los aspectos del pensamiento, los sentimientos, las emociones, las percepciones y las acciones humanas.

En sus inicios la psicología se centró en el estudio de las emociones y comportamientos del ser humano desde un punto de vista empírico, sin bases científicas que validen sus criterios, sin embargo, la Psicología como ciencia nace aproximadamente hace 100 años y posee sus orígenes en la Filosofía y la Fisiología (estudio de los procesos vitales del organismo) y es entre finales del siglo XIX e inicios del siglo XX que nacen las primeras escuelas psicológicas (ver tabla 1)

Tabla 2. 1: Clasificación de la Psicología

Clasificación de la Psicológica	
Psicología del Desarrollo	Trata acerca de los procesos del crecimiento y cambio a lo largo de la vida desde el período prenatal hasta la vejez y la muerte
Psicología fisiológica:	Investiga acerca de cómo los diferentes procesos químicos y metabólicos del cuerpo influyen en los pensamientos y la conducta.
Psicología Experimental	Investiga cada uno de los procesos psicológicos básicos como son la memoria, la cognición, motivación, aprendizaje, sensación y emoción.
Psicología de la personalidad	Estudia las diferencias existentes entre los individuos en cuanto a sus niveles de ansiedad, agresividad y autoestima
Psicología clínica y de consejería	Se centra en el tratamiento de los trastornos psicológicos.
Psicología Social	Estudia cómo los pensamientos influyen en las acciones de las personas.
Psicología Industrial y Organizacional	Examina cada uno de los problemas acaecidos dentro del lugar del trabajo y organizaciones.

Por otra parte, la Psicología Educativa a través de varias investigaciones se ha considerado como una ciencia, que se basa en un método científico con el fin de encontrar respuestas a las preguntas a través de una rigurosa observación y obtención de datos por medio de la creación de teorías que dieron sus inicios a partir del siglo XIX, época en la cual la psicología surgió como una disciplina formal, dio lugar a una serie de enfoques y procedimientos psicoterapéuticos. Morris (2013) menciona que entre los principales enfoques psicológicos que han contribuido con el desarrollo de la Psicología como se la conoce en la actualidad se encuentran: El modelo biológico, psicodinámico, conductista, humanista y cognitivista.

2.1.1. Psicología Humanista

La Psicología Humanista es en la actualidad parte del fruto de una revolución del pensamiento filosófico y psicológico a la luz de la ruptura de esquemas de la Filosofía Occidental clásica y de una ciencia Psicológica que para inicios del siglo XX se encontraba totalmente empobrecida, a causa de las limitaciones de un paradigma racionalista y con predominio del contenido sobre la práctica.

La Psicología Humanista como una ciencia que pretende integrar una nueva concepción del hombre y del quehacer terapéutico con implicaciones más holísticas, filosóficas y científicas para la psicoterapia según Rivero (2014) nace después de que el mundo fue sorprendido por la Segunda Guerra Mundial en el año de 1939 luego del lanzamiento de la primera bomba nuclear en Hiroshima.

El Humanismo se origina oficialmente en USA en el año de 1962 junto con un grupo de pensadores progresistas que se encontraban en desacuerdo con la fragmentación de los modelos psicológicos de la época, que enfatiza sobre todo los fenómenos más positivos y sanos del ser humano como son el amor, la creatividad, la comunicación, la libertad, la capacidad de decisión, y sobre todo la autenticidad y la capacidad para ser uno mismo, en su totalidad elevar el sentido del respeto, responsabilidad, autenticidad y auto aceptación. Para Rivero (2014) el grupo de pensadores revolucionarios que impuso un nuevo modelo de Psicoterapia estuvo conformado por Kurt Goldstein, Erich Fromm,

Carl Rogers, Abraham Maslow, Fritz Perls, Rollo May, Karen Horney, Aldous Huxley, Herbert Marcuse, entre otros.

2.1.2. La Psicología Humanista y su influencia en el grupo

Principalmente los humanistas se encontraban en contra del conductismo debido a que consideraban que se trataba al ser humano como un ser inanimado, a merced de los estímulos ambientales que imposibilita su vivencia de plena subjetividad, por otro lado, se reprochaba al psicoanálisis debido a su “irracionalismo y su determinismo” que convertían a la persona en una víctima de sus deseos inconscientes que permitieron que se quedara anclado en un pasado.

En este proceso teórico la Psicología Humanista se consolida como una opción integral para enfocar la salud mental del individuo, según da a conocer Henao (2013) la Psicología Humanista ha sido considerada como la tercera fuerza después del psicoanálisis y el conductismo y se gesta en un momento trascendental en el que se reúnen diversos autores y posturas. Su configuración se desarrolla a través de diferentes discontinuidades y rupturas que surgen tanto en Norteamérica como en Europa, pero es en Norteamérica donde se crea la primera Asociación Americana de psicología humanista con Abraham Maslow como Presidente y fundador del cual considera como idea principal el concebir al ser humano como parte de una fuerza integral.

El primer encuentro nacional de la Asociación Americana de Psicología Humanista se dio lugar en 1962, ésta se había constituido en el año de 1961. Por lo tanto, ésta surge en Norteamérica en la década de los sesenta y trata sobre todo de promover una psicología más enfocada en los problemas y dificultades humanos, es por ello que Villegas, citado por Henao (2013) la define como: “un acercamiento al hombre y a la experiencia humana en su globalidad. Un movimiento científico y filosófico que comprende la psicología en sus dimensiones dinámica y social, basada en una visión holística del hombre, de esta manera se redescubre así formas tradicionales occidentales y orientales de conocimiento” (p. 87), lo cual puede confirmar que la teoría psicológica va de la mano del momento histórico cultural y político que viven los pueblos, así Norteamérica y en especial Estados Unidos están marcados por una cultura de preguerra, guerra y postguerra; para la década de los años 60 Estados Unidos se avizora como una fuerza bélica que una década después procede a invadir Vietnam ¹.

La generación de la teoría sobre Psicología Humanista acuña perspectivas diversas de las dimensiones del ser humano, podría decirse inclusive que en ella confluyen diversas corrientes de especialización en las que se esforzaron teorías anteriores, al respecto, Maslow (nombrado por Henao 2013) da a conocer que la Psicología Humanista “no es obra de un solo líder o de un gran nombre que lo caracterice, sino de muchas personas” (p. 88), y entre los principales representantes, el mismo autor manifiesta que se encuentran: “Erich Fromm, Kurt Goldstein, Karen Horney, Gordon Allport y Henry Murray, entre sus antecesores y Carl Rogers, Rollo May, Gardner Murphy o Erik

¹ Estados Unidos vivió un estado de guerra preguerra y postguerra; al salir de la segunda guerra mundial genera más pensamientos humanistas, al invadir de manera instantánea a otra nación

Erikson, entre sus coetáneos”. (p.88); dichos autores han tratado de otorgar un legado en el que se priorice la salud integral, la calidad de vida y los atributos positivos inherentes al ser humano.

2.1.3. Niveles de Psicoterapia Humanista

La teoría de la Psicología Humanista no tendría sentido, si no aterrizara a través de la terapia humanista; en virtud de lo señalado, Soutullo (2010) define a la psicoterapia como una modalidad de tratamiento en la cual tanto el paciente como el psicoterapeuta trabajan juntos por medio de la relación terapéutica con el propósito de mejorar los problemas o trastornos que el paciente padece. La psicoterapia humanista ha sido considerada como una forma de tratamiento que toma en cuenta la actitud del paciente, sus pensamientos, sentimientos y comportamiento, al igual que el contexto familiar, social y nivel de desarrollo personal en el que se desenvuelve la persona.

En psicoterapia humanista el terapeuta alcanza una condición interdinámica, y quien mejor la define es Soutullo (2010) la psicoterapia humanista es: “Un proceso en el que los terapeutas son espectadores creativos” (p. 250), lo cual implica una doble actitud en la que por una parte el ser espectador se relaciona con “la pasividad y la distancia”, mientras que frente a lo que presencia el terapeuta se intentará responder creativamente, ya que será la respuesta que otorgue el terapeuta la cual permitirá la aparición de lo nuevo y diferente, yendo más allá de lo rígido, estereotipado y previsible cual

regularmente es la marca de la neurosis, en su mayoría caracterizada por círculos viciosos en los cuales existe movimiento pero no desarrollo.

La psicoterapia humanista se encuentra fundamentada principalmente en la visión de la personalidad adoptada por Jung, Adler y enunciados momentos después por Rogers y Maslow según (Boss, 1977), los cuales buscan principalmente que el individuo cambie la visión negativa de sí mismo hacia una visión positiva, al igual que esta psicoterapia se basa en el auto desarrollo, la evolución, el aprendizaje trata principalmente de subrayar sus cualidades y minimizar sus defectos para dar lugar a los significados y prevalencia de la experiencia.

Para los psicoterapeutas humanistas es fundamental el estudio de la personalidad, Brazier (nombrado por Henao, 2013) refiere que: “Los psicoterapeutas de orientación humanista han enfatizado en repetidas ocasiones la importancia del momento presente como eje primario de la existencia humana y del proceso terapéutico” (p. 103), no obstante, esta forma de intervención no precisa desvalorizar la relevancia tanto del pasado como del futuro del paciente, más bien, el psicoterapeuta humanista asumirá el recuerdo del pasado como la anticipación a los acontecimientos como un fenómeno psicológico que invariablemente se produce en el presente.

Uno de los objetivos principales de la psicoterapia humanista según Jonquera (2006), es el “enriquecimiento y la profundización de la experiencia del cliente, en este sentido, el desarrollo de su capacidad para poner entre paréntesis sus propias preconcepciones y los

propios prejuicios para acercarse a su experiencia de forma más abierta, contribuyen a promover y facilitar el cambio de su personalidad”, así depende de cómo cada sujeto perciba aquello que pudo ser vivenciado en el proceso psicoterapéutico. Los niveles de la psicoterapia humanista se dividen en Individual y grupal.

2.1.4. Psicoterapia Individual

La psicoterapia individual es una herramienta que contribuye a entender y solucionar conflictos emocionales al igual que desórdenes del comportamiento de las personas permitiéndoles desarrollar una mejor calidad de vida menciona que Rogers: “realiza una serie de planteamientos tendientes a esclarecer su posición frente al proceso terapéutico, la personalidad y la naturaleza humana” Jonquera (2006, p. 26) de igual manera entre el desarrollo de sus textos Rogers establece la siguiente hipótesis: “Que el individuo tiene la capacidad suficiente para manejar en forma constructiva todos los aspectos de su vida que potencialmente pueden ser reconocidos en la conciencia, Por lo tanto, se puede deducir que el individuo es el resultado de muchos procesos y confrontaciones en su cotidianidad y la psicoterapia individual brinda apoyos procesuales para enfrentar tales confrontaciones a nivel emocional, lo cual incidirá en el equilibrio emocional, que a su vez mejora el estilo de vida.”. (Vásques, 2012, pág. 2).

A partir de estos postulados Rogers lleva a cabo la psicoterapia centrada en el cliente, (1951 – 1961) la cual se basa principalmente en tratar de clarificar y transformar el mundo interior del cliente. Rogers lo denomina cliente y no paciente debido a que según

el autor, la palabra “paciente” evocaría ciertos niveles de dependencia y pasividad. Por otro lado Rogers (nombrado por Jonquera 2006) inicialmente supuso que el terapeuta debía prescindir del empleo clínico de sus propias descripciones fenomenológicas, sin embargo: “con posterioridad llegó a destacar la importancia terapéutica de un encuentro existencial entre dos personas que comparten sus respectivos mundos experienciales -es decir, la relevancia de un enriquecimiento mutuo a partir de las características diferenciales de las fenomenologías propias del terapeuta y del cliente” (Jonquera, 2006, pág. 26). En la actualidad la psicoterapia centrada en el cliente forma parte de uno de los métodos más investigados a nivel científico al igual que ha sido aplicada como parte de la formación académica básica de los psicólogos ya que permite establecer una relación psicoterapéutica basándose en conceptos fundamentales como el sí-mismo, porque la persona se fundamenta en el crecimiento interior propio del sujeto.

2.1.5. Psicoterapia Grupal

El desarrollo de espacios comunicacionales óptimos será el escenario propicio para la psicoterapia grupal, por tanto Díaz (2010) menciona que la psicoterapia grupal es: “un proceso psicosocial en el que un psicoterapeuta experto, con entrenamiento adicional especializado en procesos de grupo, utiliza la interacción emocional en grupos pequeños para reparar la salud mental enferma” (p. 40), es decir, la misma tiene como finalidad el lograr la mejoría de las disfunciones emocionales o conductuales en individuos previamente seleccionados para este propósito específico.

El ser humano es un ser gregario y esa condición ha sido tomada como un referente para la psicoterapia grupal según da a conocer Vaimberg (2012) la terapia de grupo tuvo sus inicios en el año de 1905 con el Dr. Joseph Pratt, un médico de Boston que reunió a todos sus pacientes diagnosticados con tuberculosis con el propósito de aliviar sus estados de ánimo. A continuación Moreno en el año de 1920 adopta esta forma de tratamiento y la denomina como “Terapia de Grupo” la cual se colocó en los estándares más altos después de la Segunda Guerra Mundial debido a que se precisaba de una forma eficiente y económica para tratar a los veteranos de guerra. Por lo tanto, a partir de dichos acontecimientos la terapia de grupo ha crecido vertiginosamente hasta lograr alcanzar diferentes marcos clínicos para variados tipos de problemas.

En cuanto a la psicoterapia de grupo se refiere, ésta forma parte de un modelo de terapia en la cual un grupo de personas guiados por un terapeuta se reúnen con el propósito de disminuir o eliminar determinada sintomatología. Vaimberg (2012) menciona que: “El grupo se convierte en un recurso destinado a influir en numerosas personas como medio auxiliar para reforzar cierto plan terapéutico” (p. 7), por lo tanto, la psicoterapia de grupo toma al grupo como parte de una totalidad, y considera previamente que la conducta de sus miembros siempre se encuentra influenciada por su participación en el seno colectivo.

