



UNIVERSIDAD DEL ACONCAGUA

Facultad de Psicología

- TESINA DE LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA -

Relación entre dimensiones de ansiedad y depresión, y emociones positivas en una muestra de niños y niñas de 8 a 12 años.

Tesista: Mucarcel, M. Guillermina

Director: Dr. Leandro, Casari

Co-directora: Dra. Daher, Celeste

**Mendoza, Argentina
2019**

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL

Presidente:

Vocal:

Vocal:

Profesor invitado: Dr. Casari, Leandro

NOTA

AGRADECIMIENTOS

Dedico este trabajo final a todas las personas que me acompañaron incondicionalmente durante el tránsito de esta formación profesional. A quienes dejaron sus huellas en mi camino, guiando y conduciéndome en el aprendizaje.

A toda mi familia .

Principalmente a mi mamá y a mi papá, quienes sostuvieron con esfuerzo, amor y paciencia esta formación.

A mi hermano, ejemplo guía de perseverancia y logro.

A mi compañero de vida, que juntos intentamos día a día acomodarnos para que cada uno logre sus objetivos.

A mi hijo, quien revolucionó mi tiempo y dirección para que mi vocación tenga aún más co-razón.

A las hermanas que me dio la vida, que desearon tanto como yo que culmine este ciclo.

Gracias a todas y a todas, por las palabras de aliento, la escucha, el silencio, el ruido, la paciencia, el sostén, la guía y el profundo amor que siempre me transmiten.

Y en especial gratitud a la vida, que con desafíos he aprendido a adorarla. Sé que me llevará por nuevas puertas de esta espiral para continuar aprendiendo y desarrollándome como ser humana y profesional de la salud.

RESUMEN

La presente investigación se desarrolló en el marco del proyecto de investigación titulado “*Adaptación de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) en escolares del Gran Mendoza*”, el cual es financiado por la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua (Res. N° 546/17).

La tesina tuvo por objetivo principal analizar la relación y asociación entre dimensiones de ansiedad y depresión y las emociones positivas, en una muestra intencional no probabilística de 110 niños y niñas de escuelas de Mendoza. De allí se desprendieron tres objetivos específicos que guían el estudio, el primero, evaluar si existen asociaciones significativas entre las dimensiones del RCADS y las variables sociodemográficas de sexo y edad. El segundo consistió en evaluar si existen asociaciones significativas entre las variables de emociones positivas y las variables sociodemográficas de sexo y edad. Finalmente el tercero fue evaluar si existe asociación entre dimensiones de ansiedad y depresión con las emociones positivas en escolares.

Los instrumentos utilizados fueron la Escala revisada de ansiedad y depresión infantil (Sandín, Valiente y Chorot, 2009) y el Cuestionario Infantil de emociones positivas (Oros, 2014). Los resultados obtenidos muestran una *correlación negativa* entre dichas variables, es decir a medida que los indicadores de ansiedad y depresión aumentaban, las emociones positivas disminuían.

La presente investigación intentó arrojar luz sobre una cuestión poco examinada, ya que si bien abundan los estudios que analizan y afirman el rol de los trastornos mentales sobre los comportamientos sociales, la influencia de las emociones positivas ha sido menos tenida en cuenta a pesar de sus meritorias influencias en la salud psicosocial de los niños y niñas

Palabras claves: emociones positivas, ansiedad, depresión, niños y niñas.

ABSTRACT

This research was developed within the framework of the investigation project entitled "Adaptation of the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) in school children of Greater Mendoza", which is funded by the School of Psychology, Aconcagua University (Res. No. 546/17).

The main objective of the thesis was to analyze the relationship and association between dimensions of anxiety and depression and positive emotions, in a non-probabilistic intentional sample of 110 boys and girls from schools in Mendoza. From there, three specific objectives that guide the study emerged: first, to evaluate if there are significant associations between the dimensions of the RCADS and the sociodemographic variables of sex and age. The second consisted of evaluating whether there are significant associations between the variables of positive emotions and the sociodemographic variables of sex and age. Finally, the third was to evaluate if there is an association between dimensions of anxiety and depression with positive emotions in schoolchildren.

The instruments used were the Revised Child Anxiety and Depression Scale (Sandín et al., 2009) and the Positive Emotions Child Questionnaire (Oros, 2014). The results obtained show a negative correlation between these variables, that is, as the indicators of anxiety and depression increased, the positive emotions decreased.

The present investigation tried to shed light on a little-examined issue, since although the studies that analyze and affirm the role of the mental disorders on the social behavior abound, the influence of the positive emotions has been less taken into account in spite of its meritorious influences on the psychosocial health of children.

Keywords: positive emotions, anxiety, depression, children

INDICE

Título	2
Hoja de Evaluación	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Abstract	6
Índice	7
Introducción	9
Primera Parte: Marco teórico	13
<u>CAPÍTULO I</u>	14
1. Clasificación de ansiedad y depresión en niños (manuales de psicopatología: DSM-V; CIE-10).....	15
1.1 DSM-5.....	15
1.1.1 Clasificación de los trastornos correspondientes al DSM-5.....	16
1.1.2 Modificaciones del DSM-5.....	17
1.2 CIE-10.....	18
1.2.1 Clasificación de los trastornos correspondientes a la CIE-10.....	19
1.3 Desarrollo de los trastornos evaluados en el RCADS.....	21
1.3.1 Trastorno de ansiedad por separación.....	21
1.3.2 Trastorno de ansiedad social.....	23
1.3.3 Trastorno de pánico.....	23
1.3.4 Trastorno de ansiedad generalizada.....	24
1.3.5 El trastorno obsesivo compulsivo.....	25
1.3.6 Trastorno depresivo mayor.....	27
2. Prevalencia – epidemiología en niños y niñas.....	28
2.1 - Prevalencia de la depresión infantil.....	29
2.2 - Prevalencia de la ansiedad infantil.....	30
3. Comorbilidad.....	31
4. Evaluación de ansiedad y depresión infantil.....	32
4.1 - Instrumentos psicométricos para niños.....	33
4.1.1 - SCAS.....	33
4.1.2 - STAIC.....	34
4.1.3 - ASIC.....	34
4.1.4 - CDI.....	34
4.1.5 - ASEBA.....	35
4.1.5.1 - CBCL.....	36

4.1.6 - RCADS	36
4.1.6.1 - Historia del RCADS.....	37
4.6.1.2 - Versiones del RCADS.....	38
4.1.6.3 - Estudios que respaldan su validez.....	39
<u>CAPÍTULO II</u>	43
1. - Emociones Positivas	44
1.1 - Definiciones y modelos.....	44
1.1.1 - La teoría del flujo.....	49
1.1.2 - Modelo de bienestar psicológico.....	49
1.1.3 - Modelo de Ampliación y Construcción	50
2. - Emociones Positivas en la infancia.....	51
3. - Evaluación de EP en infancia.....	53
3.1 -Cuestionario de EP en infancia.....	53
3.1.1 - Cuestionario Multidimensional de empatía para niños de 9 a 12 años.....	54
3.1.2 - Cuestionario PANAS.....	54
3.1.3 - Cuestionario de Gratitud para niños de 9 a 13 años.....	55
3.1.4 - Cuestionario Infantil de emociones positivas (Oros, 2014).....	55
<u>CAPÍTULO III</u>	56
1 - Relación entre depresión y ansiedad y emociones positivas.....	57
1.1 - Investigaciones.....	58
1.2 - Relación en la infancia.....	62
1.3 - Terapia basada en la aplicación de psicología positiva.....	63
Segunda Parte: Marco Metodológico	65
<u>CAPÍTULO IV</u> : Aspectos metodológicos.....	66
Tercera Parte: Resultados.....	71
<u>CAPÍTULO V</u> : Presentación de resultados.....	72
<u>CAPÍTULO VI</u> : Discusión de resultados.....	79
<u>CAPÍTULO VII</u> : Conclusiones.....	85
Referencias bibliográficas	88
Anexos	99

INTRODUCCIÓN

El término “psicología positiva” fue desarrollado por Martin Seligman, investigador que dedicó gran parte de su carrera al estudio de los trastornos mentales. Con el paso de los años realizó un giro radical en su orientación teórica, elaborando y promoviendo una concepción más positiva del ser humano. Esta rama de la psicología, de la cual es el uno de sus principales exponentes, tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías (Vera Poseck, 2006).

La psicología positiva se define por Seligman como el estudio científico de las experiencias y rasgos individuales positivos, las instituciones que así también promueven su desarrollo y los programas que se crean con el fin de ayudar a mejorar la calidad de vida de los seres humano. Y es así como previene o reduce la incidencia de la psicopatología. Es definida también como el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, las cuales nos permiten abrir nuevos campos de percepción sobre las potencialidades de los individuos, sus capacidades y motivaciones (Sheldon & King, 2001 citado en Contreras y Esguerra, 2006).

Dentro de este amplio campo, podemos mencionar como concepto central el de las emociones positivas (Seligman, 2003 citado en Vera Poseck, 2006), que pueden centrarse en el futuro, presente o pasado. En cuanto lo que respecta al futuro se hayan emociones como el optimismo, la esperanza, la fe, y la confianza. Las que se vinculan con el presente son la alegría, la tranquilidad, el entusiasmo, la euforia, el placer y la más importante lo que Seligman llama al flow, fluir, o experiencia óptima, que incluye felicidad, competencia percibida e interés intrínseco por la actividad realizada. Finalmente, entre las emociones pertenecientes al pasado, se incluyen la satisfacción, la complacencia, la realización personal, el orgullo y la serenidad. Estos tres aspectos emocionales son distintos y no necesariamente se encuentran relacionados (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000 citado en Contreras y Esguerra, 2006).

Las emociones, son estados mentales y afectivos que comprenden sentimientos, cambios fisiológicos, expresiones corporales y tendencias a actuar de una manera precisa (Frijda, Manstead, & Bem, 2000 citado en Oros, 2009).

Las emociones positivas en particular son aquellas en las que predomina la vivencia de goce o bienestar (Lucas, Diener, & Larsen, 2003 citado en Oros, 2009). Mientras que emociones negativas se caracterizan por una experiencia afectiva desagradable y una alta activación fisiológica, estas son por ejemplo el miedo-ansiedad, la ira, la tristeza-depresión y el asco (Piqueras, Martínez, Ramos y Oblitas Guadalupe, 2009).

Estas últimas son las más estudiadas en relación con el proceso salud-enfermedad (Piqueras et al., 2009). Debido a la orientación tradicional de la psicología, se cuenta con conocimientos sólidos sobre los efectos de este tipo de emociones sobre los llamados trastornos de salud mental y física. Sin embargo, por el contrario, el objetivo concreto de la psicología positiva en el ámbito clínico y de la salud, es estudiar las fortalezas y las virtudes humanas, así como los efectos que éstas tienen sobre los individuos y la sociedad (Cuadra & Florenzano, 2003). Seligman (2005) considera que aproximarnos a las emociones positivas es una herramienta de prevención muy valiosa, ya que las mismas actúan como barrera contra los trastornos psicológicos y pueden contribuir de manera importante con la capacidad de recuperación.

Continuando esta línea de pensamiento, Greco (2010) expone que la gran parte de los avances realizados en lo que respecta a la salud y la enfermedad han sido en torno a la investigación, el conocimiento y el abordaje de la enfermedad, con lo cual si bien han mejorado considerablemente las estrategias de prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, se ha descuidado, en cierto modo, el abordaje de la salud. Es por esta razón que resulta importante establecer el lazo y crear un puente entre la salud y la enfermedad, para comprender la importancia que tiene la salud y el bienestar previo al proceso de enfermedad.

Por otro lado, los síntomas de trastornos de ansiedad y depresión son los problemas psicológicos más prevalentes, tanto en adultos como en niños y adolescentes (Sandín et al., 2009).

La ansiedad según Cía (2002) consiste en un estado de malestar psicofísico caracterizado por la inquietud y por una inseguridad o temor ante lo que se vivencia como una amenaza inminente, y la depresión se caracteriza principalmente por extensos periodos de tristeza que generan consecuencias cognitivas y conductuales en personas. Ambas provocan pérdida de interés en las actividades, afectan los hábitos alimenticios, de sueño, presentan incapacidad para disfrutar y deterioran la vida social de quienes se ven afectados por ellas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La presente investigación pretende visibilizar indicadores de ansiedad y depresión en la población infantil, y como también de las emociones positivas que dan cuenta de los recursos y fortalezas de los niños y niñas. La muestra estudiada pertenece a la infancia intermedia, etapa caracterizada por notables cambios y progresos tanto en la esfera física, como en la cognitiva y social (Greco, 2010).

Oros (2008) considera que la promoción de emociones positivas no consiste en reemplazar las emociones negativas por las positivas sino en lograr un mejor balance entre ambas. Por lo tanto, resulta fundamental incorporar, estimular y/o fortalecer el desarrollo de las emociones positivas en los programas de promoción de salud mental.

Esta tesina se desarrolló en el marco del proyecto de investigación titulado “*Adaptación de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) en escolares del Gran Mendoza*”, el cual es financiado por la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua (Res. N° 546/17). En dicho proyecto se estudió la relación entre los trastornos evaluados a través de la RCADS y su asociación con las emociones positivas presentes en la población infantil no clínica.

De esta forma, el interés del presente trabajo de tesina reside en analizar la relación y asociación entre dimensiones de ansiedad y depresión y las emociones positivas, en niños y niñas de 8 a 12 años de la provincia de Mendoza. Específicamente, escolares de 4°, 5° y 6° grado de dos escuelas del Gran Mendoza. Se cuenta con datos de dos escuelas que han completado los instrumentos, sumando un total de 110 niños y niñas, cuya composición por sexo fue 62 niñas (56,4 %) y 48 niños (43,6 %). Las edades oscilaron finalmente entre 9 a 12 años, con una media de 10,38 (DE: ,93). Los niños cursaban en dos escuelas públicas de Mendoza (una de San Martín y otra de Godoy Cruz), asistiendo al turno mañana la mayoría de ellos (n= 78), mientras que los demás asistían al turno tarde (n= 32).

Se espera de esta manera generar un aporte relevante al campo de la investigación en psicología debido a que permitirá conocer que la presencia de ciertos indicadores de ansiedad y depresión en la población estudiada podría asociarse a la ausencia o disminución de emociones positivas. Y a su vez darle la importancia que requiere al fomento de la práctica y estudio de las emociones positivas en niños y niñas.

El presente trabajo ha sido organizado de la siguiente manera:

La Primera Parte trata sobre el Marco Teórico de la temática. En el Capítulo I se desarrolla lo pertinente a las variables de depresión y ansiedad. El Capítulo II abarca así mismo acerca de las emociones positivas. Finalmente, el Capítulo III se estudia e investiga la relación entre ansiedad, depresión y emociones positivas.

La Segunda Parte consiste en los Aspectos Metodológicos de la investigación, en la que se describen los objetivos, el diseño, la muestra, el instrumento y el procedimiento y análisis de datos.

La Tercera Parte consiste en la Presentación de Resultados y su correspondiente Discusión.

Por último, se incluyen las Conclusiones en función del análisis de los resultados obtenidos y los aportes y apreciaciones personales respecto a la investigación realizada.