En sus inicios Alfred Adler sostuvo que el psicoanálisis no tomaba en cuenta las diferentes presiones sociales y políticas a las que estaba sujeto el individuo y encontró dentro de la atmósfera igualitaria de la terapia de grupo las herramientas necesarias para

dar lugar a la psicoterapia. A partir de ello se fundaron grupos terapéuticos a los cuales se los denominó como “Terapia Colectiva”, finalmente Carl Rogers fue el que colocó a la terapia de grupo dentro de la práctica privada a partir del año de 1929. Se ha estandarizado las técnicas para grupos de encuentro las mismas que se funcionan mediante los objetivos.

2.1.5.1. Técnicas y Objetivos del grupo de encuentro

Como ya se había dado a conocer anteriormente, la terapia de Grupo forma parte de un proceso terapéutico centrado hacia el crecimiento y el cambio en el cual los miembros del grupo pueden compartir una problemática con el propósito de mitigar la sintomatología y adquirir nuevas herramientas que les serán útiles para el cambio por medio de la exploración interpersonal honesta. A continuación, Díaz (2010) da a conocer los principales objetivos que la Psicoterapia de Grupo busca lograr.

- Fomentar la salud mental de los miembros del grupo
- Facilitar el enriquecimiento de recursos para afrontar distintas situaciones de la vida
- Contribuir al fortalecimiento de las relaciones interpersonales para facilitar la expresión de sentimientos y emociones.
- Potenciar las características personales favorables de los integrantes
- Facilitar la comprensión hacia los problemas y dificultades de los demás
- Favorecer al cuestionamiento personal de actitudes estereotipadas o creencias ilusorias.

Por lo tanto, la psicoterapia grupal busca principalmente mejorar la sintomatología del paciente dentro de un contexto adecuado y apto con el propósito de desarrollar habilidades y estrategias sanas para la vida. En cuanto a las técnicas se refiere, Serebrinsky (2012) manifiesta que éstas son parte de un conjunto de procedimientos y recursos del que se sirve la ciencia con el propósito de lograr el cumplimiento de metas y objetivos. Dentro del proceso psicoterapéutico las técnicas y procedimientos a emplearse son fundamentales debido a que indican los procedimientos que deben seguirse de acuerdo a la naturaleza de la dificultad.

En la actualidad existen tantos métodos de terapia de grupo como terapeutas y en ocasiones dichas técnicas son empleadas en función de las necesidades del grupo, o inclusive en función de las capacidades y habilidades de sus miembros. Díaz (2010) menciona que es prescindible, para trabajar con grupos, el llevar a cabo un proceso de admisión y exclusión en el cual el terapeuta seleccione a los miembros según criterios diagnósticos. Las interacciones que se llevan a cabo deberán ser espontáneas, de manera que influya principalmente en las que corresponden a sentimientos y emociones.

El medio de desahogo generalmente empleado dentro del proceso es la Catarsis, ya que se considera que las diferencias y conflictos sobre las ideas enmascaran una serie de emociones y sentimientos frecuentemente hostiles que deben ventilarse. (Serebrinsky, 2012). Por lo tanto, con el propósito de lograr un correcto proceso de tratamiento será necesario que previamente cada una de las sesiones sean planificadas y estructuradas a causa de que la transferencia suele ser ambivalente, múltiple y objeto de interpretación.

La instrumentación en psicoterapia humanista está determinada por el factor tiempo, según Serebrinsky (2012) los tipos de técnicas que se utilizan en este enfoque se dividen en: psicoterapia breve, profunda o en psicoterapias de emergencia o a corto plazo. Dentro de la psicoterapia breve se procederán a tratar todos aquellos aspectos que no necesitan de una intervención prolongada o aquellos casos que debido al tiempo no pueden ser resueltos a largo plazo, mientras que la psicoterapia profunda será empleada al momento de presentar en el paciente casos de trastornos, fobias, psicosis, entre otros. Por lo tanto, a partir del tipo de terapia escogida, basada en la Psicología Positiva, se procederán a emplear las técnicas idóneas, sean éstas de relajación, catarsis, reflexión y autocrítica, análisis y síntesis de la persona, sublimación, decisión y asunción de actitudes positivas, terapia racional dialéctica emotiva, entre otros.

2.2. Psicología Positiva

La Psicología Positiva nace a finales de la década de los noventa y es definida por Seligman como: “el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene la incidencia de la psicopatología” (Alpizar, 2010, p. 64). Sus inicios surgen con Martin Seligman en el año de 1998 al asumir el puesto de Presidente de la Asociación Americana de Psicología en el que logró que su nueva tendencia llegue a mucha gente gracias a sus fundamentos y métodos de aplicación y abordaje.

Existen detractores de la psicología positiva, pues los consideran una propuesta filosófica más que científica, Alpizar (2010) menciona que desde los estudios realizados por Seligman la psicología Positiva comienza a tomar fuerzas, sin embargo aún en la actualidad su aplicación no ha podido ser considerada como un “paradigma”, lo cual la ubica en una categoría de “propuesta” que estudia las fortalezas trascendentales del ser humano, las cuales se encuentran relacionadas con las emociones positivas, fortalezas y virtudes presentes en el quehacer humano.

De igual manera Alpizar (2010) menciona que Seligman (2008) y entre otros colaboradores hacen referencia a la psicología Positiva como un modelo que abarca antecedentes pertenecientes a todos los paradigmas existentes en psicología como el conductismo, el cognitivismo, el psicoanálisis, el humanismo y la psicología existencialista. Entre los autores que influyen para la creación de este nuevo enfoque se encuentran: “Autores clásicos como Rogers, a través de la terapia centrada en el cliente, Bandura, Viktor Frankl, y a otros un poco más actuales como Millon y David, quienes nos hablan de la definición de la personalidad humana en términos de la equivalencia psicológica del Sistema Inmune” (p. 65). La Psicología Positiva en sí es la calidad de vida del ser humano en todas las actividades cotidianas, al dejar a un lado las patologías que se presentan, mediante la realización de una actividad científica, sin embargo, la psicología positiva está ligado a todo lo bueno.

Sin embargo, es la psicología Humanista la que más resalta el surgimiento de la psicología positiva: “La psicología positiva se posiciona como una propuesta teórica dispuesta a integrar conceptos y aspectos tanto teóricos como prácticos, que le ayuden a

explicarse aquellas fortalezas y virtudes que le permiten al ser humano salir adelante de alguna situación difícil, sin llegar a tener ninguna consecuencia a causa de dicho proceso”. (Alpizar, 2010 , pág. 65), en otras palabras la psicología ayuda de forma teórica y práctica, que ayuden a entender la personalidad de las personas.

Objetivos de la Psicoterapia Positiva

Finalmente, la psicoterapia Positiva estará dirigida a estimular las fortalezas de la persona al igual que lograr una “reparación” de las debilidades, para proporcionar a los seres humanos la posibilidad de adquirir repertorios comportamentales más funcionales y amplios, que permitan enfrentar los trastornos que han sido ya decodificados por la psicología general. En el uso del presente trabajo de investigación se utilizaron técnicas con el principio de la psicología positiva, con el fin de elevar la autoestima del paciente, mediante la concientización, relevar en sus virtudes o dones como personas, para mejorar su auto concepto y ampliar la percepción de sí mismo, de esta manera potencializar sus habilidades y la confianza propia.

Psicoterapia Breve

Concepto

La psicoterapia breve es aquella que se limita a unas pocas sesiones de tratamiento en las cuales se emplea técnicas específicas para la consecución de una meta terapéutica basada en el aquí y ahora. Según el autor, este tipo de psicoterapia rápida es una aplicación esforzada de la psicoterapia tradicional, que cobra vida por la situación vital del paciente o por el medio en el cual se ofrece el tratamiento. Bellak (2004),

Características

Ramírez (2010) manifiesta que la psicoterapia breve se dirige hacia la modificación cognitiva de los factores emocionales y las dificultades internas que interfieren en la disposición de los individuos para enfrentar con éxito sus conflictos, exigencias y tensiones de la vida activa, al igual que situaciones de crisis personal, cognitiva o vinculadas a consecuencias de una alteración en la salud física; por lo tanto, este tipo de intervención psicoterapéutica según el autor puede ser aplicada a cualquier tipo de dificultad emocional.

La psicoterapia breve se considera como la intervención primaria para todas aquellas problemáticas psicológicas caracterizadas por ser específicas derivadas de excesos o déficits conductuales concretos y dificultades internas originados por la incapacidad de

tomar decisiones; y por lo tanto la meta es la de proporcionar las herramientas necesarias para cambiar en los sujetos sus actitudes básicas y manejar los problemas subyacentes.

La psicoterapia breve se caracteriza por situarse de forma exclusiva en el presente, con la utilización de herramientas terapéuticas en un tiempo más corto para lograr el cambio de un comportamiento específico en lugar de uno a gran escala o más profundo. Su énfasis se encuentra en tratar de incrementar la autoeficacia y la motivación, al igual que la empatía y la alianza terapéutica desarrollada con el consultante, con la utilización, entre otras técnicas la escucha activa y reflexiva que le permitan entender al consultante el cómo, cuándo, y por qué. Entre sus principales características Ramírez (2010) menciona las siguientes:

- Su duración es de máximo cinco sesiones de 45 a 60 minutos cada una.
- El proceso de intervención se centra específicamente el presente, más que en la historia de vida del paciente
- Este tipo de intervención pretende incrementar la motivación y disponibilidad hacia el cambio.
- Trabaja sobre la cognición y las emociones para lograr un cambio
- Su objetivo es lograr la toma de decisiones junto con el cambio de comportamiento.

Finalmente, Gómez (2013) enfatiza que la terapia breve se caracteriza por su valor módico ya que al no requerir de varias intervenciones el paciente logrará una rápida recuperación sin haber gastado en sesiones extenuantes e inclusive redundantes.

Autores

La terapia breve obtiene su base en autores como Milton Erickson, y el Instituto de Investigación Mental de Palo Alto, seguido por Janet Bealvin Bavelas, Jay Haley, Virginia Satir, Donal de Ávila, Richard Fisch, Paul Watzlawick, Gregory Bateson, entre otros, Cada uno de estos nombres según Gómez (2013) son importantes no solo por ser pioneros al proporcionar un nuevo modelo de terapia, sino también por sus diversas colaboraciones escritas e investigativas que representan en la actualidad una revolución en la forma de pensar acerca del funcionamiento social, la salud mental y el bienestar.

Psicoterapia breve individual

Concepto

Según Gardeta (2012) la psicoterapia individual, es aquella que se ejecuta específicamente sobre las necesidades del paciente, para proporcionar un trato único y diferenciado con cada uno de ellos por medio de la utilización de la palabra. Ésta se lleva a cabo en un espacio confidencial y cálido que permita la expresión de los problemas y emociones del paciente. Para que la terapia individual logre el efecto deseado Gardeta (2012) añade que ésta debe basarse en una relación terapeuta – paciente sincera, directa y honesta.

Características

Entre las principales características de la psicoterapia individual se encuentran las siguientes:

- El número de sesiones no supera las cinco intervenciones
- Los pasos a seguir son explícitos y fáciles de comprender
- Es un medio exclusivo para ayudar a la persona a reducir o superar trastornos
- Contribuye a eliminar o reducir un comportamiento de riesgo,
- Ayuda a adquirir o potenciar hábitos saludables,
- Favorece a afrontar una enfermedad crónica, entre otros. Bados (2008)

Autores

Entre los autores que manejan la terapia individual se encuentran todos aquellos provenientes de las diferentes escuelas psicológicas, Freud quien es su percusor. Al igual que la psicoterapia breve, la psicoterapia breve individual tomó sus inicios en 1980 con la intervención de innovadores autores como Paul Watzlawick, Milton Erickson, Virginia Satir, entre otros, quienes plantearon una serie de nuevas intervenciones basadas en el aquí y ahora para mitigar la carga emocional o conductual de forma rápida y específica.

Psicoterapia breve grupal

Concepto

Según Bados (2008) la psicoterapia breve grupal es aquella que se lleva a cabo entre varias personas que evidencian problemas similares o que tienen algún objetivo en común.

Características

Entre sus principales características Reinoso (2013) menciona las siguientes:

- El proceso de intervención no su supera más de cinco sesiones
- El profesional a cargo intenta que los participantes descubran que los propios problemas no son únicos
- Trata de lograr cambios y desarrollar habilidades positivas a nivel conductual y emocional
- Centra su trabajo terapéutico en las interacciones interpersonales

Autores

Según Reinoso (2013) las primeras experiencias con grupos dentro del campo clínico se llevan a cabo a inicios del siglo XX con Adler seguido posteriormente por Pratt, Low, Lazell, Marsh y Snowden, quienes contribuyeron de gran manera en los procesos de

intervención de la época, que llevo a cabo grandes hallazgos y descubrimientos en el campo psicoterapéutico.

2.3. Trastornos mentales

Los trastornos mentales afectan en la actualidad a más del 25% de la población mundial y se caracterizan por alteraciones significativas de los procesos del pensamiento, de la afectividad o del comportamiento asociados a angustia personal, o en ocasiones, de ambos. Pichot (2005). Por otro lado, para que un profesional otorgue un diagnóstico psicológico poco favorable, los episodios de comportamiento anormal deberían ser repetitivos, duraderos y recurrentes que permita alcanzar ciertos niveles de angustia y alteraciones del funcionamiento en una o más facetas de la vida del individuo.

Por lo tanto, los trastornos mentales se caracterizan por signos y síntomas específicos que deben ser estudiados de forma detallada debido a que no todos los casos de angustia humana se encuentran relacionados con trastornos, esto debido a que durante el transcurso de la vida los individuos pueden presentar momentos normales de angustia y aflicción.

De acuerdo con el DSM V (2014) El trastorno mental se define así:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del

desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes (p. 1)

Por lo tanto, cualquiera que sea su causa, los trastornos mentales deben considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental de tipo psicológica o biológica en la que es importante recalcar que la clasificación de los trastornos mentales no clasifica a personas, sino a los tipos de afecciones que los sujetos padecen, en este caso del estudio de la depresión.