Primera Parte

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

1. Clasificación de ansiedad y depresión en niños (manuales de psicopatología: DSM-V; CIE-10)

Para remitirse a la clasificación de ansiedad y depresión en niños y niñas, se expondrá a continuación la información brindada por las dos clasificaciones más difundidas. Se desarrollarán posteriormente aquellas en las que se vean incluidos los trastornos evaluados en el RCADS. Por un lado, la CIE-10, la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud. Por el otro, el DSM-5, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría.

1.1 DSM-5

El manual diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales (en adelante “DSM”), de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), es una clasificación de trastornos mentales con criterios asociados creado para facilitar un diagnóstico más fiable de estos trastornos. Se ha convertido en un referente para el ámbito clínico del campo de salud mental, con las ediciones en los últimos 60 años. El DSM busca servir de guía práctica, funcional y flexible para organizar la información que facilite en el diagnóstico y el tratamiento de los trastornos mentales. Es también una fuente educativa para los estudiantes y una referencia para investigadores del ámbito (American Psychiatric Association, 2013).

1.1.1 Clasificación de los trastornos correspondientes al DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Los trastornos de ansiedad se diferencian entre sí según el tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada. Pese a que los trastornos de ansiedad tienden a ser altamente comórbidos entre sí, pueden ser diferenciados a través de un análisis detallado del tipo de situaciones que se temen o se evitan y del contenido de los pensamientos o creencias asociados (American Psychiatric Association, 2013).

Para la mayoría de los trastornos de ansiedad, las diferencias entre los criterios de diagnóstico para niños, niñas y adultos, se tienen en cuenta las observaciones sobre, la duración,

diferencias en el tipo de los síntomas, o información sobre el exceso del miedo (Beesdo, Knappe, y Pine, 2009).

La clasificación correspondiente a los trastornos de ansiedad es la siguiente:
Trastorno por ansiedad de separación
Mutismo selectivo
Fobia específica
Trastorno de ansiedad social (fobia social)
Agorafobia
Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias o medicaciones
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
Otros trastornos de ansiedad especificados
Otros trastornos de ansiedad no especificados
La clasificación correspondiente a los trastornos obsesivos-compulsivos y otros trastornos relacionados es la siguiente:
Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno dismórfico corporal
Trastorno de acumulación
Tricotilomanía
Trastorno de excoriación
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados inducidos por sustancias/ medicamentos
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno, relacionados debidos a otra afección médica
Otros trastornos obsesivo-compulsivos y trastornos relacionados especificados
Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados no especificados

Si bien la depresión infantil ha existido siempre, de acuerdo con Del Barrio (1990), fue considerada un concepto psicopatológico en 1977 por el Congreso Nacional del Instituto de Salud Mental, pero no fue hasta 1980 que se introdujo así, en el manual del DSM-III. Lo que todos

los trastornos depresivos tienen en común es el ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo y la diferencia se trata de la duración (Echeburúa, Salaberría, Karmele, y Cruz-Sáez, 2014).

La clasificación correspondiente a los trastornos depresivos es la siguiente:
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo
Trastorno de depresión mayor
Trastorno depresivo persistente (distimia)
Trastorno disfórico premenstrual
Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento
Trastorno depresivo debido a otra afección médica
Otro trastorno depresivo especificado
Otro trastorno depresivo no especificado

1.1.2 Modificaciones del DSM-5

Recientes cambios importantes han sido expuestos en el nuevo manual DSM-5, incluido el capítulo de los trastornos de ansiedad, el cual supone un reagrupamiento distinto de los cuadros clínicos indicados en la edición anterior. Lo más característico es la exclusión del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), que ahora se describen en capítulos propios e independientes para recalcar el carácter distintivo de la recurrencia del suceso traumático en el caso del TEPT o el de las obsesiones en el caso del TOC. Lo que se incluye en este capítulo son las fobias (social, específica y agorafobia), el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada y, además, el trastorno de ansiedad de separación y el mutismo selectivo, que figuraban en el DSM-IV-TR en el apartado de trastornos de inicio en la infancia (Echeburúa, et al., 2014).

De las diferentes modificaciones realizadas entre el DSM IV al DSM-5, el capítulo de trastornos depresivos se ha separado del capítulo anterior: Trastorno bipolar y trastornos relacionados.

Ha sido dejada de lado la clasificación bajo la cual se adscribían los trastornos que se identificaban con el inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y se ha ampliado la posibilidad de identificar en adultos aquellos trastornos que tradicionalmente eran considerados como infanto-juveniles. El DSM-5 sustituye dicho grupo por el grupo denominado Trastornos del Neurodesarrollo, en el que se incluyen las discapacidades intelectuales, los trastornos de la comunicación, el trastorno del espectro autista, el trastorno de déficit atencional con y sin hiperactividad, el trastorno específico del aprendizaje, y los trastornos motores, a su vez, no se codifican en este nuevo grupo los trastornos del antiguo grupo infanto-juvenil referidos a conductas perturbadoras, ingestión y conducta alimentaria, eliminación, ansiedad de separación, mutismo selectivo y apego (Sandín, 2013).

1.2 CIE-10

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión (CIE-10) fue respaldada por la Cuadragésima Tercera Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1990 y se empezó a usar en los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) a partir de 1994 (WHO, 2000).

El propósito de la CIE es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas. La CIE se utiliza para convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información (World Health Organization, 2000).

1.2.1 Clasificación de los trastornos correspondientes a la CIE-10 (World Health Organization, 2000).

La clasificación que brinda la CIE 10 (World Health Organization, 2000) correspondiente a los trastornos depresivos es la siguiente:
F32 - Episodios depresivos.
F32.0 - Episodio depresivo leve.
F32.1 - Episodio depresivo moderado.
F32.2 - Episodio depresivo sin síntomas psicóticos.
F32.3 - Episodio depresivo con síntomas psicóticos.
F32.3 - Episodio depresivo con síntomas psicóticos.
F32.8 - Otros episodios depresivos.
F32.9 - Episodio depresivo sin especificación.
F33 - Trastorno depresivo recurrente.
F33.0 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual leve.
F33.1 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual moderado.
F33.2 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave sin síntomas psicóticos.
F33.3 - Trastorno depresivo recurrente, episodio actual grave con síntomas psicóticos.
F33.4 - Trastorno depresivo recurrente actualmente en remisión.
F33.8 - Otros trastornos depresivos recurrentes.
F33.9 - Trastorno depresivo recurrente sin especificación.

La clasificación que brinda la CIE 10 (World Health Organization, 2000) correspondiente a los trastornos de ansiedad es la siguiente:
F40-49 - Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.
F40 - Trastornos de ansiedad fóbica.

F40.0 - Agorafobia.
F40.1 - Fobias sociales.
F40.2 - Fobias específicas (aisladas).
F40.8 - Otros trastornos de ansiedad fóbica.
F40.9 - Trastorno de ansiedad fóbica sin especificación.
F41 - Otros trastornos de ansiedad.
F41.0 - Trastorno de pánico (ansiedad paroxística episódica).
F41.1 - Trastorno de ansiedad generalizada.
F41.2 - Trastorno mixto ansioso-depresivo.
F41.3 - Otro trastorno mixto de ansiedad.
F41.8 - Otros trastornos de ansiedad especificados.
F41.9 - Trastorno de ansiedad sin especificación.
La clasificación que brinda la CIE 10 (World Health Organization, 2000) correspondiente al trastorno obsesivo-compulsivo es la siguiente:
F42 - Trastorno obsesivo-compulsivo.
F42.0 - Con predominio de pensamientos o rumiaciones obsesivas.
F42.1 - Con predominio de actos compulsivos (rituales obsesivos).
F42.2 - Con mezcla de pensamientos y actos obsesivos.
F42.8 - Otros trastornos obsesivo-compulsivos.
F42.9 - Trastorno obsesivo-compulsivo sin especificación.

Considera que los trastornos emocionales de inicio en infancia y adolescencia son: ansiedad de separación, ansiedad fóbica, hipersensibilidad social y trastorno de rivalidad con los hermanos (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2015).

F90-F98 - Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia
F93 - Trastornos de las emociones de comienzo específico de la infancia.

F93.0 - Trastorno de ansiedad por separación de la infancia.
F93.1 - Trastorno de ansiedad fóbica de la infancia.
F93.2 - Trastorno de hipersensibilidad social de la infancia.
F93.3 - Trastorno de rivalidad entre hermanos.
F93.8 - Otros trastornos de las emociones de la infancia.
F93.9 - Trastorno de las emociones en la infancia sin especificación.

Los Trastornos que pueden manifestarse en la niñez y que son evaluados en el RCADS (Sandín et al., 2009) son los siguientes:
Trastorno de pánico
Fobia social
Trastorno de ansiedad de separación
Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno depresivo mayor

1.3 Desarrollo de los trastornos evaluados en el RCADS.

Revisando elementos fundamentales para la identificación de cada clasificación que existe en los distintos trastornos de ansiedad y trastornos depresivos, se hará referencia exclusivamente a los trastornos evaluados en el cuestionario RCADS.

1.3.1 Trastorno de ansiedad por separación

Se desarrolla a continuación el **trastorno de ansiedad por separación** (TAS) ubicado dentro de la clasificación de los *trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia* de la CIE-10 y corresponde también a la clasificación de los *trastorno de ansiedad* del DSM-5. La Asociación Americana de Psicología (APA, 2013) señala, que para diagnosticar un trastorno de ansiedad por separación el niño o la niña, debe pre-

sentar tres o más de las ocho características clínicas señaladas en el DSM-V, y éstas deben mantenerse como mínimo durante cuatro semanas, habiendo aparecido antes de los 18 años, causando malestar clínicamente significativo o que genere influencia negativa en aspectos importantes de la vida infantil, como las relaciones sociales o el rendimiento académico. La CIE-10 agrega que se diagnosticará sólo cuando el temor a la separación constituya el punto focal de la ansiedad, y cuando éste se presente por vez primera en edad temprana (World Health Organization, 2000).

Las características principalmente brindadas por el DSM-5 indica que lo más relevante es una ansiedad excesiva, superior a la que se espera en personas del mismo nivel de desarrollo, ante el alejamiento del hogar o de quienes el sujeto está vinculado (American Psychiatric Association, 2013).

Si las características clínicas se presentan junto a un trastorno generalizado del desarrollo, como esquizofrenia u otro trastorno postpsicótico, el TAS no sería diagnosticable. En el caso de adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia (Méndez, Orgilés y Espada, 2008).

Los niños y las niñas, con trastorno de ansiedad por separación son, a veces, incapaces de permanecer en una habitación solos, aferrándose al adulto que lo acompañe, situándose muy cerca del padre o la madre, o requiriendo que alguien esté con ellos cuando van a otras habitaciones por ejemplo. Suelen tener dificultades a la hora de irse a la cama y pueden también ser insistentes en que alguien permanezca con ellos hasta conciliar el sueño Rechazando también, si estas figuras no están cerca a irse a dormir a su cama o fuera de su casa (American Psychiatric Association, 2013).

Según el DSM-5, cuando ocurre la separación o se anticipa ocurren los síntomas físicos: dolores de estómago, dolores de cabeza, náuseas y vómito. Pocas son las veces que los niños más pequeños manifiestan síntomas cardiovasculares como palpitaciones, vértigos y sensaciones de desmayo, síntomas que sí pueden observarse en los sujetos de más edad. Esta alteración podría perdurar durante un período de al menos 4 semanas en los niños y adolescentes menores de 18 años, y normalmente dura 6 meses o más en los adultos. La alteración debe producir un malestar clínicamente significativo o deterioro del rendimiento social, académico, laboral o de otros ámbitos importante (American Psychiatric Association, 2013).

1.3.2 Trastorno de ansiedad social

El **trastorno de ansiedad social**, conocido también con el nombre de **fobia social** ubicado dentro de la clasificación de los *trastornos de ansiedad* de la CIE-10 y corresponde también a la clasificación de *los trastorno de ansiedad* del DSM-5. Tratándose este trastorno del miedo a ser enjuiciado por otras personas dentro de pequeños grupos, lo que lleva a quien padece a evitar ciertas situaciones sociales. Las fobias sociales suelen acompañarse de una baja estimación de sí mismo y de miedo a las críticas. En los especificadores que se describen en el manual DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), se explica que los individuos tienen miedos de actuación en las situaciones que requieren hablar en público de forma habitual, lo suelen manifestar en la escuela o en ámbitos académicos.

En los infantes, el miedo o la ansiedad puede expresarse a través de conductas tales como: el llanto, berrinches, inmovilidad, aferramiento, encogimiento o incapacidad de hablar en situaciones sociales. Por otra parte, si la situación social se soporta, es a costa de una intensa ansiedad y malestar (American Psychiatric Association, 2013).

La duración de este malestar, es típicamente de al menos 6 meses. Sin embargo, el criterio de duración se debería utilizar como una guía permitiendo un cierto grado de flexibilidad. El miedo, la ansiedad y la evitación deben interferir significativamente con la cotidianidad de la persona que lo padece (American Psychiatric Association, 2013).

1.3.3 Trastorno de pánico

El siguiente es **el trastorno de pánico**, caracterizado por sufrir ataques de pánico inesperados. Ubicado dentro de la clasificación de los *trastornos de ansiedad* de la CIE-10 y corresponde también a la clasificación de *los trastorno de ansiedad* del DSM-5.

Como lo denominan en el CIE 10 **ansiedad paroxística episódica**, se trata de crisis imprevisibles (World Health Organization, 2000). Definido “como una oleada inesperada y repentina, de miedo intenso o malestar, en concomitancia con síntoma de índole físico y cognitivo, según el DSM-5 dentro de una lista de 13 síntomas posibles” (American Psychiatric Association, 2013, p.209). Aunque los ataques de pánico pueden aparecer en los niños, la prevalencia

global es baja antes de los 14 años. Éste es poco común en la infancia, la primera aparición de episodios referidos al trastorno, a menudo se remonta de forma retrospectiva a la niñez.

Si bien la baja tasa de trastornos de pánico en los niños podría relacionarse con sus dificultades para explicar los síntomas, esto carece de probabilidad dado que los niños son aptos de comunicar el miedo intenso o el pánico relacionado con la separación y con los objetos o las situaciones fóbicas. Al decir recurrentes, se refiere a que literalmente aparece más de una crisis inesperada, mientras que para el término inesperado hace referencia que éste es un ataque en el sentido en que aparece sin previo aviso no hay señal obvia o desencadenante fácilmente identificable, aparece de nada, como cuando el individuo se relaja o bien en la noche durante el sueño (American Psychiatric Association, 2013).

Los individuos con ataques de pánico se preocupan demasiado por las consecuencias que éstos pueden tener sobre sus vidas. Algunos temen que las crisis de pánico sean el anuncio de una enfermedad no diagnosticada que pueda poner en peligro la vida. Son habituales las preocupaciones sociales, como la vergüenza o el miedo a ser juzgados negativamente por otros, debido a los síntomas evidentes del ataque de pánico, y también la creencia de que las crisis de pánico indican que uno se está "volviendo loco". En consecuencia puede haber cambios de comportamientos desadaptativos como un intento de controlar o minimizar los síntomas del ataque (American Psychiatric Association, 2013).