2.4. Depresión

La depresión es considerada actualmente como una enfermedad común en nuestro entorno, que no respeta edades ni estratos sociales y económicos y culturales; según la OMS (2012) la depresión es un trastorno mental que se caracteriza principalmente por tristeza, pérdida de interés, placer, sentimientos de culpa e inferioridad junto con trastornos del sueño o del apetito y sensación de cansancio y falta de concentración.

De acuerdo con el DSM V (2014) El trastorno mental se define así:

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un

individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental

Por lo tanto, en caso de no existir una ayuda inmediata, la depresión puede llegar a elevar sus niveles sintomatológicos hasta llegar a un punto de cronicidad, el cual dificulta el desempeño en el trabajo o la escuela junto con incapacidad para afrontar la vida, lo cual podría llevar al paciente a quitarse la vida. Finalmente, la depresión forma parte de un trastorno que puede ser diagnosticado de forma fiable, al igual que puede ser tratado por especialistas en el ámbito de la atención primaria.

2.4.1. Depresión Infantil

Durante varios años se consideró que la depresión en los niños no existía y que era propia de la edad adulta; sin embargo, durante los últimos 30 años varias investigaciones a nivel mundial han empezado a reconocer a la depresión como un padecimiento que también afecta a niños y adolescentes, de esta manera adquiere gran importancia dentro del ambiente científico. Acosta (2011) menciona que los trastornos depresivos en la niñez ocurren con frecuencia en la actualidad, en ocasiones puede ser crónicos y recurrentes, se considera que este trastorno puede continuar hasta la edad adulta.

Según investigaciones llevadas a cabo por Ralph (2012) los niños que se encuentran bajo fuertes estímulos de estrés o que presentan trastornos de aprendizaje o de conducta poseen un riesgo mayor de desarrollar depresión. De igual manera según el autor, no se han encontrado diferencias significativas de niveles de depresión en cuanto al sexo

durante la niñez; sin embargo, durante la adolescencia las mujeres presentan el doble de posibilidades de desarrollar trastornos depresivos que los varones. Acosta (2011) menciona que no existen causas únicas claramente definidas que den lugar a la depresión infantil, y por lo tanto menciona que existen una serie de factores asociados con la aparición, duración y recurrencia de los trastornos del humor en la infancia y en la adolescencia.

Por lo tanto, Acosta (2011) menciona que en la actualidad se complementan una serie de factores de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas, al igual que una propensión a ciertos niveles de vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta y emociones desajustadas. Por lo tanto, en el caso de la depresión infantil los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica.

Diagnóstico

Según Acosta (2011) normalmente toma más tiempo diagnosticar un trastorno depresivo en niños que en adultos debido a que comparten síntomas y coexiste con diversos desórdenes infantiles como fisiológicos. Con la finalidad de llevar a cabo un diagnóstico asertivo, el autor menciona que es necesario realizar una evaluación psicológica completa;

- 1) Historia clínica completa
- 2) Entrevista para los padres de familia.
- 3) Evaluación (pruebas).
- 4) Seguimiento

2.4.2. Signos y Síntomas de la depresión infantil

Según da a conocer Ralph (2012) los signos y síntomas de los niños que presentan depresión se encuentran relacionados con:

- Estado de ánimo generalmente triste e irritable
- Anhedonia, pérdida de interés o placer por actividades que antes disfrutaba llevar a cabo.
- Cambio de peso y apetito (disminución)
- Dormir más de lo normal, o dormir poco
- Pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o de culpa
- Dificultad para concentrarse y llevar a cabo tareas específicas
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- Quejas de dolores físicos en lugares inespecíficos.
- Bajo rendimiento escolar
- Negativas de asistir a la escuela junto con negativas de ansiedad extrema
- Explosiones de gritos e irritabilidad sin razón aparente
- Falta de interés para integrarse con amigos de su misma edad

- Se aburre con facilidad ante cualquier situación
- Retraimiento, aislamiento social y poca comunicación
- Demasiada sensibilidad ante el rechazo o el fracaso.

De igual manera es importante conocer que los síntomas de depresión varían de acuerdo a la personalidad del niño y a la etapa de desarrollo en la que se encuentren, al igual que muchos de los síntomas enumerados son también síntomas que pueden ser parte de otros problemas o trastornos; y he ahí la importancia de someter al niño a un análisis exhaustivo en el cual se pueda identificar con total confianza la existencia o no de una posible depresión infantil.

El presente trabajo se realiza en el medio educativo, es necesario traer a colación la Ley Orgánica de Educación Intercultural, que salvaguarda los derechos y deberes de los estudiantes de Educación Básica y Bachillerato.

2.5. Ley LOEI Ley Orgánica de Educación Intercultural (2011)

Según el Ministerio de Educación del Ecuador, la ley LOEI (Ley orgánica de Educación Intercultural, 2011) nació como una nueva manera de transformar el sistema educativo ecuatoriano con una visión de calidad y calidez, contraria a la realidad vivida por los estudiantes y profesores de hace varios años atrás, los cuales contaban con una educación de baja calidad, descontextualizada y descuidada por anteriores gobiernos que

no velaban por el bienestar de los estudiantes, de los docentes ni por la infraestructura en la cual se llevaba a cabo la enseñanza.

A través de la aplicación de la LOEI (2011) se ha logrado en el Ecuador la construcción y renovación de nuevas infraestructuras educativas, al igual que la modernización de la malla curricular nacional junto con el diseño y ejecución de circuitos y distritos educativos, la alimentación se fortalece a través del desayuno y almuerzo escolar, así como la entrega gratuita de uniformes y libros; al igual que la entrega de becas a bachilleres y docentes con la finalidad de mejorar el talento humano existente.

De igual manera, la ley LOEI (2011) incorpora una serie de artículos y estatutos que enfatizan el total cuidado de los niños y niñas que garantizan su desarrollo tanto cognitivo como intelectual, acompañándolos de una forma positiva y proactiva durante su crecimiento, de esta manera se avala el desarrollo de sus destrezas y habilidades para la vida; por lo tanto, a través de esta reforma el Gobierno Nacional garantiza el cumplimiento de la Constitución para amparar totalmente el proceso educativo del niño desde los 3 años hasta el bachillerato superior, en el que se incorpora una serie de derechos que defienden tanto al niño como al adolescente en todas sus áreas intelectuales con la finalidad de mejorar el campo educativo y beneficiar a los estudiantes para que tengan una mejor y justa formación tanto en los establecimientos públicos como en los privados.

La Ley de Educación vigente en la actualidad en el Ecuador hace énfasis en la equidad pluricultural, en el presente trabajo se hace referencia al Modelo del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe.

2.6. Ley MOSEIB (Modelo del sistema de Educación Intercultural Bilingüe (2013))

La presente ley comprende desde la educación infantil Familiar Comunitaria, hasta el nivel superior. El modelo del Sistema de Educación Intercultural Bilingüe (MOSEIB, 2013) se basa principalmente en la construcción de un Estado plurinacional e intercultural a causa de que en el Ecuador habitan una serie de grupos étnicos que poseen sus propias creencias y culturas. Por lo tanto, a través de la implementación de esta ley se promueve en el Ecuador un sistema de educación diferenciada y flexible que respeta el ritmo de aprendizaje de las personas, en el que se considera sus aspectos psicosociales, al igual que su capacidad de creatividad para superar las formas de evaluación que priorizan únicamente aspectos lógico-verbales y memorísticos.

De esta forma, la presente ley ampara a todo aquel ciudadano que desee integrar a su vida conocimientos provenientes de un estudio consecutivo desde la niñez hasta la juventud, en el que se adquiere nuevos saberes que le serán de suma importancia durante su vida. A su vez, la presente ley no solo vela por el aprendizaje cognitivo del niño, sino que también vela por el crecimiento integral del sujeto e incluso su aspecto emocional, por lo cual se han trazado una serie de artículos y leyes que lo amparan de cualquier forma de maltrato, de esta forma se garantiza la integralidad de la ley.

Estas leyes citadas anteriormente constituyen el marco legal que estimula el presente trabajo de investigación, así como además protege los derechos de los participantes en el mismo, puesto que el objetivo de éste es contribuir con la salud y el equilibrio de niños, niñas y adolescentes estudiantes.

Código De La Niñez Y Adolescencia Libro Primero Los Niños, Niñas Y Adolescentes Como Sujetos De Derechos (2013):

TITULO I DEFINICIONES Art. 1.- Finalidad. – “Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad. Para este efecto, regula el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral”.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Métodos de Investigación

En esta investigación se utilizó el método inductivo – deductivo al aplicar la lógica para realizar razonamientos, a partir de la teoría general existente sobre la depresión infantil y de los resultados que se obtendrán se podrán elaborar conclusiones generales.

La investigación es de tipo cuantitativa porque los datos serán analizados en forma numérica, se aplicará las medidas de frecuencia de la estadística descriptiva. Los datos responden a las variables del estudio, entre las cuales se establecerán relaciones.

3.2 Niveles de investigación

Investigación bibliográfica

La investigación bibliográfica fue la fase de la investigación científica donde se estudió qué se había escrito por la comunidad científica acerca del tema específico. Se basó en obtener y consultar la bibliografía útil para los objetivos del estudio, de la que se extrajo información relevante y necesaria para la investigación.

Esta búsqueda permitió apoyar la investigación, escribir un marco teórico. Además, permitió el análisis de los métodos utilizados, resultados obtenidos en estudios anteriores y precisar qué diseño, cuáles variables eran necesarios a emplear y cuál podía ser el manejo estadístico de cada variable.

Investigación observacional de campo

El trabajo de campo fue el conjunto de actividades para obtener de forma directa datos de las fuentes de información en el lugar y tiempo en que ocurrieron los hechos o eventos de interés para la investigación. Esta se realizó en el medio donde se da el fenómeno estudiado, es decir en la Unidad Educativa Bilingüe De La Ciudad De Ambato (Español y Quichua), donde se aplicaron los instrumentos para la recolección de la información a la muestra que se seleccionó.

3.3 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue descriptivo, éste permitió estudiar y observar el problema estudiado, en su ambiente natural, describirlo de la manera más detallada posible, de igual forma contribuyó a identificar factores importantes relacionados con la depresión en la muestra estudiada, al igual que otorgó la pauta para llevar a cabo posteriores investigaciones del cual toma como referencia los hallazgos encontrados, en lo referente a la depresión.

El método aplicado para la ejecución de la presente investigación fue el método clínico, el cual presenta una secuencia ordenada de acciones que permiten conocer el proceso de salud y enfermedad de un sujeto en toda su integridad social, biológica y psicológica

3.4 Instrumentos y técnicas de la investigación

Las técnicas que se emplearon fueron, psicométrica, la entrevista y la observación.

Técnicas Psicométrica

Es un método complementario del clínico que permite obtener una valoración cuantitativa de diferentes fenómenos psíquicos, de igual forma la obtención de resultados

Instrumento

Para medir los niveles de depresión en los niños se aplicó el Inventario de Depresión Infantil “CDI”. El objetivo del CDI es el de evaluar los síntomas depresivos de los niños y adolescentes y puede aplicarse de manera individual o grupal del cual su aplicación tiene un tiempo de oscilación entre 10 y 25 minutos.

El cuestionario cuenta con 27 ítems en los cuales el niño tiene que elegir una de entre tres opciones, de igual manera el contenido de los ítems cubre la mayor parte de los

criterios para el diagnóstico de la depresión infantil. Sánchez (2011) expresa que el CDI evalúa principalmente dos escalas: a) disforia y b) autoestima, que proporciona una puntuación total de depresión.

Mediante la aplicación del CDI se evalúa dos escalas: Disforia (humor depresivo, tristeza, preocupación, etc.) y Autoestima negativa (juicios de ineficacia, fealdad, maldad, etc.) y proporciona una puntuación total de Depresión. Puede ser contestado directamente por los niños evaluados, como auto informe, o pueden contestarlo adultos de referencia como el padre, la madre, profesores, enfermeras o cuidadores. Al aplicar por este último procedimiento. (Del Barrio & Carrasco, 2016)

Técnica Entrevista

Tiene mayor importancia ya que por medio de ella se obtiene datos relevantes, se realiza con preguntas estructuradas que no ayuden a diagnosticar el problema de investigación.

Instrumento

Cuestionario, el mismo que se estructura a través de la Operacionalización de variables.

Operacionalización de variables (Entrevista)

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems Básicos		TÉCNICA E INSTRUMENTO
La psicología Positiva nace a finales de la década de los noventa y es definida por Seligman como: “el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene la incidencia de la psicopatología	Conductas	1. ¿Ud. se ratifica en que los datos obtenidos a través de la ficha de observación individual corresponde a las conductas de los niños investigados?	SI	NO	Técnica: - Entrevista Instrumento: - Cuestionario - Estructurado de entrevista
		3. ¿Ud. Se ratifica en que el grupo de niños investigados tiende a repetir actitudes ya sea de frustración, irritabilidad o agresividad la mayor parte del tiempo?	SI	NO	
		2. ¿Ud. Se ratifica en que el grupo de niños investigados tiende a repetir la mayor parte del tiempo frases negativas sobre sí mismo?	SI	NO	
	Comportamiento	4. ¿Se ratifica Ud. que las relaciones de los niños investigados son más compatible con la introversión que con la extroversión?	SI	NO	
		Calidad de Vida	5. ¿Cómo catalogaría el rendimiento del primer Quimestre de los niños investigados?	SI	

Técnica observación

La ficha de recolección de información empleada en la observación estuvo conformada por múltiples ítems sobre aspectos físicos y ambientales de las aulas, de la esfera afectiva y conductual, esfera cognitiva, actividad escolar y la esfera somática.

La ficha se puede palpar lo observado de acuerdo al cuestionario estructurado, para poder determinar de mejor manera el estudio directo del problema, además que se considera una fuente creíble ya que la persona que realiza lo ve desde afuera, no siendo parte del problema de estudio.