Recientemente se continuaba el debate sobre la existencia o no de este trastorno tanto en niños como en la adolescencia. Sin embargo cada vez se reconocen más, existiendo estudios que indican que un 16% de los jóvenes entre 12 y 17 años podrían haber sufrido alguna crisis de angustia (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005).

1.3.4 Trastorno de ansiedad generalizada

El **trastorno de ansiedad generalizada** (TAG) se encuentra ubicado dentro de la clasificación de los *trastornos de ansiedad* de la CIE-10 y corresponde también a la clasificación de *los trastorno de ansiedad* del DSM-5.

Para desarrollarlo se tomará en cuenta primeramente a CIE-10, ya que brevemente expone como característica esencial de este trastorno la presencia de ansiedad generalizada y per-

sistente, que no está limitada a ninguna particularidad. Su curso es variable, y así mismo tiende a ser fluctuante y crónico (World Health Organization, 2000).

En tanto el DSM-5 expone que los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse en exceso por su competencia o por la calidad de su desempeño. Durante el curso del trastorno, el foco de las preocupaciones puede transponer de un objeto o una situación a otra. Puede haber excesivas preocupaciones sobre la puntualidad, también pueden preocuparse por sucesos catastróficos, como los terremotos o la guerra nuclear. Los niños con este trastorno pueden ser excesivamente formales, perfeccionistas e inseguros y tienden a repetir las tareas debido una insatisfacción con su rendimiento. Por lo tienden a buscar seguridad y aprobación, y requieren una reafirmación excesiva y continua sobre su desempeño (American Psychiatric Association, 2013).

Lo que caracteriza al trastorno según el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) de la ansiedad no patológica, es que estas preocupaciones son excesivas y que por lo general interfieren de manera significativa en el funcionamiento psicosocial del individuo, estas preocupaciones son angustiantes, tienen mayor duración y se producen sin desencadenantes, generando así malestar en el paciente.

En estudios basados en el desarrollo de la sintomatología, Cárdenas, Feria, Palacios y De La Peña (2010), proponen tener en cuenta además otro criterio que tiene que ver con aspectos socioculturales; en aquellos contextos de crianza caracterizados por patrones de conducta de todo o nada, con reglas severas e inflexibles, en donde hay exigencias desproporcionadas, puede aumentar el riesgo de manifestar ésta patología.

1.3.5 El trastorno obsesivo compulsivo

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), ubicado como otro apartado en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) correspondiente a su clasificación de *los trastornos obsesivos- compulsivos y otros trastornos relacionados* y también dentro de la clasificación de *los trastornos obsesivos-compulsivos* de la CIE-10. Presenta como característica central la presencia de obsesiones y/o compulsiones, aunque la mayoría de los individuos con TOC tiene tanto obsesiones como compulsiones, éstos generan un disgusto lo suficientemente grave para ocasionar un intenso malestar, pérdida de tiempo e interrumpe el momento presente de la persona (Cárdenas et al., 2010).

La CIE-10 explica que los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Por lo general son violentos o carecen de sentido, y la persona que lo padece, aunque así lo intenta, no logra resistirse. Se perciben como pensamientos propios, a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos (World Health Organization, 2000).

Siguiendo la base del DSM-5 las compulsiones son conductas o actos mentales de naturaleza repetitiva, que la persona que lo padece se siente inducido a llevar a cabo en base a una obsesión, o de acuerdo con reglas que se deben hacer de manera estricta. Se realizan típicamente en respuesta a una obsesión, el objetivo es reducir la angustia que le generan las obsesiones o prevenir un acontecimiento temido. Sin embargo, éstas no están relacionadas de manera lógica con el evento temido, es de la única manera que el individuo experimenta alivio de la ansiedad o de la angustia (American Psychiatric Association, 2013).

En los niños, ésto se complica por el hecho de que muchos, como ya se mencionó anteriormente en otros trastornos y especialmente los más pequeños, son incapaces de expresar claramente sus creencias y motivaciones. Entre los niños, los rituales más comunes incluyen: el lavado compulsivo y el miedo de contaminación, revisar u ordenar las cosas, y el temor a que ocurra una catástrofe si ciertas conductas no son adecuadamente realizadas (American Psychiatric Association, 2013).

El comienzo de este trastorno en la infancia, podría llegar a conducir un TOC con duración para toda la vida. Éste se diagnostica a través de las manifestaciones de las acciones compulsivas, debido a que es observable. No obstante, éstos tienen tanto compulsiones como obsesiones (APA, 2013).

El nuevo capítulo del trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos relacionados recoge los apartados clásicos del TOC, del trastorno dismórfico corporal y de la tricotilomanía, estos dos últimos incluidos en el apartado de trastornos de somatización y de trastornos de control de los impulsos, respectivamente, en el DSM-IV-TR, y añade algunos cuadros clínicos nuevos, como el trastorno de acumulación, que era solo un síntoma del TOC en la versión anterior, y el trastorno de excoriación (arrancarse la piel) (Echeburúa et al., 2014).

1.3.6 Trastorno depresivo mayor

El trastorno depresivo mayor se encuentra ubicado dentro de la clasificación de los *trastornos depresivos* de la CIE-10 y corresponde también a la clasificación de *los trastorno depresivos* del DSM-5. Representa el trastorno clásico del grupo de trastornos depresivos. Se caracteriza por episodios explícitos de al menos dos semanas de duración, que implican cambios evidentes en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, con remisiones interepisódicas. Se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Es importante a la hora de hacer un diagnóstico tener clara la diferencia entre tristeza normal y la tristeza que se considera en el episodio depresivo mayor (APA, 2013).

Según el DSM-5 (APA, 2013), los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor deberían aparecer casi todos los días para considerarlos dentro de éste trastorno, con la excepción del cambio de peso y la ideación suicida. Reiteraría en un ánimo deprimido la mayor parte del día, además de cada día. Y presentar síntomas como insomnio y la cansancio. Casi siempre se presenta pérdida de interés o de placer en el cotidiano, puede también haber una pérdida o subida de peso, dando alguna alteración en el apetito, cambios psicómotores, sentimientos de culpa, la falta de concentración y riesgo de suicidio. *En los niños*, el ánimo suele ser irritable más que triste o malhumorado.

El capítulo de los trastornos depresivos se encuentra apartado del capítulo de los trastornos bipolares. El de trastornos depresivos incluye nuevos cuadros clínicos, como el trastorno disfórico premenstrual o el trastorno del estado de ánimo disruptivo y no regulado, además del trastorno depresivo mayor y de la distimia. A su vez, el duelo no excluye el diagnóstico de un episodio depresivo mayor. El DSM-IV-TR excluía de este diagnóstico a las personas que mostraban dichos síntomas tras la pérdida de un ser querido en los dos meses anteriores, pero el DSM-5 omite esta exclusión (Echeburúa, et al., 2014)

2. Prevalencia – epidemiología en niños y niñas

Los síntomas y trastornos de ansiedad y depresión son hasta el momento los problemas psicológicos más prevalentes, tanto en adultos como en niños, niñas y adolescentes (Sandín et al., 2009).

Para determinar la prevalencia de cada uno de los distintos trastornos es trascendente tener en cuenta el tipo de población, las fuentes de información (niño, familia, escuela, etc) y las técnicas de valoración que se hayan usado en la evaluación, ya que todo esto introduce variaciones. El desarrollo de instrumentos de evaluación válidos y fiables ha permitido una cuantificación de los problemas y conocer los datos epidemiológicos (Del Barrio, 2010). La edad de comienzo de estos trastornos se podría dar en la infancia como ya fue mencionado anteriormente, pero por lo estudiado no suele ser diagnosticado hasta que el niño o la niña se incorpora a otra institución, como es en este caso el de la escuela (Del Barrio, 2010).

Se estima que el niño no asiste a consultar por su cuenta, de manera independiente. Lo lleva a consultar un adulto, padre, madre, cuidador. Para que esto ocurra, el adulto a cargo debe estar motivado por distintos motivos que pueden ser: problemas de conducta, el bajo rendimiento académico, etc... y es así como se decide para consultar en salud mental infantil. Sin embargo, una gran parte de los niños con trastorno de ansiedad pueden presentarse sin estas características. La consulta en primer lugar se realiza al médico. Si este no tiene la información adecuada o suficiente, corre el riesgo de interpretar parte de la sintomatología como una forma de ser del niño, quedarse con la máscara somática, o creer que es un llamado de atención. Y bien es importante aclarar que, si se han descartado causas orgánicas, debemos saber que es muy poco frecuente que un niño invente dolencias o síntomas. Pero no obstante, si éste tuviera que inventar un dolor para llamar la atención, se manifiesta nuevamente que necesita ayuda especializada (Gold, 2006).

Como vemos diagnosticar en la infancia *es complejo*, ya que al tratarse de niños pueden tener dificultades para el reconocimiento y la expresión de algunos síntomas, además, los familiares, profesores, etc., pueden tardar más tiempo en buscar ayuda profesional por diferentes motivos, uno de ellos y de gran relevancia, tiene que ver con la creencia de que en la infancia no existe depresión ni ansiedad (Ortega Osorio, 2015).

La prevalencia de los trastornos de ansiedad y de depresión en la etapa infanto-juvenil va a variar según el país que se estudie y también del trastorno como tal. Genéricamente se plantea que uno de cada cuatro niños europeos padece trastorno de ansiedad o trastorno depresivo (Magán, De Vicente y Berdullas, 2010) y que un 20% de los adolescentes de todo el mundo presenta algún problema de salud mental o del comportamiento. A razón del aumento que han tenido las estadísticas, la Organización Mundial de la Salud destacó la necesidad de que cada país desarrollara políticas de carácter específico e integral para la prevención y la promoción de la salud mental infanto juvenil, así como para la detección precoz e intervención temprana sobre los problemas psicológicos que tienen lugar en ese momento del ciclo vital (Sáez, 2012).

2.1 - Prevalencia de la depresión infantil

La **depresión presenta una prevalencia** en Madrid, España, que oscila entre el 5% y el 7%, siendo más frecuente en mujeres a partir de la pubertad y aumentando con la edad (Del Barrio, 2010). Éstas son cifras semejantes a las de otros países. En general, podemos sostener que, incluso, transculturalmente, los varones presentan más problemas exteriorizados (de conducta, por oposición, drogadicción, etc.) y éstos van mejorando con la edad, mientras que las niñas presentan más problemas interiorizados (ansiedad y depresión), que se incrementan con la edad. Sin embargo, las prevalencias de todo tipo de problemas son muy variables en distintas sociedades. Ello indica que, aunque haya elementos comunes que producen patrones semejantes, también hay elementos divergentes, fundamentalmente sociales (Del Barrio, 2010).

La depresión infantil es un tema importante hoy en día porque cada vez son más los niños que presentan esta patología. En un estudio realizado en España, con una muestra clínica de 404 niños, se encontró que los trastornos depresivos ocupan el segundo lugar entre las patologías más frecuentes en niños (Martínez, Rodríguez y Aláez, 2000 citado en Ortega Osorio, 2015). Algunos estudios indican una prevalencia del 5% al 10% (Del Barrio, 2010), señalando además que el número de niños con depresión infantil está aumentando en los últimos años.

2.2 - Prevalencia de la ansiedad infantil

Las estimaciones de **prevalencia de la ansiedad infantil** han sido variables, por los mismos motivos que fueron anteriormente mencionados, entre los diferentes estudios y países debido a diversos factores, entre ellos las variaciones en los criterios diagnósticos, los instrumentos de evaluación y la forma de selección de las muestras. En general, alrededor de 5% de los niños y adolescentes cumplen con los criterios para trastorno de ansiedad durante un período determinado en la población occidental (Rapeé, Schniering y Hudson, 2009 citado en Rapeé, 2016). En la mayoría de los estudios la prevalencia es más alta para las fobias específicas, y moderada para la ansiedad por separación, ansiedad generalizada y fobia social. Se registran tasas considerablemente más bajas para el trastorno obsesivo compulsivo, y para el trastorno de estrés postraumático se registran tasas aún más bajas (Rapeé, 2016).

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos *más frecuentes* en niños, con una prevalencia estimada que oscila según los estudios entre el 9-21%, significando un problema de salud importante en la población infantojuvenil. Su evolución natural sin tratamiento puede derivar en serias repercusiones negativas en el funcionamiento académico, social y familiar de los niños, interfiriendo de forma importante en el desarrollo (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005). Por ejemplo, el trastorno de ansiedad por separación es el trastorno de ansiedad más prevalente en los niños menores de 12 años. Su prevalencia anual en los niños en un período de entre 6 y 12 meses es del 4 %, en los adolescentes de Estados Unidos, la prevalencia anual es del 1,6%. La prevalencia del trastorno de ansiedad por separación disminuye desde la infancia hasta la adolescencia y la edad adulta. En las poblaciones clínicas de niños, el trastorno tiene la misma frecuencia en los varones y en las mujeres. En la población general, el % es más frecuente en las mujeres (Ruiz Sancho y Lago Pita, 2005)

Gold (2006) aclara que, en Uruguay, país limítrofe al nuestro, no existen estudios de prevalencia en patología psiquiátrica en niños y niñas. Y manifiesta que en los Estados Unidos los estudios muestran una prevalencia de alrededor de 10%, lo que ubica estos trastornos entre los más frecuentes en la patología psiquiátrica infantil. Sin embargo, en los estudios realizados en policlínicas especializadas, la prevalencia en la consulta no es de las más altas. O sea, son cuadros muy prevalentes en el niño, pero poco diagnosticados.

3. Comorbilidad

Otro elemento para tener en cuenta es el alto grado de comorbilidad que hay entre los diversos trastornos. La comorbilidad presentada entre trastorno de ansiedad y trastornos de depresión alcanza el 20%-60%, siendo éstas las cifras más altas encontradas entre ansiedad y depresión (Del Barrio, 2010).

En la Argentina existe una carencia casi absoluta de estudios de prevalencia, incidencia o comorbilidad respecto a trastornos psíquicos en la infancia que permitan orientar las acciones en salud (Samaniego, 2008).

Costello, Egger y Angold (2005 citado en Ardiaca, 2016) aclaran que un niño con algún trastorno de ansiedad tiene 8,2 veces más posibilidades de sufrir depresión que un niño sin un trastorno de ansiedad. Sydner, Bullard, Wagener, Leong, Snyder & Jenkins (2009 citado en Ardiaca, 2016) demuestran que en los estudios epidemiológicos entre el 10% y el 15% de los preadolescentes cumplen con los criterios diagnósticos para trastorno de ansiedad, mientras que el 3% al 5% cumplen los criterios diagnósticos para trastornos depresivos y estiman una comorbilidad entre ambos trastornos entre el 33% y el 75%.

A posteriori, O'Neil, Podell, Benjamin y Kendall (2010) encontraron en su estudio una alta comorbilidad entre depresión y ansiedad en una muestra de una población clínica de 7 y 17 años. Los resultados indicaron que entre un 28% a un 53.7% de los sujetos diagnosticados con trastorno de ansiedad sufrían también de depresión.

Los estudios de Verduin y Kendall (2003) encontraron que jóvenes que han sido diagnosticados con trastorno de ansiedad por separación, así como otros trastornos de ansiedad que incluyen trastorno de ansiedad generalizada o fobia social, tienen una mayor probabilidad de sufrir comorbilidad con depresión.

Según lo que expone Rapeé (2016) es frecuente enfocarse en la ansiedad como un espectro, en lugar de centrarse en un trastorno único, esto explica que es consecuencia de la superposición entre los trastornos de ansiedad y entre la ansiedad y otros trastornos internalizantes, como es el caso de la depresión. Los niños con ansiedad clínica rara vez cumplen criterios para solamente un trastorno. Dentro de la población que busca tratamiento, alrededor del 80% a

90% cumple criterios para más de un trastorno mental. La mayoría, hasta un 75% , reúne los criterios para más de un trastorno de ansiedad. Otro 10% a 30% cumple, además, criterios para un trastorno del ánimo comórbido.

Aproximadamente el 25% de los niños más pequeños con ansiedad también cumple los criterios de un trastorno de conducta comórbido. Cifras similares se encuentran en muestras poblacionales, aunque la proporción de niños con un único trastorno de ansiedad es ligeramente superior. Aun así, incluso en muestras poblacionales, los niños con trastornos de ansiedad tienen una marcada predisposición a presentar trastornos comórbidos de ansiedad, del ánimo y de la conducta (Rapeé, 2016).

Continúa el autor (Rapeé, 2016) explicando que en los últimos 15 a 20 años se ha observado un gran avance y aumento en el número de investigaciones que abordan la ansiedad infantil, y actualmente se está construyendo una buena comprensión de la naturaleza, desarrollo y tratamiento de estos trastornos. De hecho, aclara como es que el interés ha comenzado a centrarse en la posible prevención de la ansiedad y, dada la coexistencia entre ansiedad y depresión, así como la continuidad entre la niñez y la edad adulta.

4. Evaluación de ansiedad y depresión infantil

Uno de los recursos más utilizados en el proceso de evaluación de psicopatología infantil son los autoinformes. Se han desarrollado algunos instrumentos de autoinforme para evaluar y diagnosticar trastornos específicos de ansiedad según criterios DSM-IV, tales como el Cuestionario de Pánico y Agorafobia (Sandín, Chorot, Valiente, Sánchez-Arribas y Santed, 2004 citado en Sandín 2013). Sin embargo, se requieren instrumentos multidimensionales sobre síntomas de ansiedad y depresión. Para la investigación presente, la identificación de la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva hemos utilizado el RCADS, desarrollado posteriormente (Sandín, 2013).

Aunque el uso de entrevistas estructuradas suele ser necesario para el diagnóstico clínico de los trastornos de ansiedad y depresión (Sandín, 2013), las pruebas de autoinforme suelen ser imprescindibles para evaluar estos problemas psicopatológicos en diferentes contextos, tanto clínicos como no clínicos.

Actualmente ha de notarse que los instrumentos breves que miden síntomas psicopatológicos pueden ser empleados como instrumentos de autoreporte para aplicaciones clínicas y para la promoción y prevención de la salud. En coherencia con esto se han hecho varios intentos para crear instrumentos de autoreporte que aborden los síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes descritos en el DSM y en CIE (Del Barrio, 2010).

Se ha dilucidado la diversidad de instrumentos diagnósticos que existen para los trastornos en general donde la ansiedad y la depresión ocupan una posición central.

En los años setenta, se inició activamente en la generación de instrumentos de evaluación pensados para los niños. Si se hace una revisión de ellos (excepto los de evaluación de la inteligencia), se ve que, en un porcentaje importantísimo, aparecen entre 1970 y 1990 (Del Barrio, 2010). Estos instrumentos llenan el vacío entre los sistemas diagnósticos y la persona que padece un trastorno. Muchos están dirigidos a padres de niños pequeños y son aplicables a los niños entre los 7-8 años y la adolescencia.

4.1 - Instrumentos psicométricos para niños

Según Sandín et al., (2009) los dos instrumentos de autoinforme más utilizados para evaluar la ansiedad y la depresión en niños y adolescentes han sido las clásicas escalas **RCMAS** (Revised Children's Manifest Anxiety Scale; Reynolds y Richmond, 1978) y **CDI** (Children's Depression Inventory; Kovacs, 1980). No obstante, ha habido estudios que han sugerido que evalúan más el constructo amplio de afectividad negativa que la ansiedad y depresión como constructos clínicos separados (Chorpita, Moffitt y Gray, 2005 citado en Sandín et al., 2009), lo cual resta interés y utilidad clínica a estas dos conocidas escalas.

Algunos de los instrumentos psicométricos son:

4.1.1 - SCAS

Spence Children Anxiety Scale (**SCAS**, Spence, 1997 citado en Valdés, 2015). La Escala de Ansiedad Infantil de Spence (SCAS, adaptación española Godoy, Gavino, Carrillo, Cobos y Quintero, 2011 citado en Valdés, 2015). Su administración es individual/colectiva en la población infanto-juvenil (9-17 años). Este inventario consta de 38 ítems más 6 de relleno que evalúan siguiendo 76 criterios DSM-IV: ataques de pánico, fobia social, miedos específicos, tras-

torno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada. El niño tiene que marcar siguiendo una escala tipo Likert dependiendo de la frecuencia con la que le sucede marcando 0 = Casi nunca, 1 = Algunas veces, 2 = Muchas veces, 3 = Casi siempre (Valdés, 2015).

4.1.2 - STAIC

State-Trait Anxiety Inventory for Children (**STAIC**, Spielberger, 1973 citado en Valdés, 2015). El Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo en niños (STAIC, adaptación española, Departamento I+D de TEA Ediciones, 1989). El STAIC es un cuestionario autoaplicable que se utiliza en la población infanto-juvenil tanto de forma individual como colectiva. Spielberger realiza la adaptación de su prueba original para la población adulta (STAI E/R) dando lugar a esta versión adaptada a la población infanto-juvenil. Quedó compuesto por dos escalas independientes, una para evaluar la Ansiedad Estado (A-E) y la otra para evaluar la Ansiedad Rasgo (A-R). La primera contiene 20 elementos con los cuales se pretende evaluar el nivel de ansiedad del niño en un momento determinado, y la segunda pretende identificar a través de otros 20 elementos como el sujeto se siente en general. El niño tiene que marcar siguiendo una escala tipo Likert dependiendo de la frecuencia con la que le sucede marcando 0 = 1 = Casi nunca; 2 = A veces; 3 = A menudo (Valdés, 2015).

4.1.3 - ASIC

Anxiety Sensitivity Index for Children (**ASIC**, Laurent, Schmidt, Catanzaro, Joiner Jr. y Kelley, 1998 citado en Valdés, 2015). El Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños (ASIC) es una versión adaptada a la población infanto-juvenil de la escala para adultos Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. Cuenta con 4 ítems correspondientes a la escala Likert, donde: 0 = Casi nunca es verdad, 1 = Algunas veces es verdad, 2 = Muchas veces es verdad, 3 = Casi siempre es verdad. La prueba mide tres factores: Autoestima (ítems: 10, 4, 7 y 8), Anhedonia (ítems: 5, 1 y 6) y Desesperanza (ítems: 2, 3 y 9). De ahí se obtiene una Puntuación Directa que consiste en la suma de las puntuaciones en cada ítem (Valdés, 2015).

4.1.4 - CDI

Children's Depression Inventory-Short (**CDI-S**, Kovacs, 1992 citado en Valdés, 2015). El Inventario de Depresión para Niños-Abreviado (CDI-S, adaptación española V. del Barrio, L.

Roa, M. Olmedo y F. Colodrón, 2002 citado en Valdés, 2015). El rango de edad en que se aplica esta prueba es de entre 8 y 18 años, siendo la administración tanto individual como colectiva. La prueba consta de 10 ítems que proceden del CDI (Cuestionario de Depresión Infantil, Kovacs, 1983 citado en Valdés, 2015) y que se refieren a los síntomas nucleares de la depresión. El formato presenta tres frases que describen síntomas relacionados con los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales de la depresión. Se valora mediante la siguiente escala: 0 = Ausencia del síntoma, 1 = Presencia de baja intensidad, 2= Presencia de alta intensidad o frecuencia (Valdés, 2015).

4.1.5 – ASEBA

El sistema de evaluación basado empíricamente de Achenbach (**ASEBA**, por sus siglas en inglés) comprende varios instrumentos estandarizados para evaluar problemas conductuales, emocionales y funcionamiento adaptativo. Incluye la evaluación del funcionamiento desde múltiples perspectivas: la de los padres, cuidadores, maestros, observadores, entrevistadores clínicos, amigos y la propia persona en el caso de jóvenes y adultos (Andrade Palos, Betancourt Ocampo y Vallejo Casarín, 2010).

El ASEBA contiene cinco formatos para ser respondidos por diferentes informantes, que son:

- 1) la lista de la conducta de los niños de un año y medio hasta cinco años de edad (CBCL/1 ½-5, por sus siglas en inglés);
- 2) la lista de la conducta de los niños de 6 a 18 años (CBCL/6-18);
- 3) la lista de la conducta de los adultos (ABCL);
- 4) el reporte de cuidadores y maestros de niños de uno y medio a cinco años (C-TRF) y
- 5) el reporte de maestros de niños de 6 a 18 años (TRF). Además, contiene dos formas de auto-reporte: 1) el auto-reporte de jóvenes (YSR) y el 2) el de adultos (ASR).

Las diferentes formas del ASEBA han sido traducidas a más de 50 lenguajes (Achenbach y Rescorla, 2001) y han sido aplicadas en diferentes culturas, para comparar los rangos de variación interculturales e identificar efectos asociados con el género y la edad (Andrade Palos et al., 2010).

4.1.5.1 - CBCL

Exponiendo a continuación el Child Behavior Checklist (**CBCL**), desarrollado como se vio mencionado anteriormente por Achenbach y Edelbrock (1983), resulta ser uno de los instrumentos más estandarizado y empleado transculturalmente (Pedreira, Sanchez, Sardinero, Martín & Martín, 1993; Medina, 2007 citado en Samaniego, 2008); es el que permite valorar una amplia gama psicopatológica y tomar en cuenta los aspectos evolutivos como sexo y edad y además posibilita tanto aplicaciones clínicas como de investigación. El CBCL es muy apropiado para el uso en investigaciones epidemiológicas ya que resulta factible estudiar grandes poblaciones de manera simple, confiable y eficiente (Samaniego, 2008).

El CBCL puede ser considerado entonces como un instrumento valioso para su uso en la investigación epidemiológica en Argentina, como instrumento de investigación y de utilidad también para el clínico en su actividad cotidiana, así como para otros profesionales de la salud no especialistas en salud mental, como por ejemplo los pediatras. Esta versión de la escala ha sido empleada con muy buenos resultados en estudios posteriores en Argentina (Samaniego, 2008).

4.1.6 - RCADS

El RCADS es la versión española de Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS), llamándose Escala Revisada de Ansiedad y Depresión infantil. Es una escala de autoinforme para niños y niñas que evalúa la ansiedad y depresión de forma multidimensional, en seis escalas: trastorno de ansiedad de separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor (Sandín et al., 2009). Como fue diseñada originalmente para niños/as pequeños/as de los Estados Unidos, la misma se encuentra en proceso de adaptación a través del proyecto de investigación “*Adaptación de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) en escolares del Gran Mendoza*”, el cual es financiado por la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua (Res. N° 546/17).

Este instrumento es aceptado y valorado, ya que puede ser aplicado en intervenciones clínicas y también en aquellas investigaciones en contextos de evaluación de niños y adolescentes (Sandín et al., 2009).

Está constituida por 47 ítems que permite evaluar los síntomas DSM-IV relativos a los síntomas DSM-IV de los trastornos de ansiedad y la depresión. El niño/adolescente debe contestar a los ítems según una escala de frecuencia de 0-3 puntos (0 = “nunca”, 1 = “a veces”, 2 = “a menudo”, 3 = “siempre”), indicando hasta qué punto reflejan lo que le ocurre al niño/adolescente. De acuerdo con la versión original, la RCADS incluye las siguientes subescalas: (1) trastorno de ansiedad de separación (TAS; 7 ítems: 5, 9, 17, 18, 33, 45, 46), (2) fobia social (FS; 9 ítems: 4, 7, 8, 12, 20, 30, 32, 38, 43), (3) trastorno de ansiedad generalizada (TAG; 6 ítems: 1, 13, 22, 27, 35, 37), (4) trastorno de pánico (TP; 9 ítems: 3, 14, 24, 26, 28, 34, 36, 39, 41), (5) trastorno obsesivo-compulsivo (TOC; 6 ítems: 10, 16, 23, 31, 42, 44), y (6) trastorno depresivo mayor (TDM; 10 ítems: 2, 6, 11, 15, 19, 21, 25, 29, 40, 47). En su más reciente trabajo sobre validación de la RCADS, Chorpita, Yim, Moffitt, Umemoto, & Francis (2000) obtuvieron niveles de consistencia interna (coeficientes alfa) en general elevados para estas subescalas (TAS = 0,78, FS=0,81, TAG=0,80, TP=0,85, TOC=0,71 y TDM = 0,76) (Sandín et al., 2009).

4.1.6.1 - Historia del RCADS.

En los últimos tiempos, se ha sentido la necesidad de un instrumento multidimensional clínico que nos permita obtener, de forma rápida, información sobre los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños, niñas y adolescentes. Fue realizado con el objetivo de responder a esto y otros problemas encontrados. Los principales instrumentos se han dirigido a la evaluación de variables específicas de ansiedad y depresión. Por ejemplo, existen dos instrumentos de autoinforme, que son los más utilizados. Estos han sido: RCMAS (Revised Children's Manifest Anxiety Scale; Reynolds y Richmond, 1978) y CDI (Children's Depression Inventory; Kovacs, 1980), respectivamente. No obstante, varias investigaciones han sugerido que estos instrumentos evalúan más el constructo amplio de afectividad negativa que la ansiedad y depresión como constructos clínicos separados (Chorpita et al., 2005), lo cual resta interés y utilidad clínica a estas dos conocidas escalas.

Un *primer paso* importante en este sentido fue *la construcción de la Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS; Spence, 1997). De todas maneras, ha demostrado ciertas deficiencias. Por otro lado, debido a la alta comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y la depresión, así como la elevada prevalencia de esta última, resulta de gran utilidad la inclusión en el cuestionario de una subescala dedicada a la evaluación de la depresión (Martín Vivar, 2017).

Con objeto de solucionar estas dificultades, Chorpita et al. (2000) desarrollan una nueva escala mejorada de la de Spence, que entre sus modificaciones agregaría la evaluación de depresión en niños y la reformulación de una nueva escala de ansiedad generalizada que represente mejor los criterios del DSM-IV: la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS por sus siglas en inglés) (Martín Vivar, 2017).

4.6.1.2 - Versiones del RCADS.

La validación en inglés de la RCADS la realizan Chorpita et al., (2005) a partir de una muestra clínica e informan índices de consistencia interna muy adecuados y muy consistentes con la versión original. Fue a raíz de todo su recorrido que se comenzaron a realizar distintas versiones.