Operacionalización de variables Ficha de observación

Conceptualización	Indicadores	Indicadores	Ítems Básicos	TÉCNICA E INSTRUMENTO	
La psicología Positiva nace a finales de la década de los noventa y es definida por Seligman como: “el estudio científico de las experiencias positivas, los rasgos individuales positivos, las instituciones que facilitan su desarrollo y los programas que ayudan a mejorar la calidad de vida de los individuos, mientras previene la incidencia de la psicopatología	Experiencias	<p>ESPACIO FÍSICO VALORACIÓN</p> <p>Tamaño</p> <p>Número de niños por aula Ventilación</p>	<p>Muy Bueno</p> <p>Bueno</p>	<p>Técnica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevista <p>Instrumento</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario Estructurado de entrevista 	
	Conductas	<p>Distractores:</p> <p>Iluminación:</p> <p>Estado general de materiales de trabajo. (PIZARRON, PUPITRES ...)</p> <p>CONDUCTAS OBSERVADAS</p> <p>b) Esfera cognitiva y actividad escolar</p> <p>Desvalorización personal:</p> <p>C) Esfera Somática:</p> <p style="padding-left: 40px;">Cefalea</p>	<p>Muy Bueno</p> <p>Bueno</p> <p>Regular</p>		
	Comportamiento	4. Esfera afectiva y Conductual:		SI NO	
	Calidad de vida	5. ¿Cómo catalogaría el rendimiento del primer Quimestre de los niños investigados?		SI NO	

3.5 Población y Muestra

La población para la investigación estuvo conformada por un total de 137 niños de cuarto, quinto y sexto niveles de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe de la ciudad de Ambato.

Muestra

La muestra es la parte primordial ya que refleja la cantidad de personas a las que se enfoca la investigación; los autores Di Rienzo, y otros, (2008), manifiestan que: “Se entiende por muestra a todo subconjunto de elementos de la población” (p. 2). En otras palabras, es una parte que se selecciona del total de los elementos y en base a la información revelada en esa porción se hacen inferencias sobre toda la población, se efectúa una medición u observación de las variables objeto de la investigación. Para lo cual se utilizó un muestreo aleatorio debido a la cantidad de estudiantes se tomó al azar para la aplicación de los instrumentos.

La muestra quedó constituida por 25 niños con diagnóstico de depresión.

3.6 Procedimiento metodológico

En una primera instancia para llevar a cabo la presente investigación, se procedió inicialmente a identificar el problema dentro de la unidad educativa en la ciudad de Ambato, donde se identificó la existencia de niños con niveles significativos de depresión.

Para ello se llevó a cabo la aplicación de los siguientes pasos:

- Entrevista individual.
- Aplicación del CDI a los casos y controles y entrevistas a los docentes
- Evaluación de los resultados del CDI y entrevistas
- Aplicación del modelo de psicología positiva grupal en el grupo de casos con la finalidad de disminuir los niveles de depresión identificados en los niños de Educación básica Media.
- Evaluación de los resultados del CDI post intervención a los casos y controles y entrevista a los docentes.
- El procesamiento de la información de datos se realizó mediante el programa estadístico Microsoft Excel 2010 y la estadística descriptiva, para la representación en tablas y gráficos de la información.

CAPÍTULO IV

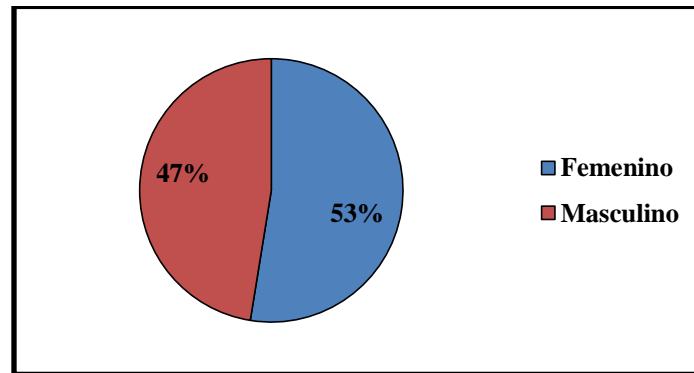
ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó una investigación con 137 niños donde se desarrolla el estudio de la investigación, en el proceso se seleccionaron los niños correspondientes al cálculo muestral realizado, las cuales cumplen los criterios de inclusión; se muestran los resultados a continuación:

4.1 Estudio sociodemográfico

Es el análisis, estudio y obtención de datos sobre un grupo social determinado, especialmente en aspectos demográficos, es decir, que se obtiene un perfil que señale la dinámica y características actuales de la población, sin dejar a un lado a las variables sexo, edad y más, son variables que ayudan a determinar datos necesarios de identificación, que son de gran ayuda para la culminación de la investigación.

Dentro de los datos sociodemográficos se determina el sexo de los participantes como se observa en el gráfico 1.

Gráfico 4. 1: Distribución de los niños encuestados según sexo.**Análisis e Interpretación:**

El total de niños encuestados en la Unidad Educativa Bilingüe Internacional de la ciudad de Ambato fueron 137 niños de cuarto, quinto y sexto niveles. De ellos el 53 % de los encuestados es de sexo femenino y el 47 % de los encuestados es de sexo masculino. Es decir que la mayor parte son hombres.

4.2 Análisis del Cuestionario de Depresión Infantil CDI**4.2.1. Análisis de la Consistencia Interna del Cuestionario CDI****Tabla 4. 2 Confiabilidad del Cuestionario CDI**

CDI	Alfa	Elementos	Ítems retirados	Alfa
D. Disforia	0,94	17	2	0,95
D. Autoestima	0,83	10	8,5	0,86
TOTAL	0,95	27	2, 5, 8, 26	0,96

A través de la tabla se puede evidenciar los valores determinados a través del alfa de combach, se puede evidenciar que el auto estima presenta 0,83 lo cual hace que el instrumento de aplicación sea significativo, por otra parte, los elementos de estudio son diferentes; para poder corroborar la consistencia del test, se trabajó evidentemente con ítems retirados que son los que no tienen mayor significación para el análisis, como se puede observar después de la evaluación los resultados mejoraron como es evidente.

4.2.2. Prevalencia de la presencia del trastorno de ánimo depresivo en los niños

Se aplicó el reactivo a un total de 137 niños (as), al ser calificado se obtuvo el número de niños con los que se trabaja en los grupos para aplicar el modelo grupal. el criterio de inclusión para realizar este proceso fue la presencia de sintomatología depresiva, como se observa en la Tabla 1.

Tabla 4. 3: Resumen resultados CDI

Número de Niños evaluados	Niños sin niveles de depresión	Niños con niveles de depresión	Depresión leve	Depresión Moderada	Depresión Grave
137	112	25	15	7	3

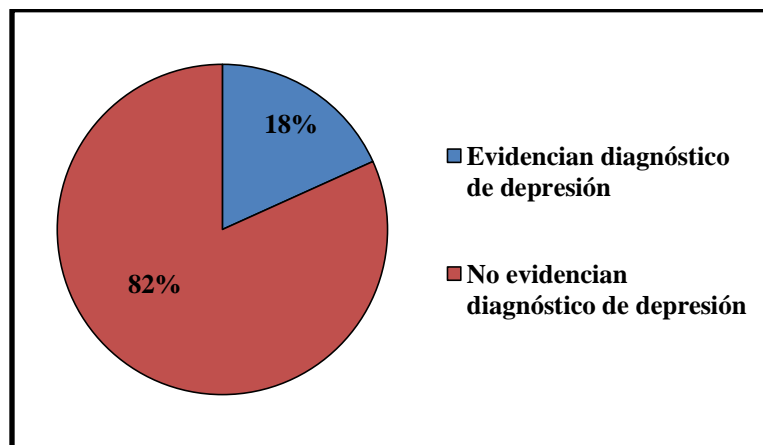
Análisis e Interpretación

El número de niños evaluados fueron 137, de los cuales 112 niños mostraron un cuadro sintomatológico sin depresión, por otro lado 25 niños presentaron depresión, que son los

que serán tomados para el estudio, sin embargo 15 niños se situaron con depresión leve, y 7 con depresión moderada, tan solo 3 niños presentaron depresión grave.

En el grafico 2 se puede palpar el porcentaje de niños con depresión y los que no la presentan:

Gráfico 4. 2: Resultados CDI



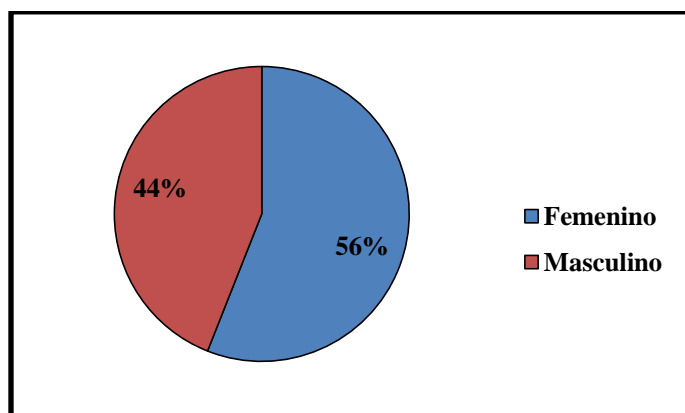
Análisis e Interpretación

Como se puede apreciar, la mayor parte de la población de la escuela no presenta sintomatología depresiva (82 %). El 18 % de los niños presentó evidencias de depresión al aplicar el CDI. Este resultado es similar al encontrado por otros autores como Herrera y otros que encontraron un 17 % de depresión en niños escolares (Herrera, Losada, Rojas, & Gooding, 2009) sin embargo otros autores han encontrado frecuencias más bajas de 14 % (López, Alcántara, Fernández, Castro, & López, 2010) y 7.6 %. Se puede decir que el nivel de depresión estudiado es similar a otros estudios, que evidencia ser un porcentaje de estudio.

4.3 Depresión y Datos Sociodemográficos

A continuación, en el gráfico 3 se presenta la distribución por género de los niños con sintomatología de depresión:

Gráfico 4. 3 Distribución por género de los niños identificados con depresión.



Análisis e Interpretación:

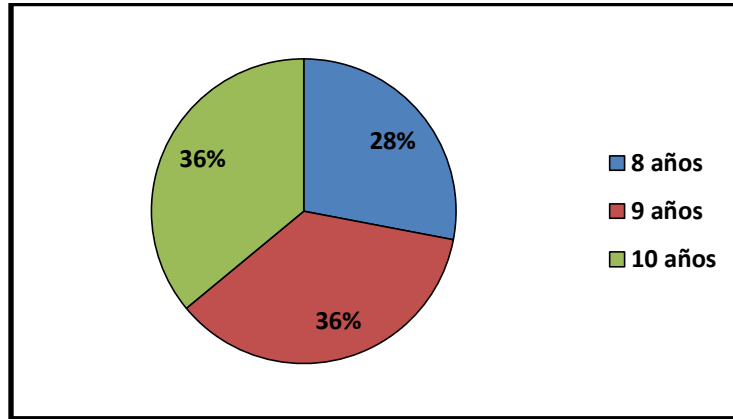
La depresión predominó en niñas, representado por un 56 %, mientras el 44 % de los niños que presentaron evidencias de depresión fueron del sexo masculino.

Los resultados reportados por diferentes autores en relación con los síntomas depresivos y su frecuencia de acuerdo al género, en estas edades no muestran diferencias significativas, En cambio se plantea que con el aumento de la edad la depresión aumenta en el sexo femenino

Distribución por edad de los niños identificados con depresión

Se presenta en el gráfico 4 los niños distribuidos por la edad que poseen:

Gráfico 4.4 Distribución por edad de los niños identificados con depresión



Análisis e Interpretación:

La depresión presentó igual frecuencia en niños de 9 y 10 años, lo que significó un 36 % en cada grupo de edad, con un menor porcentaje en niños de 8 años (28 %).

La depresión puede aparecer desde la edad preescolar e incluso en el primer año de vida y se refiere que su frecuencia se incrementa con la edad y otros múltiples factores biológicos psicológicos y socioeconómicos relacionados con cada etapa del ciclo vital.

Tabla 4. 4 Factores socioeconómicos relacionados con la depresión en los niños

Factores socio económicos		Frecuencia	Porcentaje
Convivencia	Padre y madre	10	40%
	Padrastro o madrastra	5	20%
	Hermanos	7	28%
	Otros	3	12%
	Total	25	100%
Relación de los padres	Casados	10	40%
	Unión Libre	8	32%
	Divorciados	7	28%
	Total	25	100%
Nivel socio económico	Muy bueno	3	12%
	Bueno	5	20%
	Regular	12	48%
	Malo	5	20%
	Total	25	100%
Tenencia de la vivienda	Propia	2	8%
	Arrendada	8	32%
	Compartida	10	40%
	Prestada	4	16%
	Otros	1	4%
	Total	25	100%

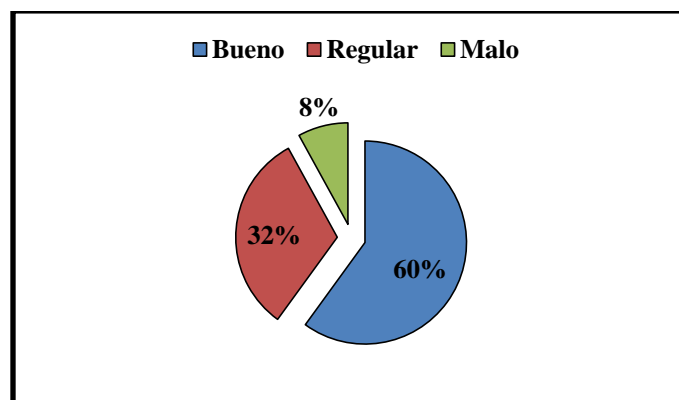
Análisis e Interpretación:

En relación con factores sociales y económicos relacionados con la depresión se encontró que solo el 40 % de los niños convivían con su mamá y su papá, del otro 60 %, un 28 % vivía con hermanos, un 20 % con padrastros y madrastas y un 12 % con otros parientes. El 40 % de los padres se encontraban en estado conyugal casados, el 32 % en unión libre y el 28 % divorciados. Con respecto al estatus socioeconómico de la familia predominó el estatus regular en el 48 %, seguido del bueno y malo con un 20 % cada estado, y el muy bueno solo representó el 12 %. La tenencia de la vivienda fue en la mayoría compartida (40%), en segundo lugar, eran arrendadas (32%), un 16 % prestada, solo en el 8 % eran propias y un 4 % en otras condiciones.