Años más tarde Sandín et al., (2009) realizan una validación en español, a partir de una muestra de niños y adolescentes pertenecientes a diversos colegios públicos de enseñanza primaria. Posteriormente fueron desarrolladas versiones abreviadas de la escala, de 25 y 30 ítems, ganando así tiempo en su administración. Estos cuentan con excelentes propiedades psicométricas, por eso es una de las escalas más empleadas para la detección y evaluación inicial de estos síntomas en niños, niñas y adolescentes, con la ventaja ser breve en relación a la versión original (Batista, 2013).

Este instrumento cuenta también así con una versión para padres (RCADS-P), que se diferencia con la versión original en tanto son los padres quienes responden acerca de la sintomatología en los infantes. Fue analizado por Ebesutani, Chorpita, Higa-McMillan, Nakamura, Regan y Lynch (2011).

RCADS cuenta con adaptación en diversos países e idiomas, entre ellos: Australia (De Ross, Gullone & Chorpita, 2002), Dinamarca (Esbjörn, Sømhøvd, Turnstedt, & Reinholdt-Dunne, 2012), España (Sandín et al., 2009), Francia (Bouvard, Denis & Roulin, 2015), Holanda (Kösters, Chinapaw, Zwaanswijk, van der Wal & Koot, 2015), Pakistán (Mehmood & Sultan, 2014), Turquía (Gomez, Kilincaslan, Orengul, Ebesutani, Kaya, Ceri, & Chorpita, 2016) (Batista, 2013).

4.1.6.3 - Estudios que respaldan su validez.

Las propiedades psicométricas de este instrumento han sido contrastadas en población general mediante numerosos estudios que apoyan su fiabilidad y validez, algunas de ellas, presentadas en la tabla (ver tabla 1) a continuación:

Tabla 1. *Estudios psicométricos sobre la RCADS*

Autores	Título	Año	Lugar	P o b l a c i ó n empleada
Chorpita et al.	Evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión por DSM-IV en niños: una escala revisada de ansiedad y depresión infantil	2000	Hawai, Estados Unidos	<p>Estudio 1: n= 1 6 4 1 . E d a d promedio: 12,87 (D E : 2 , 8 2) . Rango de edad: 6,17 - 18,92. Composición por sexo fue: 54,4 % niñas y 45,6 % niños.</p> <p>Estudio 2: n= 2 4 6 . E d a d promedio: 12,20 (D E : 2 , 8 9) . Rango de edad: 8,33 - 18,33.</p>
De Ross et al.	Escala revisada de ansiedad y depresión infantil: una investigación psicométrica con jóvenes australianos.	2002	Australia	<p>N= 405. Edad promedio: 13,24 (D E : 2 , 5 2) . Rango de edad: 8 - 1 8 . Composición por sexo: 254 sexo femenino, 151 sexo masculino.</p>

Chorpita et al.	Propiedades psicométricas de la Escala Revisada de Ansiedad Infantil y Depresión en una muestra clínica.	2005	Hawái, Estados Unidos.	N= 513. Edad promedio: 12,9 (DE: 2,7). Rango de edad: 7,5 – 17,9. Composición por sexo: 167 sexo femenino, 346 sexo masculino.
Sandín et al.	R C A D S : evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes.	2009	Jaén, España	N= 511. Edad promedio: 12,2 (DE: 1,72). Rango de edad: 11 – 17 años. Composición por sexo: 266 sexo masculino, 245 sexo femenino
Sandín et al.	Desarrollo de una versión de 30 ítems de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil.	2010	Jaén, España	N= 544. Edad promedio: 12,9 (DE: 1,8). Rango de edad: 10 – 17 años. Composición por sexo: 281 sexo masculino, 263 sexo femenino.
E b e s u t a n i , Reise, Chorpita, Ale, Regan, Young,& Weisz.	La versión revisada de la escala corta de ansiedad y depresión infantil: reducción de la escala mediante el modelado bifactor exploratorio del amplio factor de ansiedad	2012	Estados Unidos	N = 1060 (población escolar). Rango de edad: 8 – 18 años. N= 303 (población clínica). Edad promedio: 10,3 (DE: 1,7). Rango de edad: 7 – 14 años

Esbjörn et al.	Evaluación de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) en una muestra nacional de jóvenes daneses de 8 a 16 años	2012	Dinamarca	N= 667. Edad Promedio: 12, 6 (D E : 1 , 8) . Composición por sexo: 53,9 (sexo femenino), 46,1 (sexo masculino).
M e h m o o d & Sultan	Traducción y adaptación de la escala revisada de ansiedad y depresión infantil	2014	Pakistán	N= 217. Rango de edad: 12 – 18. Composición por sexo: 102 sexo masculino, 115 sexo femenino
Bouvard et al.	La versión francesa de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) en una muestra no clínica	2015	C h a m b e r y , Francia	N= 704. Rango de edad: 10 – 19 años.
Kösters et al.	Estructura, confiabilidad y validez de la escala revisada de ansiedad y depresión infantil (RCADS) en una muestra urbana multiétnica de niños holandeses.	2015	A m s t e r d a n , Holanda	N= 3636. Edad promedio: 10,6 (D E : . 9) . Composición por sexo: 1733 niños, 1898 niñas. Rango de edad: 8 – 13 años.

Gomez et al.	Propiedades psicométricas de la traducción turca de la versión revisada de escala de ansiedad infantil y depresión infantil (RCADS- CV) en una muestra clínica	2016	Turquía	N= 483. Edad promedio: 12,25 (DE: 2,69). Rango de edad: 8 – 17 años. Composición por sexo: 293 sexo masculino, 190 sexo femenino.
---------------------	--	------	---------	---

CAPÍTULO II

1. - Emociones Positivas

1.1 - Definiciones y modelos.

Para presentar a las emociones positivas, resulta significativo darle lugar a la *Psicología Positiva*, rama amplia de la psicología que dentro de sus diferentes aspectos desarrolla el concepto de emociones positivas.

Seligman y Csikszentmihalyi (2000), postulan que la impronta sobre la enfermedad que tiene la psicología clásica la ha hecho descuidar los aspectos positivos, conocidos como el bienestar, la alegría, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, sin profundizar en los beneficios que estos presentan para las personas. En este contexto surge la Psicología Positiva, el término “psicología positiva” ha sido desarrollado por Martin Seligman, investigador que ha dedicado gran parte de su carrera al trastorno mental, ya que es antiguo director de la American Psychiatric Association (APA), y también se ha visto implicado en el desarrollo de diversos conceptos. Con el paso de los años, se ha mostrado que el giro radical que dio en su orientación, elaborando y promoviendo una concepción más positiva del ser humano. Esta rama de la psicología tiene como objetivo mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías (Vera Poseck, 2006).

Seligman explica que ya antes de lo que fue la Segunda Guerra Mundial los objetivos principales que proponía la psicología eran tres: curar los trastornos mentales, hacer las vidas de las personas más productivas y plenas, e identificar y desarrollar el talento y la inteligencia de las personas, dejando de ser por lo tanto el concepto de psicología positiva nuevo dentro la psicología. Así fue como tras el pasar de la guerra, diversos acontecimientos llevaron a la psicología a olvidar dos de esos objetivos y a centrarse exclusivamente en el trastorno mental y el sufrimiento humano (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

El objetivo de lo que se ha llamado Psicología Positiva es justamente catalizar este cambio de la psicología, hacia el desarrollo de las fortalezas de las personas. Acorde con lo anterior, la principal tarea de prevención en esta década será estudiar y entender cómo se adoptan esas fortalezas y virtudes en niños y jóvenes, elemento fundamental para la prevención de los llamados desórdenes mentales (Seligman & Christopher, 2000 citado en Contreras y Esguerra, 2006). Y a su vez, ver la prevalencia de estas fortalezas en muestras de población infantil para

que de esta manera se generen datos científicos que se vayan estableciendo en la red de investigaciones.

A partir de las lecturas, se llega a la conclusión de que no se pretende cambiar el foco de investigación de lo negativo a lo positivo sino, más bien, lo que se intenta es abarcar a la totalidad del ser humano y su estudio, desde una perspectiva integral considerando un balance entre las fortalezas y debilidades humanas.

Seligman sugirió que los temas esenciales del campo se podían agrupar en tres grandes bloques: el estudio de las emociones positivas, el estudio de los rasgos positivos y el estudio de las organizaciones positivas (Hervás, 2009). En los últimos años, muchos autores suelen añadir un elemento más: las relaciones positivas (Peterson, 2006 citado en Hervás 2009). Por tanto, estos cuatro bloques probablemente agruparán una buena parte de la investigación futura. Sin embargo, lo que nos atañe aquí es profundizar en el bloque de las emociones positivas.

Cada uno de los diferentes autores propone distintas emociones en las cuales basan sus modelos teóricos: Fredrickson (1998 citado en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014) propone cuatro tipos de emociones positivas: la alegría, el interés, el amor y la satisfacción. Por su parte, Seligman (2002 citado en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014) habla del optimismo como una emoción positiva básica, mientras que Diener, Smith y Fujita (1995 citado en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014) conforman la tercera línea teórica y proponen un abordaje más sistemático y empírico que incluya aspectos cognitivos y biológicos. Estos autores sugieren dos distintos tipos de emociones positivas: alegría y amor. Por último, Csikszentmihalyi (1998 citado en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014) emplea el término de “fluidez” como aquel estado emocional positivo en el que la persona se halla totalmente concentrada y abstraída por la tarea, la que le produce placer y gracias a la cual pierde la noción del tiempo. Más adelante se abordan algunas de estas emociones y otras que han sido estudiadas dentro de la psicología de las emociones positivas, lo que además permitirá comprender los beneficios de cultivarlas.

Las emociones positivas, que en términos generales se suelen identificar como experiencias de bienestar, satisfacción o placer (Lucas, Diener y Larsen, 2003 citado en Oros 2014), están recibiendo cada vez mayor atención debido a los efectos y resultados positivos que están teniendo sobre la salud.

Son varias y diversas las emociones positivas que existen y que podrían continuar nombrándose como por ejemplo, el humor, la esperanza, el interés, el entusiasmo, el amor, el vigor, la elevación, la fluidez, la resiliencia, el bienestar, etc. Sin embargo, se han elegido desarrollar las que han tenido relevancia científica y que se evalúan en el cuestionario utilizado para la presente investigación. A saber:

● *La alegría*

Frijda (1986 citado en Vecina Jiménez, 2006) propone que es esta la que anima a jugar en el sentido amplio de la palabra, a ir más allá de los límites, a ser creativo y ello permite el desarrollo y el entrenamiento de habilidades físicas (fuerza, resistencia, precisión), de habilidades psicológicas e intelectuales (comprensión de normas, memoria, autocontrol) y de habilidades sociales necesarias para el establecimiento de relaciones de amistad y de apoyo. Todas estas habilidades, conceptualizadas como recursos, pueden llegar a ser muy valiosas en momentos de escasez y de conflicto, en los que disponer de velocidad, de resistencia, de amigos, de capacidad de innovación, etc. puede ser la diferencia entre vivir y morir.

La alegría es un estado emocional que se caracteriza por una intensa sensación de agrado y regocijo y por impulsar a los niños a jugar (Fredrickson & Joiner, 2002 citado en Oros, 2015). La alegría intensificaría la confianza y prepararía al niño para que experimente y fomente vínculos sociales mediante el contagio de sensaciones positivas. Además, la risa que surge como parte inherente de este estado afectivo, es un indicador facial muy importante que funciona como señal de apertura hacia nuevas interacciones amistosas (Fredrickson & Cohn, 2008 citado en Oros, 2015).

● *La gratitud*

Este término proviene del latín *gratia* que significa agradecimiento. Emmons y McCullough (2001 citado en Martínez Martí) lo definen como “un estado afectivo cognitivo resultante de la percepción de haber sido beneficiado por un agente externo, de manera solidaria, desinteresada y gratuita” (Moyano, 2011, 6).

La gratitud o la capacidad de ser agradecidos, nos permite reconocer los aspectos pasados y presentes positivos, buenos, aquello que nos ha beneficiado de algún modo y que, por lo

tanto, ha otorgado un significado agradable a nuestra existencia (Peterson & Seligman, 2004 citado en Moyano, 2011).

Brinda también un recurso emocional importante para promover la estabilidad social (Peterson y Seligman, 2004 citados en Martínez Martí, 2006). La gratitud asegura reciprocidad en la interacción humana e inhibe la realización de comportamientos interpersonales destructivos (Martínez Martí, 2006). Funciona como un barómetro moral, al dotar al individuo de una señal afectiva tras percibir que alguien ha actuado favorablemente hacia él; funciona además como motivador moral, estimulando el comportamiento prosocial y también como reforzador moral del individuo por su conducta previa. Según Vaillant (1993 citado en Martínez Martí, 2006), la gratitud forma parte del proceso de transformar emociones autodestructivas en emociones curativas. La capacidad de reemplazar la amargura y el resentimiento por agradecimiento y aceptación es clave en la adaptación madura a la vida.

● *La serenidad*

Se trata de una profunda emoción que involucra paz y confianza. Puede experimentarse independientemente de los eventos externos, incluso en situaciones de adversidad. La serenidad facilita el afrontamiento al estrés y permite tomar distancia de aquellos pensamientos que generan inquietud y/o angustia. La regulación emocional y la capacidad de relajación constituyen elementos clave de la habilidad para serenarse (Oros, 2014).

Dentro del repertorio de las emociones positivas, la serenidad podría considerarse una de las más asociadas al afrontamiento exitoso del estrés (Connors, Toscova & Tonigan, 1999 citado en Oros y Fontana Nalesso 2015), ya que facilita la capacidad de reflexión, predispone a la acción, aumenta la receptividad y desarrolla la creatividad (Nadeau, 2001 citado en Oros y Fontana Nalesso, 2015); la experiencia de serenidad podría ayudar a los niños a emplear modos de afrontamiento más adaptativos frente a los agravios, predisponiéndolos a sustituir las conductas violentas por comportamientos socialmente hábiles.

● *La simpatía*

Acompaña los procesos cognitivos de la empatía. La empatía no es una emoción positiva sino una habilidad general que engloba a la simpatía y a los procesos cognitivos de reconocimiento emocional y toma de perspectiva, entre otros. Puntualmente, la simpatía implica la

sensibilidad para con las emociones y necesidades de otras personas, comprende el fenómeno de la sintonía emocional y el deseo de aliviar el dolor ajeno (Oros, 2014).

La simpatía constituye el componente afectivo de la empatía. Envuelve la capacidad de sintonizar con la emoción de los demás y la inclinación a ayudar. La simpatía es una reacción emocional vicaria basada en la preocupación por la condición emocional del otro, que involucra sentimientos de pena e interés y comprende el deseo de que el otro se sienta mejor (Eisenberg, 1991; Kienbaum, Volland y Ulich, 2001 citado en Oros 2014). De acuerdo a Lazarus (2000 citado en Oros 2014), éste es un concepto intercambiable con el de compasión (Oros, 2011 citado en Oros 2014).

● *La satisfacción personal*

Es una respuesta afectiva relacionada a la conformidad y a la aceptación de uno mismo. En este sentido, el concepto de satisfacción personal está estrechamente ligado al de autoestima. Llamada también orgullo, es la emoción positiva que acompaña los procesos de valoración, promoción del self y autoatribución de méritos valiosos (Lazarus, 2000 citado en Oros 2014). Entendida así, la satisfacción personal se diferencia del concepto de satisfacción con la vida, el cual es un componente principalmente cognitivo del bienestar subjetivo, y se refiere al juicio global acerca de la vida (Diener y Larsen, 1993 citado en Oros, 2014).

Diversos autores y autoras se dedicaron a profundizar y elaborar modelos teóricos a raíz del objetivo fundamental de la psicología positiva. Pese a las particularidades, se encuentran aspectos comúnmente nombrados por las diversas teorías. La búsqueda de qué es la psicología positiva llevó a explorar los rasgos personales tales como el bienestar subjetivo, el optimismo, la felicidad y la libre determinación. Diener (2000 citado en Cuadra y Florenzano, 2003) se enfoca en el bienestar subjetivo, Peterson (2000 citado en Cuadra y Florenzano, 2003) en el optimismo; Avia y Vazquez (1999 citado en Cuadra y Florenzano, 2003) en el optimismo inteligente; Myers(2000 citado en Cuadra y Florenzano, 2003) en la felicidad; Csikszentmihalyi (1999 citado en Cuadra y Florenzano, 2003) la experiencia de flujo, como dimensión particular de la felicidad.

1.1.1. - La teoría del flujo

La teoría del flujo de Csikszentmihalyi (1999 citado en Mesurado, 2010) indica que el bienestar estaría en la actividad humana en sí, y no en la satisfacción o logro de un objetivo. La actividad, lo que el sujeto hace, produce un sentimiento del flujo. La actividad que produce dicho sentimiento es lo que se refiere al descubrimiento permanente y constante que está haciendo el individuo de lo que significa vivir, donde va expresando su propia singularidad y al mismo tiempo va reconociendo y experimentando, en diferentes grados de conciencia, la complejidad del mundo en el que vive.

Lo que hace es explorar otra dimensión de la felicidad: la experiencia de flujo, caracterizada como aquel estado en que la persona se encuentra tan involucrada en una actividad que requiere la concentración completa, y que ésta por si misma, genera placer (Csikszentmihalyi, 1999 citado en Mesurado, 2010).

1.1.2 - Modelo de bienestar psicológico

Carol Ryff, en su Modelo de bienestar psicológico, dirigió su esfuerzo a reunir las similitudes teóricas, dando origen a las seis dimensiones del bienestar psicológico: 1) Autoaceptación, 2) Relaciones positivas con otros, 3) Crecimiento Personal, 4) Propósito en la vida, 5) Dominio ambiental y 6) Autonomía.

Las dimensiones planteadas por Ryff (1995, citado por Véliz-Burgos, 2012) son:

- La auto-aceptación: Tiene que ver con que las personas se sientan a gusto consigo mismas, teniendo presente sus limitaciones. Tener actitudes positivas hacia uno mismo es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo.
- Relaciones positivas: Se relaciona con mantener relaciones sociales que sean estables y confiables. Una característica óptima a tener en cuenta para el bienestar, es lograr una afectividad madura, y tener capacidad de amar.
- Dominio del entorno: Habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para si mismos. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea.

- Autonomía: Evalúa la capacidad de la persona de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales. Se espera que personas con altos niveles de autonomía puedan resistir mejor la presión social y autorregular mejor su comportamiento.
- Propósito en la vida: Se tiene en cuenta que el individuo sepa con claridad sus objetivos y metas de vida.
- Crecimiento personal: Capacidad del individuo para generar las condiciones para desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona.

1.1.3 - Modelo de Ampliación y Construcción

En 1998, Bárbara Fredrickson elabora un modelo para explicar la función que cumplen las emociones positivas, en contraposición con la función que se le atribuye a las negativas. El nombre de este es Modelo de Ampliación y Construcción. Esta teoría supone que experimentar diariamente emociones positivas, permite la construcción de diversos e importantes recursos personales (cognitivos, físicos, psicológicos y sociales) para afrontar situaciones difíciles o problemáticas como consecuencia de un amplio repertorio de pensamientos y de acción. Debido a esto, la persona también se transforma, se vuelve más creativa, amplía su autoconocimiento, tolera situaciones difíciles, se vuelve competente y esto la lleva indefectiblemente, como espiral ascendente, a experimentar nuevas emociones positivas, optimizar la salud, favorecer el bienestar subjetivo y la resiliencia psicológica (Fredrickson & Joiner, 2002; Tugade, Fredrickson & Feldman Barret, 2004 citado en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014).

Según el modelo de Fredrickson, hay tres efectos sucesivos de las experiencias de emociones positivas (Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014).

- Ampliación: las emociones positivas amplían las tendencias de pensamiento y acción.
- Construcción: por consecuencia de la ampliación, se fortifica la construcción de recursos personales para atravesar situaciones difíciles o problemáticas.
- Transformación: esta construcción produce la transformación de la persona, que se torna más creativa, muestra un conocimiento más profundo de las situaciones, es más resistente a las

dificultades y socialmente mejor integrada, esto la lleva indefectiblemente, como espiral ascendente, a experimentar nuevas emociones positivas.

2. - Emociones Positivas en la infancia

Greco (2010) remarca la importancia que tiene la conexión entre lo emocional y lo cognitivo, trayendo a la luz la interacción constante entre el afecto y la cognición. Esto mismo se ve en el desarrollo del niño/a. Su desarrollo emocional-afectivo, se mantiene vinculado íntimamente con el desarrollo sociocognitivo en la infancia. La capacidad de comunicar su mundo emocional se vuelve clave para establecer un vínculo con el adulto u otro par. Por lo cual, se destaca la importancia de aquel que asuma el rol de la autorregulación emocional, en el ajuste social del niño/a, a las demandas del día a día. Wallon, (1976 citado en Greco, 2010) menciona como también la emoción, interviene, en el proceso de individuación constituyendo un factor imprescindible en el desarrollo psicológico del niño/a. Entendiéndose la individuación como la construcción de cada persona, en el contexto de la sociedad en la que está inmerso, promoviendo autonomía, creatividad y libre elección. En el que la educación tiene un gran aporte para realizar en el ámbito (Blanco, 2006).

Entre los beneficios y la importancia de promover la experiencia de emociones positivas en la infancia se podrían destacar algunos aspectos que suceden en la misma. Fredrickson (2004) expone que son las emociones positivas, las que amplían el repertorio de pensamientos, enriquecen las funciones intelectuales y cognitivas y mejoran el desempeño integral en la escuela Oros (2008) explica que las emociones positivas, además de mejorar los procesos cognitivos e intelectuales, también podrían favorecer la aparición de actitudes y conductas en pro del aprendizaje. Hace mención también acerca de la capacidad que tienen de revalorizar positivamente las circunstancias. Al respecto, destaca que una valoración funcional y positiva del medio, no supone ocultar o evadir los problemas, sino verlos desde un punto de vista más positivo y considerar las dificultades como desafíos, en lugar de, situaciones irresolubles que amenazan el bienestar y limitan la capacidad de afrontarlas. Éstas promueven el uso de estrategias efectivas para manejar la adversidad. La experiencia de este tipo de emociones, previene la paralización frente a las dificultades, facilitando que los niños puedan comportarse de manera funcional frente a la amenaza. Por último agregar también lo que refiere Oros (2008) que las emociones positivas promueven la perseverancia y la tenacidad frente al fracaso, es decir que la experiencia

frecuente de emociones positivas se relacionaría con el mantenimiento de los esfuerzos para alcanzar los objetivos.

En cuanto lo que infiere el modelo teórico de Fredrickson (2001 citado en Greco, 2010) desarrollado anteriormente, la experiencia de emociones positivas permite la construcción y/o fortalecimiento de recursos personales, que promueve un desarrollo saludable y positivo en la infancia, el cual se entiende como un indicador de salud mental. Con respecto al fortalecimiento de recursos, se destaca la relación existente entre la experiencia de emociones positivas y la flexibilidad cognitiva para resolver problemas interpersonales, ya que contribuye al logro de competencias sociales en la infancia.

Oros, Manucci, y Richaud-de Minzi (2011) explican diferentes emociones y los beneficios que éstas brindan a modo de educación emocional, visibilizando la importancia que tienen las intervenciones escolares para la ocasión. La *serenidad*, por ejemplo, brinda mayores posibilidades de lograr una adecuada interacción social, ya que ésta ayuda a prevenir la indisciplina, mejorar la asertividad y disminuir las conductas agresivas, a su vez, atenúa la inquietud motriz, permite que los niños controlen mejor sus impulsos, muestren menos dificultades para concentrarse. Esto justificaría el auge de programas de prevención de la violencia en la escuela, incluyen en ellos como motor principal el desarrollo de competencias emocionales. También emociones como la *simpatía* y la *gratitud* mejoran los procesos de interacción social ya mencionados, al actuar como predictoras de las conductas morales, prosociales y asertivas, al mismo tiempo que disminuyen el descontrol afectivo. También se ha investigado como la *alegría* produce una especie de contagio que facilita la socialización positiva. La *satisfacción personal*, el *orgullo* y la *autoestima* influyen en el plano social también, se encuentran en relación con las habilidades sociales, la cooperación, la integración social, el trabajo en equipo, la atracción social y los comportamientos morales y prosociales.

Al respecto, Oros (2008) refiere el estudio de Schmidt (2006) en el cual se analizó el perfil de afrontamiento de dos grupos de adolescentes, encontrando que el grupo que experimentaba con frecuencia emociones positivas como el optimismo, la tranquilidad, el interés y la satisfacción, empleaba estrategias de afrontamiento más funcionales, y mostraba menos intentos improductivos para manejar la tensión. La serenidad podría considerarse una de las emociones más relacionadas al afrontamiento exitoso del estrés.

Resultados de estudios previos llevados a cabo por Oros (2008) en niños/as en riesgo por pobreza en Argentina indican que los niños/as que fueron entrenados en técnicas de relajación (serenidad) mostraron un importante progreso en el manejo del estrés, disminuyendo el número de respuestas agresivas y aumentando los intentos de relajación frente a situaciones de tensión interpersonal.

3. - Evaluación de EP

Con respecto a la evaluación de las emociones positivas, los avances se han dirigido principalmente a la población adulta, encontrándose muy pocas escalas aplicables desde la niñez, realidad que también se ve reflejada fuera los límites de Latinoamérica.

Algunos intentos latinoamericanos para evaluar afectos positivos y constructo relacionados en adultos incluyen (citados en Oros, 2014):

La Escala de emociones positivas (Schmidt, 2008), la Escala de Felicidad de Lima (Alarcón, 2006) y su adaptación a adultos mayores venezolanos (Arraga Barrios y Sánchez Villaruel, 2010), la propuesta de Castro Solano (2011) para evaluar la felicidad desde el enfoque de las tres rutas del bienestar psicológico, el Cuestionario de Estilos de Humor (Lillo, 2006), el Cuestionario de Emociones Positivas (Regner, 2009), la Escala de Bienestar Subjetivo para adultos brasileños (Albuquerque y Tróccoli, 2004) y el Cuestionario de Bienestar Psicológico (BIEPS) basado en el modelo de Ryff (Castro Solano, Brenlla y Casullo, 2002; Casullo y Castro Solano, 2000), entre otras. Algunas de estas escalas son aplicables desde la adolescencia y todas presentan un buen funcionamiento psicométrico.

3.1 -Evaluación de EP en infancia

Particularmente en población infantil argentina, existen muy pocos antecedentes en relación a la evaluación de las emociones positivas. Algunas escalas argentinas que han probado ser confiables y válidas (Oros, 2014).

Las escalas presentadas reportan propiedades psicométricas y un buen ajuste con los modelos teóricos existentes, pero su utilidad se reduce a la evaluación de una sola emoción positiva, a la obtención de un único valor general e indiscriminado de afectividad positiva (como en el caso del PANAS). A diferencia del último cuestionario presentado (CIEP), que es el utili-

zado en la presente investigación, el cual evalúa cuatro dimensiones: alegría y gratitud, serenidad, simpatía y satisfacción personal (Oros, 2014).

3.1.1 - Cuestionario Multidimensional de empatía para niños de 9 a 12 años (Richaud de Minzi, Lemos y Oros, 2013)

Se trata de una versión preliminar de autorreporte y está basada en el modelo de Decety y Jackson (2004). Incluye 17 ítems escala de dos en cuatro puntos (Siempre, Muchas veces, Pocas veces, Nunca) para evaluar las siguientes dimensiones: (a) Toma de perspectiva (por ejemplo, Aunque otro piense distinto a mí, puedo entenderlo), (b) Correspondencia afectiva con las emociones o acciones de otros (por ejemplo, Cuando estoy con alguien que está triste yo también me pongo triste), (c) Autoconciencia (por ejemplo, Me doy cuenta cuando estoy triste...) y (d) Autorregulación empática (por ejemplo, Cuando uno de mis amigos está triste yo también me pongo triste pero igual puedo seguir haciendo mis cosas.).

La escala muestra un buen funcionamiento factorial, presenta índices entre bajos y medianamente adecuados de consistencia interna (valores de Alpha de Cronbach entre .54 y .65) (Richaud de Minzi et al., 2013).

3.1.2 - Cuestionario PANAS (Positive and Negative Affect Schedule) para Niños y Adolescentes, PANAS (Sandín, 1997 citado en Sandín 2003).

Prueba elaborada por Sandín (1997) para niños y adolescentes a partir de la forma para adultos del PANAS de Watson, Clark y Tellegen (1988). El PANASN, al igual que el PANAS, es un cuestionario de autoinforme de 20 elementos. Diez ítems evalúan el afecto positivo (p.ej., «Soy una persona animada, suelo emocionarme») y otros diez el afecto negativo (p.ej., «Me siento nervioso»). El cuestionario es cumplimentado por el niño/adolescente teniendo en cuenta la manera en que éste se siente y/o comporta habitualmente, siguiendo una escala de tres alternativas de respuesta: *Nunca*, *A veces*, *Muchas veces* (Sandín, 2003).

Validada a la argentina por Schulz de Begle, Lemos y Richaud de Minzi (2009). Mediante 30 ítems esta escala proporciona un valor independiente para afectos positivos y negativo.

3.1.3 - Cuestionario de Gratitud para niños de 9 a 13 años. Elaborado por Cuello y Oros (2016).

Se trata de un cuestionario de gratitud para niños y adolescentes argentinos de 9 a 13 años de edad, que permite evaluar de manera cuantitativa la capacidad del joven de reconocer que alguien ha tenido la intención de beneficiarlo, la apreciación expresada en agradecimiento y la necesidad o motivación de retribuir el favor recibido. Cuenta con 16 ítems (ocho en sentido directo y 8 en sentido contrario, para evitar la aquiescencia) que ofrecen 3 posibilidades de respuesta: *Si, A veces, No*; en función del grado de acuerdo que tiene el niño con cada una de las afirmaciones enunciadas (Cuello y Oros, 2016).

3.1.4 - Cuestionario Infantil de emociones positivas (Oros, 2014)

El primer cuestionario autoinforme para niños/as argentinos/as que permite obtener un perfil emocional positivo considerando varias emociones simultáneamente, es el utilizado en la presente investigación creado por Laura Oros. Fue ella quien se propuso llenar el vacío de la necesidad de un instrumento autoinforme que permita obtener un perfil emocional positiva considerando varias emociones simultáneamente, mediante la construcción y validación de un cuestionario autoadministrable basado en las medidas preexistentes para evaluar alegría, gratitud, serenidad, simpatía y satisfacción personal en niños argentinos de 8 a 12 años de edad.