La familia debe proveer un contexto social, emocional, interpersonal, económico y cultural para el desarrollo del niño. Las relaciones malogradas dentro de la familia constituyen un factor de riesgo para trastornos de la conducta, en cambio las relaciones positivas son factores de protección. Los roles de padres y esposos, la satisfacción paterna o materna, la satisfacción marital son importantes elementos que favorecen las conductas de ajuste psicológico de los hijos. En otro sentido los cambios de los roles en el interior de la familia, en las relaciones familiares o en la estructura familiar y conflictos maritales afectan el bienestar psicológico y social. En el aspecto económico se ha señalado que cambios súbitos en el status económico, la pobreza mantenida y el desempleo de los padres se relacionan con el desarrollo de problemas de conducta en los niños. Múltiples investigaciones recalcan y demuestran la influencia de estos factores socioeconómicos.

En el grafico 5 se puede evidenciar la distribución del estado de salud de los niños evaluados:

Gráfico 4. 5 Distribución de los niños según el estado de salud



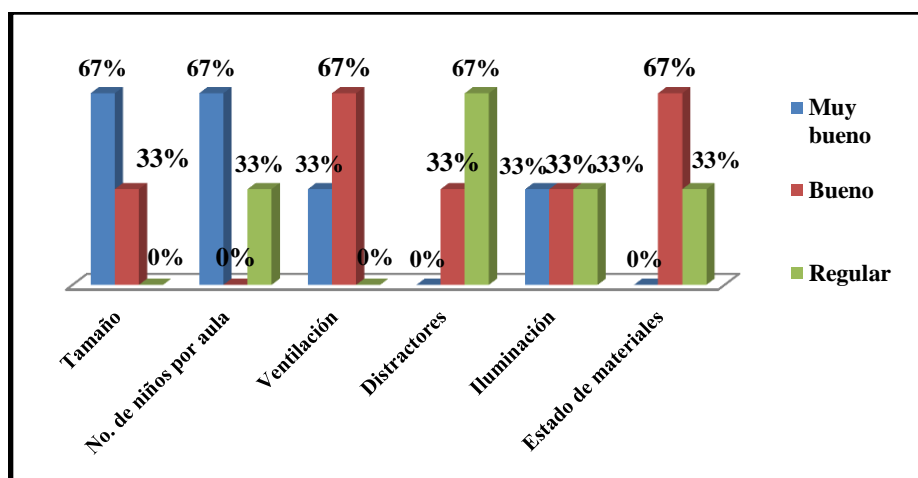
Análisis e Interpretación:

El estado de salud de los niños en el 60 % fue bueno, en el 32 % regular y solo en el 8 % fue malo.

Especial atención merecen el 40 % de los niños cuyo estado de salud puede condicionar la aparición de la depresión. Esta relación ha sido reconocida por diferentes autores, quienes plantean que las comorbilidades aumentan las probabilidades de la aparición de la depresión en niños. Velázquez y Zuluaga refieren que entre un 15 -25 % de los niños con cáncer presentan depresión por cuestiones relacionados con la enfermedad, la espera para el diagnóstico o con el tratamiento

A continuación, en el grafico 6 se puede observar la valoración del espacio físico y el aula de clase:

Gráfico 4. 6 Valoración del espacio físico de las aulas de clases con niveles superiores



Análisis e Interpretación:

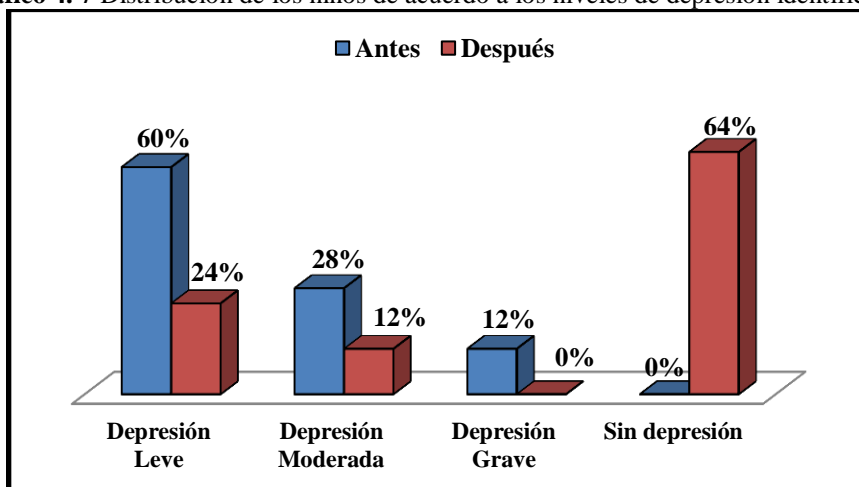
El espacio físico de la mayoría de las aulas de clase evaluadas es adecuado para una correcta enseñanza por lo que se obtuvo buenos puntajes ninguno obtiene una valoración mala, manteniéndose en los estándares.

Es favorable un espacio amplio, donde el niño esté siempre en movimiento como algo natural y es recomendable tener ventanas por donde pueda entrar luz natural ya que ofrece una sensación de claridad, de energía y de amplitud. Por otra parte, las características no adecuadas de un aula inciden en la falta de motivación y en el aprendizaje

4.4. Niveles de Depresión pre y Pos – tratamiento

Según el grafico 7 muestra los Niveles de depresión identificados en la población de acuerdo al CDI:

Gráfico 4. 7 Distribución de los niños de acuerdo a los niveles de depresión identificados.



Análisis e Interpretación:

El 88% de la muestra se encuentra en niveles leves y moderados de depresión, ubicándose la minoría en la depresión grave (12%). Luego de la intervención el porcentaje de depresión leve bajó a 24 %, la moderada a 12 % desaparece la depresión grave en los niños y un 64 % ya no existió depresión.

Esto demuestra que la intervención fue favorable y tuvo un impacto positivo en las actitudes y comportamiento de los niños, ya que presentó un 64% de niños sin depresión, de esta manera es evidente que los resultados del después son positivos.

Tabla 4.5 Calificaciones de los niños antes y después de la intervención

Rendimiento Académico	Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media	t	gl	Sig. (bilateral)
Pre-Terapéutico	6,2000	25	1,00000	,20000	-6,204	24	,000
Post-Terapéutico	7,4800	25	,92961	,18592			

A través del rendimiento académico se pudo establecer una comparación mediante el t student, donde las medias de la intervención pre terapéutico fue de 6,2, pero en cambio de la intervención post terapéutica fue mayor con una media de 7,4 siendo notable la mejoría del rendimiento, siguiendo la valoración del desvío estándar, el error de la media, notable mente se puede decir que luego de la intervención las notas mejoraron considerablemente, de esta manera se perfeccionó el desarrollo de enseñanza aprendizaje.

Análisis e Interpretación

La mayoría de los niños mejoró sus calificaciones, del total de 25 niños con depresión, solo 6 no mejoraron sus puntuaciones.

El desarrollo del niño y el adolescente ocurre en estrecha relación con las relaciones que se dan en el marco de la familia y que luego se fortalecen en el entorno escolar. De existir dificultades en alguno de estos ámbitos, pueden surgir problemas de ajuste, externalizados e internalizados que determinan sus actitudes comportamientos y sus relaciones y su desempeño escolar.

Los niños con depresión mostraron menor desempeño escolar. Los resultados de su análisis multivariado mostraron que los niños con sintomatología depresiva tenían un decrecimiento en su rendimiento escolar, lo que se manifestó con el incremento de niños para exámenes suspensos, menos sobresalientes y más cursos con niños repetidores, con relación a los que no presentan sintomatología. (Orgilés, Gómez, Piqueras, & Espada, 2014), siendo ratificada por el autor.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- De los niños identificados con depresión el 60% se ubicó en un nivel de depresión leve, el 28% en un nivel de depresión moderada y finalmente el 12% en un nivel de depresión grave. La depresión predominó ligeramente en el sexo femenino y en los niñas de mayor edad, por otra parte, de los niños evaluados en cuanto a las características sociodemográficas el 53% son niñas y el 47% son niños, siendo la mayor cantidad a evaluar de sexo femenino, la edad de los niños estipula entre 8 años a 10 años de edad.
- En cuanto a los factores relacionados con la depresión infantil se identificó que los del ambiente familiar y socioeconómicos fueron significativos: el 60 % de los niños no convivían con ambos padres, el 68 % tenía un nivel socioeconómico regular o malo, el 92 % no tenía vivienda propia. Se puede afirmar que el ambiente donde se encuentran los niños es de gran importancia en el desarrollo de la depresión.
- Antes de la intervención los niños presentaban problemas de conducta además con actitudes negativas hacia el entorno escolar y la convivencia con sus compañeros,

- crean un ambiente de compañerismo no agradable. Después de la intervención la mayoría de los niños mejoraron su actitud ante el cuerpo docente y sus compañeros optimizando su comportamiento y nivel académico con las notas finales de cada quimestre, también se pudo evidenciar un cambio en el área social, tomando en cuenta que los niños en el pasado solían jugar aislados de los demás niños, ahora realizan grupos de juego en la hora del receso, lo cual se tradujo en un ambiente educativo de compañerismo escolar bueno .

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda llevar a cabo evaluaciones periódicas para identificar posibles nuevos casos de depresión en la comunidad educativa.
- Se recomienda aplicar el modelo de Psicología Positiva Grupal para disminuir los niveles de depresión de los niños.
- De igual manera se recomienda llevar a cabo más intervenciones psicoterapéuticas para lograr el mejoramiento total de los niños que aún perseveran en el mantenimiento de signos de depresión.
- Finalmente se recomienda la aplicación del Modelo de Psicología Grupal de intervención a través de la modalidad psicoeducativa para disminuir los niveles de depresión de los niños.

**MODELO DE INTERVENCIÓN DE PSICOLOGÍA POSITIVA
GRUPAL PARA DISMINUIR LOS NIVELES DE DEPRESIÓN EN
NIÑOS DE EDUCACIÓN BÁSICA MEDIA**



Autor:

Diego Yáñez

INTRODUCCIÓN

A menudo, se hace referencia al término de psicología positiva se tiende a interpretar como una nueva corriente de filosofía espiritual o como un nuevo método de autoayuda poco convencional que intenta mitigar los problemas del ser humano; por lo tanto es importante conocer, de acuerdo a Acosta (2011) que la psicología positiva no forma parte de un nuevo movimiento filosófico ni espiritual, al igual que no pretende promover el crecimiento espiritual ni humano por medio de la aplicación de métodos dudosamente establecidos y por consiguiente, no es parte de un ejercicio de autoayuda ni un método mágico que permita alcanzar la felicidad, sino que ésta es una rama de la Psicología de reciente aparición que principalmente trata de comprender por medio de una investigación rigurosa y científica las diferentes cualidades y emociones pertenecientes al ser humano.

La psicología Positiva, iniciada en Estados Unidos por Martín Seligman de la Universidad de Pennsylvania, a través de un minucioso estudio investigó las fuentes del bienestar y la satisfacción con la finalidad de devolver al ser humano una imagen más equilibrada a nivel psicológico (Rivero, 2014)., refleja no solo sus debilidades sino también sus fortalezas; de igual manera este modelo psicológico surge debido a un intento de superar la resistente barrera del 65% de éxito que todas las psicoterapias que han sido hasta la actualidad incapaces de superar

En este sentido, la relación existente entre las variables como el optimismo, el humor o las emociones positivas en los estados físicos de salud se incorpora como uno de los puntos clave de la investigación en psicología positiva. Se espera que a lo largo de los años por medio de la investigación empírica se logre obtener nuevos y mejores resultados que permitan elevar el nivel de sentido del ser humano y por ende sus motivaciones de vida.

Por lo tanto, debido a su gran nivel de importancia y amplio bagaje teórico se ha tomado esta importante herramienta como parte principal en el desarrollo de los presentes Talleres terapéuticos grupales cuyo objetivo es el de disminuir los niveles de depresión en los niños de educación básica. Si los niños cuentan con una herramienta apropiada y el apoyo psicoterapéutico necesario, podrán enfrentarse adecuada y pertinentemente al sistema social gracias al fortalecimiento de su autoestima y sentido de vida, proponiéndose nuevos objetivos y horizontes frente a la fatalidad en la que están sumergidos (Acosta, 2011).

El presente Modelo de intervención Psicológica Grupal fue producto de un trabajo exhaustivo de investigaciones llevadas a cabo por el autor en la Unidad Educativa “República de Chimborazo” de la ciudad de Ambato durante el período Julio – diciembre 2015, se comprueba la validez de su proceso mediante técnicas empleadas. Para su ejecución se aplicó la metodología cuasi – experimental en un contexto sobre el cual no se puede lograr un dominio total de las variables por lo que se llevó a cabo una

evaluación inicial y final con el objetivo de conocer el nivel de eficacia obtenido una vez aplicado el proceso.

Este Modelo emplea técnicas para abordar la depresión en niños, pero también puede ser adaptada a adolescentes cuyo diagnóstico base haya sido la depresión. El presente Modelo cuenta con actividades prácticas a nivel individual y grupal, al igual que cuenta con actividades vivenciales y dinámicas basadas en la psicología positiva. A continuación, se expone de manera detallada cada una de las actividades ejecutadas en los presentes Talleres, de manera que sea de fácil comprensión y/o aplicación en caso de ser necesario. Talleres de funcionalidad que ayudaran llegar al objetivo principal, minimizar el cuadro depresivo en los niños, para lo cual se utilizara estrategia educacional.