Existen muchas emociones positivas que podrían evaluarse en la población infantil, como es así el caso del humor, el interés, la esperanza, el entusiasmo, el amor, el vigor, etc. La autora, Laura Oros, seleccionó una muestra del dominio general de emociones positivas tomando como criterio de inclusión que hayan demostrado ser empíricamente relevantes en estudios previos con niños argentinos, y que se disponga de antecedentes métricos válidos y confiables para medirlas (Hendrie y Lemos, 2011; Oros 2008b, 2009a; 2009b; 2011; Oros y Richaud, 2011; Schulz de Begle, 2009, citado en Oros, 2014).

Evalúa cuatro dimensiones: alegría y gratitud, serenidad, simpatía y satisfacción personal. Está compuesto por 23 ítems que se responden en una escala likert de tres posibles opciones: *sí, más o menos, no*, según el grado de acuerdo con la frase que se expresa. La prueba posee propiedades psicométricas aceptables: validez (análisis factorial exploratorio) y confiabilidad (alpha de cronbach superior a .60 en las cuatro dimensiones) (Oros, 2014).

CAPÍTULO III

1 - Relación entre depresión y ansiedad y emociones positivas.

La investigación sobre salud mental como ya hemos mencionado a lo largo del presente trabajo ha estado caracterizada primordialmente por el estudio de los trastornos mentales, como es el caso de la depresión y la ansiedad. Sin embargo, en los últimos años, se ha señalado la necesidad de indagar factores positivos que funcionan como protectores para el desarrollo de trastornos del estado de ánimo (Hervás, Sánchez & Vázquez, 2008; Labiano, 2007; OMS, 2004; Vázquez & Hervás, 2008 citado en Robles Ojeda, Sánchez Velasco y Galicia Moyeda, 2011).

Los estudios realizados sobre lo que pone en riesgo el bienestar de las personas lleva a los investigadores a darle lugar prioritario a las emociones negativas, dejando de lado en algún modo al análisis y la valoración de las emociones positivas. No obstante, este último tiempo este desbalance ha empezado a equilibrarse (De la Vega y Oros, 2013).

La Psicología Positiva ha desarrollado varias intervenciones con el objetivo de aumentar diversas áreas positivas del ser humano, emociones positivas, sensación de esperanza y autoeficiencia, relaciones positivas, etcétera, las cuales han reportado niveles importantes de eficacia y eficiencia, ya sea de manera aislada o en combinación con otras intervenciones para el tratamiento de síntomas depresivos (Peterson & Park, 2004; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Sin & Lyubomirsky, 2009 citado en Robles Ojeda et al. 2011).

Las emociones positivas logran el efecto de ampliar el repertorio cognitivo y de acción, construyendo recursos personales que promueven la sobrevivencia del organismo y anulan la influencia de las emociones negativas (Fredrickson, 2004). Específicamente, la teoría de la ampliación y construcción, propuesta en el capítulo de Emociones Positivas, plantea que éstas podrían tener como función principal el desarrollo de habilidades y comportamientos nuevos, siendo la función de estas *completamente diferente* a la de las emociones negativas. Mientras que éstas se centran en el afrontamiento de situaciones particularmente negativas dirigiendo la

acción de una forma muy específica, las emociones positivas promueven y benefician la flexibilidad, la ampliación de pensamientos y acciones y la construcción de nuevos recursos para el futuro.

1. - Investigaciones.

Se desarrollarán a continuación los estudios encontrados acerca de la relación entre dimensiones de ansiedad y depresión y emociones positivas (ver tabla 2).

Se ha demostrado que niveles altos de felicidad, disminuyen los estados emocionales negativos como la depresión, el estrés y el pesimismo. Por esto mismo es que los trastornos emocionales son poco frecuentes en personas que poseen altos niveles de felicidad (Gutiérrez & Gonçalves, 2013 citado en Pulido Acosta y Herrera Clavero, 2018). Del mismo modo, aquellas que cuenten con niveles inferiores de este estado emocional pueden tener dificultades para la integración social, bajo autoconcepto y niveles de autoeficacia deficitarios debido a que se ven más vulnerables a padecer trastornos en su salud mental. Estos estados son importantes predictores de la ansiedad o la depresión (Moreno-Rosset, Arnal-Remón, Antequera-Jurado, & Ramírez-Uclés, 2016 citado en Pulido Acosta y Herrera Clavero, 2018).

En el estudio “Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión” (2010) se hace mención acerca de cómo las emociones tales como el optimismo y la esperanza, aumentan la resistencia de las personas a sufrir depresión, mejoran el rendimiento en el trabajo y los niveles de satisfacción vital (Shogren, López, Wehmeyer, Little y Pressgrove, 2006 citado en Cuadra-Peralta, Veloso-Besio, Ibergaray y Rocha, 2010). Seligman (2005), plantea que se explica lo anteriormente mencionado por las dimensiones atribucionales de permanencia y ubicuidad (estabilidad y globalidad). La permanencia consiste en que las personas pesimistas tienden a considerar las causas de hechos adversos o de sus fracasos como permanentes y que así será para toda su vida, en cambio, en las personas optimistas las causas de esos sucesos negativos las consideran transitorias. En los sucesos favorables, las personas optimistas tienden a considerar las causas a características propias, al igual que las capacidades y rasgos, creyendo que son permanentes. Los pesimistas en cambio, consideran los sucesos positivos que les ocurren a as-

pectos temporales y circunstanciales. Con respecto a la ubicuidad, consiste en que los pesimistas dan explicaciones universales a sus fracasos generalizándolos a varios aspectos de sus vidas, en cambio los optimistas dan explicaciones específicas sin provocar cambios en otras áreas, siendo fácil para éstos superar situaciones desfavorables. En los pesimistas, cuando les ocurre un hecho positivo tienen la particularidad de explicarlo de una forma específica. Los optimistas, por el contrario, tienden a explicarlo de una manera universal. La esperanza consiste en encontrar causas permanentes y universales a los acontecimientos positivos, además de causas transitorias y específicas a los sucesos adversos (Seligman, 2005).

Según la investigación de Pulido Acosta y Herrera Clavero, (2018) “Ansiedad y felicidad como estados emocionales contrapuestos en la infancia” en el que se utilizan como instrumentos de evaluación el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC) y un cuestionario elaborado para evaluar la felicidad, en la población infantil española, se halló relación estadísticamente significativa entre ansiedad y felicidad, siendo inversamente proporcional, lo que hace que sí se puedan considerar estados emocionales contrapuestos.

Carballeira, González y Marrero (2011) manifiestan en sus resultados del estudio realizado que se observa una relación positiva entre felicidad y satisfacción vital. En tanto también descubren que las emociones negativas se asocian inversamente con todas las medidas de bienestar.

Restrepo-Restrepo, Vinaccia Alpi, y Quiceno (2011) también manifiestan expuesto de otra manera que aquellos que experimentan menores niveles de ansiedad son los que reflejan niveles superiores en bienestar. El balance entre estados emocionales positivos y negativos, es un predictor de la satisfacción vital, mientras que su desbalance perjudica este funcionamiento.

Se ha demostrado que mayores niveles de felicidad aminoran los estados emocionales negativos como la depresión, el estrés y el pesimismo. De esta manera, aquellos que reflejan niveles inferiores de felicidad se relacionarían con mayor número de problemas de salud mental (Moreno-Rosset, Arnal-Remón, Antequera-Jurado, y Ramírez-Uclés, 2016 citado en Pulido Acosta y Herrera Clavero, 2018).

Las emociones positivas contribuyen a hacer más resistentes a las personas frente a la adversidad y ayudan a construir resiliencia psicológica (Aspinwal, 2001; Carver, 1998; Lazarus,

1993; Lazarus, 1993; Lyubomirsky, King y Diener, 2005 citado en Vecina Jiménez, 2006). Entre las emociones positivas que son estudiadas se encuentran: *la serenidad* que mejorará de alguna manera la asertividad y reduciría la indisciplina así como conductas agresivas, *la simpatía* y *gratitud* que optimizan la interacción social, *la alegría* previene el rechazo de los pares produciendo un contagio que facilite la socialización. Emociones positivas y estrategias de afrontamiento al estrés de niñas y niños positiva y por último la satisfacción personal que reportaría el placer, la cooperación y una adecuada autoestima (Oros, 2014). A saber, también en relación a lo desarrollado *la gratitud* según Watson y Naragon-Gainey (2010 citado en Romero Gonzalez, 2015) como las demás fortalezas, tiene un efecto de protección para los trastornos mentales como la depresión o la ansiedad.

Otras investigaciones hallan que los estados afectivos positivos facilitan la solución creativa de diversos problemas. Además, ayudan a fortalecer ante la adversidad en cuanto que promueven la resiliencia y protegen contra la depresión, siendo esencial que incrementa los recursos psicológicos de afrontamiento de la persona (Fredrickson, 2014 citado en Barragán Estrada y Morales Martínez, 2014).

Como así también Rodríguez de Alba y Suárez Colorado (2012) explican a modo de resultado de su estudio que, las habilidades emocionales, claridad y reparación emocional, se relacionan con la depresión, de modo que a mayores habilidades emocionales, se presenta menor depresión y a menores habilidades emocionales, mayor depresión.

Romero Gonzalez (2015) expone la investigación realizada por McCullough (2002) en la cual se realizó un estudio que tuvo por objetivo demostrar que la gratitud y las emociones positivas son importantes funciones de bienestar. En el estudio participaron 238 personas entre 197 444 años. Y los resultados mostraron una correlación positiva entre gratitud y unos niveles elevados de emociones positivas. Además la gratitud se correlacionó negativamente con el afecto negativo, mostrando unos niveles bajos en depresión y ansiedad. Esta correlación negativa entre la gratitud y el afecto negativo se ratifica con el estudio llevado a cabo por Watkins (2003 citado en Romero Gonzalez, 2015) en que el participaron 66 personas para demostrar la relación inversa de la gratitud con la depresión, la ansiedad y la irritabilidad, dándose unos niveles bajos de este afecto negativo durante el estado de agradecimiento.

Tabla 2. Estado actual del tema sobre investigaciones que estudien la relación entre las dimensiones ansiedad, depresión y emociones positivas.

Autores	Año	Lugar	Herramientas de medición de ansiedad y depresión	Herramientas de medición de emociones positivas
Pulido Acosta, Federico y Herrera Clavero, Francisco.	2018	Granada, España	Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC, Spielberger, 2001),	Cuestionario elaborado para evaluar la Felicidad
Cuadra-Peralta, Alejandro; Veloso-Besio, Constanza; Ibergaray Pérez, Michelle y Rocha Zúñiga, Michel.	2010	Arica, Chile	BDI (Beck, 1979) y CES-D (Radioff, 1977)	Escala de Satisfacción Vital (Cuadra, 2002)
Restrepo-Restrepo, Claudia, Vinaccia Alpi, Stefano y Quiceno, Japcy Margarita.	2011	Medellín, Colombia	Inventario de depresión infantil CDI	Cuestionario de calidad de vida infantil Kid-Kindl, la escala de resiliencia para adolescentes ARS

Carballeira, Mónica; González, José-Ángel y Marrero, Rosario	2015	Murcia, España	Escalas de Afecto Positivo y Negativo - PANAS- (Watson, Clark y Tellegen, 1988)	Escala de Satisfacción con la vida -SWLS- (Diener, Emmons, Larsen, y Griffin, 1985)
				Cuestionario de Felicidad (Lyubomirsky y Lepper, 1999)

Oros (2008) aclara que la promoción de emociones positivas no consiste en reemplazar las emociones negativas por las positivas sino en lograr un mejor balance entre ambas. Así lo anteriormente expuesto urge a incorporar, estimular y/o fortalecer el desarrollo de las emociones positivas en los programas de promoción de salud mental.

Todo lo desarrollado indica una relación inversamente proporcional entre estados emocionales tales como la felicidad como emoción positiva y la ansiedad o depresión como emoción negativa, siendo claramente contrapuestos (Moreno-Rosset, 2016 citado en Pulido Acosta y Herrera Clavero, 2018).

1.2 - Relación en la infancia

En la relación que existe en la infancia se cree que mucho tiene que ver con la *educación* que el infante recibe. Se ponen a prueba las diferentes maneras de acercarse a ellos, como así la escucha, la atención, la contención, la indiferencia, etc. como así también los distintos contextos que el niño habita y de los cuales se nutre para su crecimiento.

La *serenidad* estudiada como emoción positiva por ejemplo, disminuye la inquietud motriz, le da la posibilidad a los niños y niñas que controles sus impulsos, tengan menos dificul-

tades para concentrarse.(Nadeau, 2001 citado en Oros, 2011). También poseen mayores habilidades sociales ya que la serenidad ayuda a prevenir la indisciplina, mejorar la asertividad y disminuir las conductas agresivas (Richaud de Minzi y Oros, 2009).

También la *simpatía* y la *gratitud* benefician los procesos de interacción social, al actuar como predictoras de las conductas que se consideran asertivas, al mismo tiempo que disminuyen el descontrol afectivo. Por su parte, se ha demostrado que la *alegría* beneficia la socialización afectiva (Richaud de Minzi y Oros, 2009).

Estas cinco emociones positivas se encuentra en la base de los comportamientos resilientes y del aprendizaje significativo: alegría, serenidad, gratitud, satisfacción personal y simpatía.

1.3 - Terapia basada en la aplicación de psicología positiva

Se posiciona a la terapia como un punto focal clave para darle visibilidad a la correlación entre estas variables, ya que también se ha dilucidado a partir de las investigaciones revisadas que aplicar psicoterapia positiva brinda notables resultados beneficiosos.

Si hablamos sobre la terapia basada en la psicología positiva para pacientes con depresión, ésta tiene un enfoque derivado de la felicidad y el optimismo, se intenta que las personas piensen de manera positiva y no pongan su foco en las patologías. Asimismo, la psicología positiva propone un cambio de visión frente a las enfermedades, buscando la felicidad y aumentando las emociones positivas. De esta manera, se busca educar al paciente con el propósito de lograr una transformación continua, cambiando el estilo cognitivo de las personas y de este modo, disminuir recaídas, las cuales son frecuentes en este trastorno (Vera Poseck, 2006 citado en Cuadra-Peralta et al., 2010).

Para darle modificación a los pensamientos negativos y aumentar el optimismo, se cambian las respuestas negativas de los individuos por otras más positivas (Seligman, 2005). Para lograrlo se deberán utilizar distintas formas para refutar dichos pensamientos pesimistas, que la propia persona deberá ejecutar, por ejemplo, la evidencia, que consiste en buscar pruebas consistentes que permitan a la persona a darse cuenta de las distorsiones y que desconfirмен el pensamiento pesimista. Otra manera posible puede también ser la de buscar causas alternativas

a lo sucedido y no quedarse con la actual, ya que en muchas oportunidades estas creencias negativas no tienen evidencia (Seligman, 2005).