PROPUESTA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL

TALLER N° 1: ¿CÓMO SOY?

Objetivo General

- Identificar las características individuales

Objetivos Específicos

- Aplicar ejercicios de autoconocimiento
- Valorar las características personales
- Reconstruir la importancia de la individualidad y el sentido de la singularidad

Enfoque:

- Método Clínico

Tiempo:

- Una hora

Materiales:

- Espejo y caja
- Hojas de trabajo
- Lápices

Responsable:

- Diego Yáñez

Desarrollo:

Bienvenida: A continuación, el profesional a cargo procede a dar la bienvenida a todos los integrantes del grupo y les da a conocer que durante los próximos encuentros se llevarán a cabo actividades que les permitan sentirse mejor consigo mismos y alcanzar mayores niveles de felicidad que les permitirá establecer nuevas metas y objetivos de vida a corto, mediano y largo plazo. De igual manera se da a conocer que los encuentros se realizarán una vez por mes con una duración de una hora, y que para ello es necesaria su puntualidad y colaboración.

Dinámica de Integración: ¡Todo acerca de mí!

A continuación, se solicita a los niños que se coloquen alrededor del aula en forma de un círculo y de manera voluntaria se les solicita que compartan algo acerca de sí mismos, por ejemplo, cuántos años tienen, cuántos son sus hermanos, cuál es su deporte o su actividad favorita, entre otros. Posteriormente se procede a entregarles una hoja de trabajo en la cual deben dibujarse a sí mismos, a su familia y describir aquello que desean ser cuando sean grandes y sus cosas favoritas, todo ello con la finalidad de crear un ambiente de confianza y apertura en el desarrollo de próximas actividades. Una vez culminada la actividad los niños colocan sus hojas de trabajo en la pared con la ayuda de cinta hasta que el proceso de intervención culmine y finalmente puedan llevárselos a casa.

Dinámica 1: El espejo

Para la ejecución de esta actividad el profesional a cargo coloca a los participantes nuevamente en forma de un círculo alrededor del aula y les procede a entregar una caja pequeña con un espejo en su interior, pero antes de que abran la caja les explica que van a presenciar una de las mejores creaciones vistas jamás y la más importante de todos los tiempos; al igual que proporciona datos a manera de una biografía del porqué esta obra de arte es una de las más inspiradoras y necesarias dentro de la sociedad. Posterior a ello se les pide que abran la caja y presencien lo que hay dentro por un tiempo estimado de 3 minutos. Durante este período se solicita a los niños que piensen qué es aquello que más

les gusta de sí mismo, cuál es su mayor cualidad y qué cosas positivas son las que piensa que tiene.

Una vez transcurrido el tiempo les solicita que en una hoja de papel escriban todo aquello positivo que observaron. Posteriormente el profesional a cargo solicita a los niños de manera voluntaria que lean aquello que describieron. Al concluir el niño con su exposición el profesional deberá enfatizar en aquello que dijo y exaltar sus cualidades con el propósito de que el infante se sienta realmente valorado y aceptado.

Dinámica 2: Se vende

Una vez culminado el tiempo de interacción, se da a conocer a los niños que se ejecutará una dinámica denominada “Se vende”. Para ello se explica a los estudiantes que se deben tomar en parejas en la que un niño asume el rol de vendedor y el otro asume el rol del producto mientras que el resto de personas hasta que llegue su turno de participar serán los compradores. El niño vendedor debe convencer a los compradores al resaltar las cualidades del producto, para ello resaltará sus cualidades físicas, intelectuales y sus habilidades motrices, cognitivas, entre otras. Se incentiva para que se oferte el producto de una manera efusiva y alegre, al igual que se anima a los participantes a adquirirlo. En caso de ser necesario el profesional debe actuar como un mediador o subastador en caso de ser necesario. De esta manera entre compañeros resaltarán unos a otros sus cualidades y virtudes.

Cierre:

Finalmente, el profesional indaga acerca de cómo se sintieron los niños durante el desarrollo de estas actividades, cuáles fueron las que más les llamó la atención, qué es lo que creen que pueden aprender de todo esto y cómo piensan verse a sí mismos de hoy en adelante. A continuación, se entrega una última hoja de trabajo y se les pide que la completen de manera paciente y que sobre todo la coloquen en un área especial de su habitación para que les recuerde todos los días aquellos que desean hacer. Para concluir se motiva a los niños para que asistan al próximo encuentro.

Hoja de trabajo N° 1 Todo acerca de mi

¡Todo acerca de mi!

Nombre: _____

Un dibujo de mi

Mi familia

Mis cosas favoritas

Color

Comida

Lugar

Pasatiempo

Cuando crezca quiero ser...

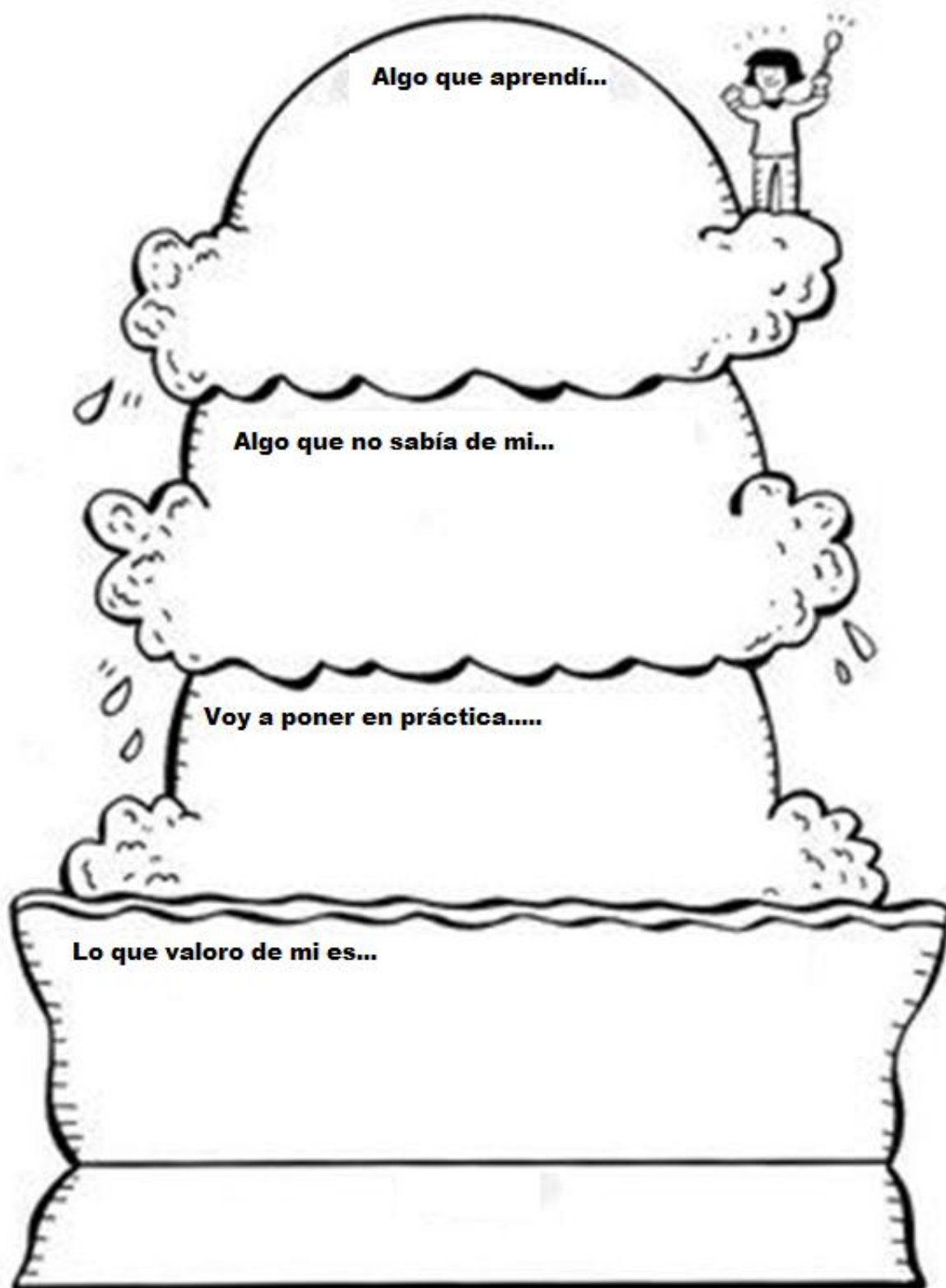
Mi cumpleaños: _____

Hoja de trabajo N° 2 El espejo

Como soy yo



Hoja de trabajo N° 3 Cierre



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL
TALLER 2: ENTENDIENDO MIS EMOCIONES

Objetivo General

- Identificar aquellas emociones negativas que afectan su estado de ánimo y percepción de sí mismos.

Objetivos Específicos

- Identificar las emociones positivas y las negativas
- Construir un nuevo esquema de pensamiento de los niños con las emociones más positivas

Enfoque:

- Método Clínico

Tiempo:

- Una hora y 30 minutos

Materiales:

- Cartulinas y revistas
- Tijeras
- Colores

Responsable:

- Diego Yáñez

Desarrollo

Bienvenida: El profesional a cargo da la bienvenida a los niños y de manera breve realiza un recuento de aquello que se vivió en el desarrollo del primer Taller. A continuación, se solicitan voluntarios que den a conocer cómo han sido estas últimas semanas y qué aspectos positivos han logrado vivenciar. De igual manera el profesional enfatiza todos los puntos positivos compartidos por los niños y les motiva a seguir en la renovación de sus pensamientos e ideas.

Se da a conocer que el tema denominado para el presente Taller será “Entender mis emociones” y a manera de resumen se dan a conocer las actividades que se desarrollarán.

Dinámica de Integración: Buscar las emociones

El profesional divide al grupo en dos equipos y coloca dos grupos de tarjetas con dibujos de diferentes emociones al revés sobre la pizarra. A continuación, explica que de manera ordenada van a pasar hacia la pizarra para tomar una tarjeta, voltearla y buscar su par mientras toma otra tarjeta. En caso de que las tarjetas no coincidan deberán dejarlas en su lugar y esperar el turno de otro participante que logre encontrar los pares. El grupo que mayor cantidad de pares de tarjetas encuentre es el ganador.

Dinámica 1: A continuación de manera breve el profesional da a conocer a los niños que las emociones forman una parte esencial de la vida del ser humano y que se alojan dentro de nosotros y brotan de manera inesperada ante ciertas circunstancias positivas o negativas.

Existen básicamente dos tipos de emociones; las emociones positivas y las negativas.

Se procede a dividir la pizarra en dos porciones y se indaga a los niños acerca de cuáles creen que son las emociones negativas, las positivas y por qué. Posteriormente se solicita que identifiquen el tipo de emociones que más experimentan a lo largo del día y que las escriban sobre una hoja de papel. Una vez culminado este proceso se pide que nuevamente describan cómo estas emociones les ayudan a ser más felices cada día, para ello se espera que los niños no logren identificar la validez de las emociones negativas por lo que después de una espera de 5 minutos el profesional debe intervenir para descartar las emociones negativas, y no manifestar que no poseen ninguna finalidad positiva, por lo que lo más conveniente es sustituirlas por aquellas emociones que son productivas como la felicidad, la paz, el amor, la paciencia, entre otras.

Dinámica 2: El collage de las emociones

De manera individual se entregan tijeras, cartulina, goma y colores; y se solicita que dividan la cartulina en dos partes. En la primera parte colocan las emociones que desean cambiar y en la segunda parte colocan las emociones por las cuales desean realizar el

cambio, en otra hoja de papel describen las razones que los motivan a intercambiar estas emociones. Concluido el proceso se coloca a los niños alrededor del aula con su collage culminado y se indaga n los motivos que los incentivaron a intercambiar sus emociones y cuáles son las que de ahora en adelante desean llevar consigo. El profesional enfatiza los puntos positivos de la exposición de cada niño y motiva a que el cambio se ejecute.

Cierre: Se realiza un breve resumen de todo lo ocurrido durante el proceso y se motiva a que los niños pongan en práctica lo aprendido, se entrega una última hoja de trabajo para que de forma representativa tiren lejos de sí las emociones y los complejos negativos y los niños deciden si se llevan la hoja o la dejan con el terapeuta.

Dinámica: Tarjetas de Trabajo



contento



alegre



feliz



acelerado



aburrido



triste



deprimido



enfermo



enojado



enfurecido



enfadado



malhumorado

Hoja de trabajo N° 1 Cierre



INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL

TALLER 3: YO PUEDO SER...

Objetivo General

- Identificar sus habilidades y destrezas para ejecutar distintas actividades

Objetivos Específicos

- Fortalecer su autoestima
- Fortalecer sus destrezas curriculares y extra curriculares

Enfoque:

- Método Clínico

Tiempo:

- Una hora y 30 minutos

Materiales:

- Hojas de trabajo
- Lápices
- Marcadores

Responsable:

- Diego Yáñez

Desarrollo

Bienvenida:

El profesional a cargo da la bienvenida a los niños y realiza un breve resumen acerca de lo aprendido durante el último encuentro. Posteriormente de manera voluntaria solicita a los participantes que den a conocer acerca de cómo les ha ido durante el transcurso de la semana y qué fue lo más importante que les sucedió. En todo momento se debe enfatizar y alagar las áreas positivas que el estudiante mencione.

Dinámica de integración: Yo tengo un sueño

El profesional menciona que todos en la vida tenemos un sueño, unos se cumplen y otros no se cumplen, sin embargo lo más importante es nunca dejar de pensar en aquello que se desea lograr. Estos logros pueden estar relacionados con la familia, la escuela, un hobby o inclusive un trabajo a futuro. En la hoja de trabajo N° 1 se pide que describan tres sueños importantes que han tenido todo este tiempo, al igual que aquello que los motivó a soñarlos y porqué desean alcanzarlos.

Concluida la actividad se procede a indagar de manera voluntaria acerca de las respuestas dadas por los niños y se enfatiza en los puntos positivos. Es importante que este tema sea tratado de manera general pues en el próximo taller se explicará de forma detallada los pasos a cumplirse para lograr alcanzar metas y objetivos y por consecuente otorgar un sentido de vida al niño.

Dinámica 1: La confianza en mí: Dar a conocer que para lograr cualquier sueño es necesario tener confianza ya que esta es ineludible para enfrentarse a los desafíos básicos de la vida. De igual manera una gran señal de confianza es la Autoestima ya que ésta proporciona a la persona la capacidad de sentirse totalmente útil, digna/o, respetable y merecedora/o de felicidad. Por lo tanto, lo más importante para alcanzar sueños es pensar que soy totalmente capaz de lograr metas y objetivos. El valor de la autoestima radica en el hecho de que nos permite vivir mejor, responder a los desafíos y a las oportunidades con mayor ingenio y de forma apropiada, pero según como esta se encuentre será la responsable de muchos fracasos o éxitos ya que una autoestima adecuada vinculada con un concepto positivo de sí mismo potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentar el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja condicionará a la persona hacia la derrota o al fracaso.

Enfatizar la autoestima como sinónimo de confianza en los niños es importante para que estos logren elevar su sentido de vida y por ende sus expectativas. A continuación se entrega una hoja de trabajo y posteriormente se socializa en base a los resultados obtenidos.

Dinámica 2. Yo decido

Dar a conocer a los niños que ellos son los principales autores de sus vidas, que nadie más va a poder decidir por ellos así que por lo tanto ¡Ellos deciden! En la pizarra colocar un título que diga “¡Yo decido!” y solicitar que uno a uno los niños se acerquen y

escriban qué es lo que deciden hacer y para qué de ahora en adelante, por ejemplo: “Yo decido concentrarme en mis estudios para ser un gran ingeniero”, o “Yo decido ser más feliz para que mi familia sea feliz”. Al finalizar, cada uno de los niños lee su decisión en voz alta y el resto de los compañeros aplaude su decisión.

Cierre: Incentivar a los niños a llevar a cabo este cambio y motivarlos a asistir al último encuentro.

Hoja de trabajo N° 1



The worksheet features a decorative border with a scalloped edge. At the top center, there is a line drawing of a globe. Below the globe, the text "Yo tengo un sueño, que yo..." is written in a bold, sans-serif font. Underneath this text, there are ten horizontal lines for writing, arranged in a column.

Hoja de Trabajo N° 2



¿Qué crees que puedes ser en la vida?

¿Crees que eres capaz de lograr lo que te propones?

¿Qué crees que te limita a lograr lo que te propones?

¿Deseas que las barreras de tu mente limiten tus sueños?

¿Decides vencer tus límites?

¿Qué te motiva a vencer tus límites?

INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA GRUPAL

TALLER 4: ALCANZAR METAS

Objetivo General

- Incentivar a los niños a establecer metas y objetivos de vida a corto y largo plazo

Objetivos Específicos

- Ejecutar ejercicios básicos de visualización creativa
- Otorgar estrategias para la obtención de logros y metas a corto y largo plazo.

Enfoque:

- Método Clínico

Tiempo:

- Una hora y 30 minutos

Materiales:

- Hojas de trabajo
- Lápices

Responsable:

- Diego Yáñez

Desarrollo

Bienvenida: El profesional a cargo da la bienvenida a los niños y realiza un breve resumen acerca de lo aprendido durante el último encuentro. Posteriormente de manera voluntaria solicita a los participantes que den a conocer acerca de cómo les ha ido durante el transcurso de la semana y qué fue lo más importante que les sucedió. En todo momento se debe enfatizar y alabar las áreas positivas que el estudiante mencione.

Dinámica de integración: Cuando sea grande

Para el desarrollo de esta dinámica se divide al grupo en dos equipos iguales y se les solicita que piensen en aquello que desean ser cuando crezcan. Posteriormente se les pide que uno a uno a manera de mimo dé a conocer aquello que desean ser para que el resto de sus compañeros adivinen. El grupo con mayor cantidad de aciertos es el ganador.

Dinámica 1: Establecer una meta alcanzable

En primer lugar, se les pide a los niños que de manera puntual piensen en algo que desean hacer y alcanzar en su vida. Es importante dar a conocer que el lograr que los sueños se conviertan en realidad no es tarea fácil, pues requieren de mucho esfuerzo y confianza. De igual manera el cumplimiento de metas debe realizarse paso a paso ya que, por ejemplo, si mi objetivo es ser un médico, debo primeramente enfocarme en ser un buen estudiante, en investigar mucho acerca de temas fáciles de medicina e interesarme llegar al objetivo.

El profesional debe tomarse su tiempo para explicar cómo el dividir los sueños en pasos es esencial para alcanzar logros. De igual manera, se debe mencionar que los objetivos se dividen básicamente en tres tipos, a corto plazo, mediano plazo y largo plazo, y cada uno de ellos debe tener un objetivo en concreto, para ello se procederá a aplicar la Hoja de trabajo N° 1.

Manifiestar que todo el proceso no queda ahí, sino que es necesario establecer los pequeños pasos como ¿Cuándo lo haré? ¿Qué haré? Entre otros, para ello es importante aplicar la hoja de trabajo N° 2. Posteriormente es importante establecer puntualmente los pasos para alcanzar las metas, las mismas que se describirán en la hoja de trabajo N° 3.

Dinámica 2: Mi compromiso

Es importante que los estudiantes se comprometan a cumplir con sus nuevos objetivos y metas de vida, y para ello es necesario que elaboren un compromiso en el cual detallen las cosas que se comprometen a cumplir y posteriormente la coloquen en un lugar especial de su habitación. De igual manera se solicita a los participantes que uno a uno compartan su compromiso con la finalidad de fortalecer el vínculo entre el niño y aquello que desea hacer. Al manifestarlo en voz alta lleva a cabo no solo un deseo sino un decreto de lo que quiere alcanzar.

Cierre: Para concluir se realiza una breve recapitulación de todo lo aprendido y se enfatizan las anécdotas más relevantes para que los niños internalicen aún más el

proceso realizado. Se les invita a soñar y establecer metas concretas a corto y largo plazo con la finalidad de cumplir sus sueños y mantener siempre un objetivo de vida. De igual manera se hace un realce especial en las emociones positivas y su importancia.

Finalmente se proporciona una última hoja de trabajo y se les pide que la completen y la coloquen dentro de un libro especial para que la puedan leer y recordar siempre.

Hoja de Trabajo N° 1

MIS METAS

PASO 1 LO QUE DESEO HACER

Corto Plazo (Dentro de 6 meses)

Mediano plazo (2 años)

Largo Plazo (En los próximos 5 años)

Hoja de trabajo N° 2

**AQUI DEFINO MI META BIEN
(CUANDO, QUE, CUANTO, DONDE Y COMO)**

Específicamente, para mi meta a corto plazo:

Cuándo comenzaré:

Qué haré:

Cuánto haré:

Dónde lo haré:

Cómo lo haré:

Para mi meta a largo plazo:

Cuándo comenzaré:

Qué haré:

Cuánto haré:

Dónde lo haré:

Cómo lo haré:

Hoja de trabajo N° 3

PASOS PARA ALCANZAR MI META

<i>Mi meta</i>	
#5	
#4	
#3	
#2	
#1	

Hoja de trabajo N° 4

Contrato por escrito

Yo,

Me comprometo a

.....
.....
.....
.....

Firma

Firma

BIBLIOGRAFIA

- Acosta, H. M. (2011). *La depresión en la infancia y la adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo* . México : Arch. Neurocienc. .
- Alpizar, Y. (2010). *El papel de las emociones positivas en el desarrollo de la Psicología Positiva* . Costa Rica : Universidad de Costa Rica .
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Bados , A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos* . España : Universidad de Barcelona .
- Bellak , L., & Small , L. (2004). *Psicoterapia breve y de emergencia*. México : Pax México, novena reimpresión .
- Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A., Pérez-Fuentes, M. d., & Molero, M. d. (2015). Prevalencia de la depresión en España: Análisis de los últimos 15 años. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 267-279.
- Código de la Niñez y Adolescencia Libro Primero los Niños, Niñas y Adolescentes como Sujetos de Derechos. (03 de Enero de 2013). *Publicado por ley No. 100. en Registro Oficial* . Quito, Ecaudor: Congreso Nacional.
- Del Barrio, V. (septiembre- diciembre de 2010). La depresión infantil a la altura de nuestro tiempo. *Información Psicológica*(100), 49-59.
- Díaz, I. (2010). *Bases de la terapia de grupo* . México : Pax.
- Gardeta , A. (2012). *Análisis histórico crítico de la psicoterapia analítica breve* . Salamanca : Universidad de Salamanca .
- Garibay, J., Jiménez, C., Vieyra, P., Hernández, M., & Villalón, J. (2014). Disfunción familiar y depresión en niños de 8-12 años de edad. *Revista de Medicina e Investigación*, 2(2), 107-111.
- Gómez , P. (2013). *Psicoterapia breve constructivista* . México : Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia .

- González, C., Hermosillo, A., Vacio, M. d., Peralta, R., & Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 72(2), 149-155.
- Henao, M. (2013). *Del surgimiento de la psicología humanística a la psicología humanista - existencial de hoy* . Colombia : Revista Colombiana de Ciencias Sociales .
- Herrera, E., Losada, Y., Rojas, L., & Gooding, P. (enero-junio de 2009). Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Avances en Psicología Latinoamericana* , 27(1), 154-164.
- Hidalgo, O. (2012). *FACTORES ESCOLARES Y EXTRA-ESCOLAR que inciden en el FRACASO ESCOLAR DE LOS/AS ESTUDIANTES DE LA "UNIDAD EDUCATIVA EXPERIMENTAL MANUELA Cañizares*. Quito: Universidad Central del Ecuador.
- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121.
- Jonquera, A. A. (2006). *Fenomenología y psicoterapia humanista - existencial* . Chile: Universidad de Chile.
- LOEI. (2011). *Ley Orgánica de educación Intercultural* . Quito : Ministerio de Educación Del Ecuador .
- López, C., Alcántara, M., Fernández, V., Castro, M., & López, J. (julio de 2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8-12 años, mediante el CBCL. *Anales de Psicología*, 26(2), 325-334.
- Morris, C. M. (2013). *Psicología General* . Pearson Décima edición .
- MOSEIB. (2013). *Modelo del sistema de educación Intercultural y Bilingüe*. Quito: Ministerio de Educación .
- OMS. (2012). *Depresión* . Ginebra : OMS .
- Orgilés, M., Gómez, M., Piqueras, J. A., & Espada, J. P. (mayo-agosto de 2014). Relación entre el rendimiento escolar y la sintomatología depresiva en niños

- españoles. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12(33), 447.
- Pichot, P. (2005). *DSM-IV*. Ginebra : Masson .
- Ralph, E. (2012). *Depresión en niños y adolescentes* . California: Universidad de Nova Southeastern.
- Ramírez , H., & Díaz , C. A. (2010). *La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva*. Colombia : Universidad del Rosario.
- Ramirez, S. (julio-septiembre de 2013). Síntomas de ansiedad y depresión en pacientes pediátricos con cardiopatías congénitas. *Rev Esp Méd Quir*, 18(3), 260-263.
- Reinoso , A. B. (2013). *Los efectos de la psicoterapia grupal mediante técnicas psicodramáticas* . Ecuador : Universidad Central del Ecuador .
- Rivera, L., rivera, P., Pérez, B., Leyva, A., & De Castro, F. (mayo-junio de 2015). Factores individuales y familiares asociados con sintomatología depresiva en adolescentes de escuelas públicas de México. *Salud pública de méxico*, 57(3), 219-226.
- Rivero, E. (2014). *La psicología Humanista: sus orígenes y su significado en el mundo de la psicoterapia a medio siglo de existencia* . Chile: Universidad Adolfo Ibáñez .
- Rodríguez, M. (2010). Factores personales y familiares asociados a los problemas del comportamiento en niños. *Estudios de Psicología*, 27(4), 437-447.
- Saklofske, D., & Hildebrand, D. (2011). *Depresión en Children* . Bethesda: National Asociación School Psychology.
- Sánchez, R. S. (2011). *Prevalencia y factores de riesgo asociados a depresión infantil en niños/as de treinta y tres escuelas rurales de Cuenca* . Cuenca : Universidad de Cuenca .
- Serebrinsky, H. (2012). *Psicoterapia de grupo* . Buenos Aires: Scielo .
- Soutullo, C. M. (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente* . Editorial Médica Panamericana : Buenos Aires.
- Tomas, J. (2014). *Depresion en la infancia y en la adolescencia* . Barcelona : hum-ic D'HERBON.

- Ureña, J. (2013). *FACTORES DE RIESGO NEUROBIOLÓGICOS, FAMILIARES Y SOCIALES ASOCIADOS A LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES*. Costa Rica: UNIVERSIDAD DE COSTA RICA.
- Vaimberg, R. (2012). *Psicoterapia de grupo*. España : Octaedro .
- Vásques, C. (2012). *Una aproximación a la psicoterapia de Carl Rogers*. Vnet.
- Velásquez, S., & Zuluaga, L. (julio-diciembre de 2015). Factores relacionados con la depresión en pacientes pediátricos con cáncer y participación de la enfermera en su detección. *Duazary*, 12(2), 164-173.

ANEXOS

Anexo 1: Certificación del director de la unidad educativa



UNIDAD EDUCATIVA INTERCULTURAL BILINGÜE "PROVINCIA DE CHIMBORAZO"



CERTIFICACIÓN

En calidad de Director de la Unidad Educativa Intercultural Bilingüe #Provincia de Chimborazo", de la ciudad de Ambato.

CERTIFICO

Que el señor Diego Fernando Yáñez Ortiz, con cédula número 180433976-8, estudiante de DÉCIMO Semestre de la Escuela de Psicología, Especialidad Psicología Clínica, de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador – Sede Ambato, realizó la aplicación de campo de la elaboración de Trabajo de Investigación, previa a la obtención de su título profesional, en este establecimiento educativo.

Esto es cuanto puedo certificar, autorizando al interesado hacer uso del presente en que creeré conveniente.

Ambato, 29 de junio de 2016

Dr. Bernardo Chango Jerez

DIRECTOR DE LA UEIB "PROVINCIA DE CHIMBORAZO"



Anexo 2: ficha de observación

Tema de investigación:.....
.....

Motivo de observación:
.....
.....
.....

Institución:
.....
.....

Contexto/lugar de observación
.....
.....
.....

Miembros participantes:.....
.....

Número de Ficha:

FICHA DE REGISTRO ANTES DE LA APLICACIÓN DE LOS TALLERES

<i>FICHA DE OBSERVACIÓN</i>				
1. DATOS GENERALES				
Nombre:				
Edad:	Sexo:	Fecha:	Tiempo de Observación	Observador:
Curso:			Paralelo:	
ESPACIO FÍSICO			VALORACIÓN	
			Muy Bueno	Bueno
Tamaño				

Número de niños por aula					
Ventilación					
Distractores:					
Iluminación:					
Estado general de materiales de trabajo. (PIZARRON, PUPITRES ...)					
CONDUCTAS OBSERVADAS SEGÚN CIE 10					
a) Esfera afectiva y Conductual:				Si	No
Irritabilidad: se presenta irritable sin causa aparente					
Agresividad: me muestra agresivo con sus compañeros de clase					
Agitación psicomotriz: se presenta inquieto la mayor parte de tiempo					
Inhibición: Se observa retraído, inhibido y poco participativo en la clase.					
Astenia: Se observa cansado, con fatiga, debilidad física y psíquica.					
Tristeza: Pasa pensativo en clases, suspira, tiene llanto fácil					
Aburrimiento: Realiza otras actividades distintas a la de clases					
Apatía: No muestra o expresa emociones en ninguna situación					
b) Esfera cognitiva y actividad escolar				Si	No
Desvalorización personal: No aprecia su propio trabajo					
Falta de concentración: Se distrae fácilmente con cualquier objeto o sonido.					
Disminución de rendimiento escolar: Baja participación en clases, descuido en tareas.					
Fobia escolar: Tiene miedo de ingresar al instituto educativo					
Trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales.					
C) Esfera Somática:				Si	No
Cefalea: Se queja frecuentemente de dolor de cabeza					
Dolor abdominal: Se queja frecuentemente de dolor abdominal					
Trastornos del control de esfínteres: En alguna ocasión no contuvo el deseo de ir al baño.					
trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia): Existe malestar por falta de sueño					
No alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito					

Anexo 3: Cuestionario de depresión infantil

Nombre _____ **Fecha** _____
Unidad/Centro _____ **Nº Historia** _____
Edad: ____ años ____ meses. **Sexo** _____ **Curso escolar** _____

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL - CDI-

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

1	Estoy triste de vez en cuando.	9	No pienso en matarme
	Estoy triste muchas veces.		pienso en matarme pero no lo haría
	Estoy triste siempre.		Quiero matarme
2	Nunca me saldrá nada bien	10	Tengo ganas de llorar todos los días
	No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.		Tengo ganas de llorar muchos días
	Las cosas me saldrán bien		Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
3	Hago bien la mayoría de las cosas.	11	Las cosas me preocupan siempre
	Hago mal muchas cosas		Las cosas me preocupan muchas veces
	Todo lo hago mal		Las cosas me preocupan de cuando en cuando
4	Me divierten muchas cosas	12	Me gusta estar con la gente
	Me divierten algunas cosas		Muy a menudo no me gusta estar con la gente
	Nada me divierte		No quiero en absoluto estar con la gente
5	Soy malo siempre	13	No puedo decidirme
	Soy malo muchas veces		Me cuesta decidirme
	Soy malo algunas veces		Me decido fácilmente
6	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.	14	Tengo buen aspecto
	Me preocupa que me ocurran cosas malas.		Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan
	Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles		Soy feo
7	Me odio	15	Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
	No me gusta como soy		Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
	Me gusta como soy		No me cuesta ponerme a hacer los deberes
8	Todas las cosas malas son culpa mía.	16	Todas las noches me cuesta dormirme
	Muchas cosas malas son culpa mía.		Muchas noches me cuesta dormirme
	Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.		Duermo muy bien

17	Estoy cansado de cuando en cuando	23	MI trabajo en el colegio es bueno
	Estoy cansado muchos días		MI trabajo en el colegio no es tan bueno como antes
	Estoy cansado siempre		Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien
18	La mayoría de los días no tengo ganas de comer	24	Nunca podré ser tan bueno como otros niños
	Muchos días no tengo ganas de comer		Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños
19	Como muy bien	25	Soy tan bueno como otros niños
	No me preocupa el dolor ni la enfermedad		Nadie me quiere
	Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad		No estoy seguro de que alguien me quiera
20	Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad	26	Estoy seguro de que alguien me quiere
	Nunca me siento solo		Generalmente hago lo que me dicen
	Me siento solo muchas veces		Muchas veces no hago lo que me dicen
21	Me siento solo siempre	27	Nunca hago lo que me dicen
	Nunca me divierto en el colegio		Me llevo bien con la gente
	Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando		Me peleo muchas veces
22	Me divierto en el colegio muchas veces		Me peleo siempre
	Tengo muchos amigos		
	Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más		
	No tengo amigos		



Anexo 4: Entrevista a los docentes 1

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
PROYECTO DE INVESTIGACION**

“Modelo de Psicología Positiva Grupal para disminuir niveles de depresión de niños de Educación Básica Media”

AUTOR:

Diego Yáñez

DIRECTORA:

Psc. Marlene Macías

OBJETIVO:

El objetivo de la entrevista Semi-estructurada a los docentes es revalidar los datos aportados por las fichas de observación individuales

La información obtenida será confidencial

**ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A LOS
DOCENTES**

DATOS GENERALES:

Nombre del Docente:

Nivel Escolar:

Edad:

Número de niños investigados:

INSTRUCCIONES:

- Responda cada una de las preguntas:

CUESTIONARIO

1. ¿Ud. se ratifica en que los datos obtenidos a través de la ficha de observación individual corresponde a las conductas de los niños investigados?			
Si		No	
2. ¿Ud. Se ratifica en que el grupo de niños investigados tiende a repetir la mayor parte del tiempo frases negativas sobre sí mismo?			
Si		No	
3. ¿Ud. Se ratifica en que el grupo de niños investigados tiende a repetir actitudes ya sea de frustración, irritabilidad o agresividad la mayor parte del tiempo?			
Si		No	
4. ¿Se ratifica Ud. que las relaciones de los niños investigados son más compatible con la introversión que con la extroversión?			
Si		No	
5. ¿Cómo catalogaría el rendimiento del primer Quimestre de los niños investigados?			
Muy Bueno	Bueno	Regular	Malo
Explique por qué:			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Anexo 5: Entrevista a los docentes 2

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR SEDE
AMBATO**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA
PROYECTO DE INVESTIGACION**

**“Modelo de Psicología Positiva Grupal para disminuir niveles de depresión de niños de
Educación Básica Media”**

AUTOR:

Diego Yánez

DIRECTORA:

Psc. Marlene Macías

OBJETIVO:

El objetivo de la entrevista Semi-estructurada a los docentes es determinar la presencia o ausencia de cambios conductuales en los niños investigados, después del proceso psicoterapéutico breve.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUCTURADA A LOS DOCENTES

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

INSTRUCCIONES: Escoja uno de los literales:

1. ¿Ud. Ha observado cambios en los niños investigados, después de la Psicoterapia Breve?			
Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
2. ¿los niños repiten frases negativas sobre si mismos?			
Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
3. Las reacciones de los niños investigados, en clases son más compatibles con la introversión o la extroversión			
Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
4. ¿Los niños repiten actitudes ya sea de frustración, irritabilidad o agresividad?			
Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Nunca
5. ¿Cómo catalogaría el rendimiento de los niños en el segundo Quimestre?			
Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
6. ¿Considera Ud. que el trabajo psicoterapéutico breve fue útil en el proceso de enseñanza – aprendizaje de los niños investigados?			
Muy Útil	Útil	Regularmente útil	Nada Útil
Explique por qué:			
.....			
.....			

.....
.....
.....

Anexo 6: Datos sociodemográficos

1.- ORGANIZACIÓN FAMILIAR

QUIENES VIVEN CON EL NIÑO		
Padre y madre	10	40%
Padrastra o madrastra	5	20%
Hermanos	7	28%
Otros	3	12%

2. – RELACION DE LOS PADRES

Casados	10	40%
Unión Libre	8	32%
Divorciados	7	28%

3.- NIVEL SOCIO ECONÓMICO DEL HOGAR

Muy bueno	3	12%
Bueno	5	20%
Regular	12	48%
Malo	5	20%

4.- LA VIVIENDA QUE HABITA ES:

Propia	2	8%
Arrendada	8	32%
Compartida	10	40%
Prestada	4	16%
Otros	1	4%

5.- ESTADO GENERAL DE SALUD

Bueno	15	60%
Regular	8	32%
Malo	2	8%

6.- CUANDO ESTÁ ENFERMO ACUDE A:

Médico Público	20	80%
Médico Privado	0	0%
Remedio Casero	3	12%
Sin control	2	8%

Validación de la entrevista 1

1. ¿Ud. se ratifica en que el dato obtenido a través de la ficha de observación individual corresponde a las conductas de los niños investigados?
2. ¿Ud. Se ratifica en que el grupo de niños investigados tiende a repetir la mayor parte del tiempo frases negativas sobre sí mismo?
3. ¿Ud. Se ratifica en que el grupo de niños investigados tiende a repetir actitudes ya sea de frustración, irritabilidad o agresividad la mayor parte del tiempo?
4. ¿Se ratifica Ud. que las relaciones de los niños investigados son más compatible con la introversión que con la extroversión?
5. ¿Cómo catalogaría el rendimiento del primer Quimestre de los niños investigados?

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

K= Número de ítems

Vi= varianza individual

Vt= varianza Total

RESUMEN

Grupos	Cuenta	Suma	Promedio	Varianza
Columna 1	5	98	19,6	69,8
Columna 2	5	27	5,4	64,8

ANÁLISIS DE VARIANZA

Origen de las variaciones	Suma de cuadrados	Grados de libertad	Promedio de los cuadrados	F	Probabilidad	Valor crítico para F
Entre grupos	504,1	1	504,1	7,49034175	0,025	5,31765507
Dentro de los grupos	538,4	8	67,3		5735	

Total	1042,5	9
-------	--------	---

Anexo 7. Validación de la entrevista 2

1. ¿Ud. Ha observado cambios en los niños investigados, después de la Psicoterapia Breve?
2. ¿los niños repiten frases negativas sobre si mismos?
3. Las reacciones de los niños investigados, en clases son más compatibles con la introversión o la extroversión
4. ¿Los niños repiten actitudes ya sea de frustración, irritabilidad o agresividad?
5. ¿Cómo catalogaría el rendimiento de los niños en el segundo Quimestre?
6. ¿Considera Ud. que el trabajo psicoterapéutico breve fue útil en el proceso de enseñanza – aprendizaje de los niños investigados?

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

K= Número de ítems

Vi= varianza individual

Vt= varianza Total

Análisis de varianza de un factor

RESUMEN

<i>Grupos</i>	<i>Cuenta</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
Columna 1	6	0	0	0
Columna 2	6	1	0,16666667	0,16666667
Columna 3	6	83	13,83333333	38,96666667
Columna 4	6	67	11,16666667	38,96666667

ANÁLISIS DE VARIANZA

<i>Origen de las variaciones</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Valor crítico p</i>

Entre grupos	946,458333	3	315,486111	16,1580595	1,4328E-05	3,0983
Dentro de los grupos	390,5	20	19,525			
Total	1336,95833	23				

Consistencia del Test

RESUMEN

<i>Grupos</i>	<i>Cuenta</i>	<i>Suma</i>	<i>Promedio</i>	<i>Varianza</i>
Columna 1	136	55	0,40441176	0,36116558
Columna 2	136	31	0,22794118	0,23654684
Columna 3	136	46	0,33823529	0,37363834
Columna 4	136	51	0,375	0,325
Columna 5	136	52	0,38235294	0,38605664
Columna 6	136	48	0,35294118	0,40784314
Columna 7	136	50	0,36764706	0,32309368
Columna 8	136	39	0,28676471	0,32456427
Columna 9	136	26	0,19117647	0,30392157
Columna 10	136	34	0,25	0,3962963
Columna 11	136	56	0,41176471	0,37734205
Columna 12	135	26	0,19259259	0,2909895
Columna 13	136	62	0,45588235	0,41285403
Columna 14	136	53	0,38970588	0,3877451
Columna 15	136	71	0,52205882	0,42913943
Columna 16	136	26	0,19117647	0,27429194
Columna 17	136	35	0,25735294	0,3703159
Columna 18	136	49	0,36029412	0,33589325
Columna 19	136	66	0,48529412	0,37015251
Columna 20	136	25	0,18382353	0,28447712
Columna 21	136	43	0,31617647	0,35114379
Columna 22	136	66	0,48529412	0,35533769
Columna 23	136	55	0,40441176	0,31672113
Columna 24	136	21	0,15441176	0,22042484
Columna 25	136	63	0,46323529	0,30974946
Columna 26	136	50	0,36764706	0,3379085

ANÁLISIS DE VARIANZA

<i>Origen de las variaciones</i>	<i>Suma de cuadrados</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>Promedio de los cuadrados</i>	<i>F</i>	<i>Probabilidad</i>	<i>Valor crítico para F</i>
Entre grupos	38,1619107	25	1,52647643	4,47799469	9,866E-13	1,50924357
Dentro de los grupos	1196,16171	3509	0,34088393			

Total	1234,32362	3534
-------	------------	------