Cuadra-Peralta et al. (2010) comprueban que los pacientes con depresión poseen una baja satisfacción vital, debido a que cuentan con mayores emociones negativas en relación con su presente, pasado y futuro. En la investigación realizada por Seligman, Rashid y Parks (2006, citado en Cuadra-Peralta et al., 2010) la terapia que se aplicó estuvo basada en la psicología positiva y los resultados mostraron un aumento en la satisfacción vital y una disminución de los síntomas depresivos en los sujetos.

Un estudio que evaluaba los resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión (Cuadra-Peralta et al., 2010), dio cuenta que a partir de la aplicación de emociones positivas, se visibilizaba una importante disminución en los síntomas depresivos, como también un aumento significativo en la satisfacción vital, en los pacientes que asistieron a los talleres de psicoterapia positiva, se obtuvieron mejoría en la totalidad de la muestra y, en algunos casos, presentando ausencia de depresión luego de los talleres de psicología positiva.

La gratitud, reduce los síntomas de ansiedad y depresión (Navarro, Bueno y Buz, 2013 citado en Romero Gonzalez, 2015). También la risa y el buen humor disminuye la depresión, como se demuestra en el estudio de Quintero, Eucaris, Villamil y León, (2015) los resultados demostraron que una intervención con gratitud, perdón, sentido de humor y la memoria autobiográfica pueden producir un aumento del estado de ánimo, satisfacción con la vida, felicidad subjetiva, gratitud, bienestar psicológico, recuerdos y disminuir así la depresión.

Romero Gonzalez (2015) afirma:

En definitiva, la potenciación de la intervención psicológica en gratitud y su práctica demuestran resultados positivos en adolescentes y en adultos, incrementando la satisfacción con la vida, la felicidad, el afecto positivo y el optimismo, tanto desde el punto de vista de mejorar la salud física como la mental y disminuyendo los efectos negativos como la depresión y la ansiedad, a la vez que demuestra una función social al mejorar las relaciones personales. (p.22).

Segunda Parte

MARCO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV: ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. - OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación inició con el **objetivo principal** de analizar la relación y asociación entre dimensiones de ansiedad y depresión y las emociones positivas, en niños y niñas de 8 a 12 años, en Mendoza. De allí se desprendieron tres objetivos específicos que guían el estudio, descritos a continuación:

Objetivo específico

- ✓ Evaluar si existen asociaciones significativas entre las dimensiones del RCADS y las variable sociodemográficas de sexo y edad.
- ✓ Evaluar si existen asociaciones significativas entre las dimensiones de emociones positivas y las variable sociodemográficas de sexo y edad.
- ✓ Evaluar si existe asociación entre dimensiones de ansiedad y depresión con las emociones positivas en escolares.

2. - DISEÑO

2.1 - TIPO DE ESTUDIO

Para alcanzar los objetivos propuestos, se ideó una investigación desde un enfoque cuantitativo de investigación a través de un diseño no experimental transversal de tipo descriptivo correlacional (Hernández Sampieri, Fernandez Collado y Baptista, 2014). El problema de estudio es delimitado y concreto; lo que posibilita la recolección de datos que se estudian y analizan mediante procedimientos estadísticos.

Es no experimental debido a que no existe manipulación de variables por parte del investigador. El corte transversal se utiliza porque la recolección de datos se realizará en un único momento. Por último, es descriptivo porque abarca objetivos orientados a la descripción de variables en un grupo, y correlacional ya que intenta analizar la relación entre las variables del estudio.

3. - DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

Se trabajó con una muestra de características no probabilísticas de 110 niños y niñas, cuya composición por sexo fue 62 niñas (56,4 %) y 48 niños (43,6 %). Las edades oscilaron entre 9 a 12 años, con una media de 10,38 (DE: ,93). Los niños cursaban en dos escuelas públicas del gran Mendoza (una en San Martín y otra en Godoy Cruz), asistiendo al turno mañana la mayoría de ellos (n= 78), mientras que los demás asistían al turno tarde (n= 32).

4. - INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

-Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (Chorpita et al., 2000).

Es una escala de autoinforme para niños que evalúa la ansiedad y depresión de forma multidimensional, en seis escalas: trastorno de ansiedad de separación, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno depresivo mayor. La escala está compuesta por 47 ítems y se responde en un formato tipo Likert (0 a 3). Como fue diseñada originalmente para niños de EE.UU la misma se encuentra en proceso de adaptación a través del proyecto de investigación antes mencionado.

-Cuestionario Infantil de emociones positivas (Oros, 2014)

El Cuestionario Infantil de Emociones Positivas (CIEP), fue diseñado y validado por Oros (2014) con la finalidad de medir la experiencia emocional positiva en niños de 8 a 12 años de edad. Evalúa cuatro dimensiones: alegría y gratitud, serenidad, simpatía y satisfacción personal. Está compuesto por 23 ítems que se responden en una escala likert de tres posibles opciones: sí, más o menos, no, según el grado de acuerdo con la frase que se expresa. La prueba posee propiedades psicométricas aceptables: validez (análisis factorial exploratorio) y confiabilidad (alpha de cronbach superior a .60 en las cuatro dimensiones).

Como la escala se encuentra en adaptación, se estudió la confiabilidad de las dimensiones del RCADS, encontraron los siguientes resultados a través de la prueba Alpha de Cronbach: Fobia Social $\alpha=.766$; Trastorno de pánico $\alpha=.751$; Depresión Mayor $\alpha=.737$; Ansiedad de Separación $\alpha=.614$; TAG $\alpha=.730$; TOC $\alpha=.551$

Índices de Confiabilidad (H Sampieri et al., 2010).

.25 Baja

.50 Media o Regular

.75 Aceptable

.90 Elevada

En cuanto al Alpha de Cronbach, se clasifica según esta escala: >.9 excelente, >.8 bueno, >.7 aceptable, >.6 cuestionable, >.5 pobre y <.5 inaceptable (George y Mallery, 2007).

5. - PROCEDIMIENTO

La presente tesis se enmarca en el proyecto de investigación titulado “*Adaptación de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil (RCADS) en escolares del Gran Mendoza*”, el cual es financiado por la Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua (Res. N° 546/17). En el mismo se está adaptando la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión infantil (RCADS), además de estudiar la relación de este instrumento con pruebas neuropsicológicas. Este proyecto se propuso estudiar la relación entre dimensiones de ansiedad y depresión, con emociones positivas en los niños.

Previo al inicio del estudio se llevaron a cabo una serie de pasos iniciales. Para la recolección de datos, en primer lugar se tomó contacto con distintas escuelas de la provincia de Mendoza. Luego, se solicitó autorización a los directivos de las mismas comentando el propósito de la investigación. Se envió luego una nota de consentimiento informado a los padres, los cuales debieron firmar para que sus hijos participen de la investigación, así como los niños también dar su asentimiento de manera escrita. La administración de los instrumentos fue realizada en los horarios de clase y de manera individual.

5.1 - ANÁLISIS DE DATOS

Los datos fueron analizados a través del Procesador Estadístico para Ciencias Sociales (SPSS v.24.0). En los primeros dos objetivos se empleó el coeficiente de correlación de Pearson y se calcularon estadísticos descriptivos (media y desviación estándar). Para cumplir el tercer objetivo se empleó el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables a estudiar, tomando los criterios de interpretación de Aron y Aron (2001) para el análisis de la intensidad de la correlación.

Tercera Parte
RESULTADOS

CAPÍTULO V: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

A continuación se expondrán los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los cuestionarios para la medición de dimensiones del RCADS y de las emociones positivas, en base a los objetivos de investigación propuestos. En primer lugar se darán a conocer las asociaciones significativas entre esos datos y las variables sociodemográficas de sexo y edad. Y por último se identificará la existencia de correlaciones entre ambas variables (RCADS y CIEP).

Primer objetivo:

- Evaluar si existen asociaciones significativas entre las dimensiones del RCADS y las variables sociodemográficas de sexo y edad.

Para evaluar la diferencia según sexo, se aplicó la prueba t de Student para diferencia de medias (ver tabla 3).

Tabla 3. *Diferencias en las dimensiones del RCADS, según el sexo.*

	Niños (n= 48)	Niñas (n= 62)	<i>t</i>	<i>p</i>
Fobia Social	7.06 (4.66)	9.16 (5.79)	2.041	.044
Trastornos de Pánico	4.14 (3.77)	5.4 (4.58)	1.512	.134
Depresión Mayor	7.60 (4.90)	9.37 (5.24)	1.76	.081
Ansiedad de Separación	3.42 (1.85)	5.35 (3.82)	3.182	.002
Ansiedad Generalizada	6.91 (3.68)	6.85 (3.52)	0.093	.926
TOC	4.89 (2.93)	4.74 (3.41)	0.249	.804

Como resultado, se encontró que hay una diferencia significativa en las variables fobia social y ansiedad de separación, donde los puntajes superiores fueron obtenidos por las niñas.

Para evaluar si existen asociaciones con la edad de los niños y las niñas, se aplicó la prueba de correlación de Pearson (ver tabla 4).

Tabla 4. Correlación entre las dimensiones del RCADS y edad.

Correlaciones entre dimensiones del RCADS y Edad de los niños y niñas. (n=110)		
	Edad	
Fobia Social	<i>r</i>	.211(*)
	<i>p</i>	.028
Trastorno de pánico	<i>r</i>	.093
	P	.338
Depresión Mayor	<i>r</i>	.194(*)
	P	.048
Ansiedad de separación	<i>r</i>	.054
	P	.575
Ansiedad generalizada	<i>r</i>	.272(**)
	P	.004
TOC	<i>r</i>	.064
	P	.505

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

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

Como resultado se obtuvo que la edad correlacionó significativamente con las dimensiones del RCDAS de fobia social, ansiedad generalizada y depresión mayor, siendo positivo en todos los casos. Es decir que a medida que aumentaban las edades de los infantes, las dimensiones mencionadas del RCADS también.

Segundo objetivo:

- Evaluar si existen asociaciones significativas entre las dimensiones de las emociones positivas y las variables sociodemográficas de sexo y edad.

Para evaluar la diferencia según sexo, se aplicó la prueba *t* de Student para diferencia de medias (ver tabla 5).

Tabla 5. *Diferencias en las dimensiones de emociones positivas, según el sexo.*

	Niños(n=48)	Niñas(n=62)	t	p
Emocional Positiva total	58.35 (5.35)	57.37 (5.98)	0.821	.414
Alegría-Gratitud	27.27 (2.29)	27.10 (2.35)	0.369	.713
Serenidad	14.48 (1.95)	13.38 (2.32)	2,54	.013
Simpatía	8.61 (1.63)	9.91 (1.80)	3.836	0
Satisfacción Personal	7.58 (1.39)	6.77 (1.96)	2.403	.018

Como resultado se halló que hay una diferencia significativa en las variables de emociones positivas, específicamente en Serenidad, Satisfacción Personal, y Simpatía. En los primeros dos casos, los valores superiores fueron obtenidos por los niños, y en el caso de Simpatía, fueron las niñas quienes puntuaron significativamente superior.

Para evaluar si existen asociaciones con la edad de los niños, se aplicó la prueba de correlación de Pearson (ver tabla 6).

Tabla 6. *Correlación entre las dimensiones de las emociones positivas y edad.*

Correlaciones entre Emociones Positivas y Edad de los niños y niñas. (n=110)		
	Edad	
Emocional Positiva total	Correlación de Pearson	-.311(**)
	p	.002
Alegría-Gratitud	Correlación de Pearson	-.195(*)

	Sig. (bilateral)	0,049
Serenidad	Correlación de Pearson	-.295(**)
	p	.003
	N	110
Simpatía	Correlación de Pearson	-0.093
	p	.342
	N	110
Satisfacción Personal	Correlación de Pearson	-.255(**)
	p	.008
	N	110

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

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

Como resultado se encontró que la edad correlacionó significativamente con las emociones positivas. Las variables de alegría-gratitud, serenidad y satisfacción personal disminuyeron a medida que aumentaban las edades de los infantes, siendo negativa en la mayoría de los casos.

Tercer objetivo:

- Evaluar si existe asociación entre dimensiones de ansiedad y depresión con las emociones positivas en escolares.

Para evaluar la correlación entre las variables, se aplicó el coeficiente de Correlación de Pearson(ver tabla 7).

Tabla 7. *Correlación entre dimensiones de ansiedad depresión y emociones positivas. (N=110)*

		Emociones Positivas - total	Alegría-Gratitud	Serenidad	Simpatía	Satisfacción personal
Fobia social	Correlación de Pearson	-,385(**)	-,315(**)	-,503(**)	0,108	-,317(**)
	Sig. (bilateral)	0	0,001	0	0,276	0,001
Trastorno de pánico	Correlación de Pearson	-,207(*)	-,217(*)	-,213(*)	0,139	-0,189
	Sig. (bilateral)	0,048	0,029	0,033	0,159	0,053
Depresión mayor	Correlación de Pearson	-,442(**)	-,450(**)	-,443(**)	-0,041	-,341(**)
	Sig. (bilateral)	0	0	0	0,687	0
Ansiedad de separación	Correlación de Pearson	-,278(**)	-,293(**)	-,374(**)	,204(*)	-,214(*)
	Sig. (bilateral)	0,007	0,003	0	0,037	0,028
Ansiedad generalizada	Correlación de Pearson	-,256(*)	-,215(*)	-,279(**)	0,117	-,231(*)
	Sig. (bilateral)	0,013	0,029	0,005	0,235	0,017
TOC	Correlación de Pearson	-,241(*)	-,276(**)	-,276(**)	0,093	-,196(*)
	Sig. (bilateral)	0,02	0,005	0,005	0,344	0,043

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

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

Como resultado se obtuvieron múltiples correlaciones significativas entre las dimensiones evaluadas en ambos cuestionarios. Emocionalidad positiva, Alegría-Gratitud, y Serenidad, correlacionaron de manera inversa con todas las dimensiones del RCADS: Fobia social, trastorno del pánico, depresión mayor, ansiedad de separación, ansiedad generalizada y trastorno obsesivo compulsivo. Satisfacción Personal también correlacionó de manera significativa con casi todas las escalas del RCADS, a excepción de Trastorno de Pánico. Y por último, Simpatía solo arrojó una correlación significativa positiva con Ansiedad de Separación.

CAPÍTULO VI:

DISCUSIÓN

DE RESULTADOS

DISCUSIÓN

El apartado desarrollado a continuación tiene como propósito interpretar las implicancias de los resultados plasmados en el capítulo anterior, en relación al marco teórico de referencia y a los objetivos que guiaron la presente investigación. Se considerará para lo mismo, las investigaciones y planteos de los autores citados.

En relación al **primer objetivo**, evaluar si existen asociaciones significativas entre las dimensiones del RCADS y las variables sociodemográficas de sexo y edad.

En el caso de la variable **sexo**, se observó que hubo diferencia significativa en las dimensiones de fobia social (FS) y ansiedad de separación (TAS), donde los puntajes superiores fueron obtenidos por las niñas. En cuanto a este resultado, se retoma las consideraciones de Cárdenas et al. (2010) acerca de la prevalencia de la FS, quien describe que no existen diferencias entre sexos cuando se trata de población clínica, es decir en aquellos pacientes que asisten a un centro de atención de salud mental, sin embargo en la población en general hay un predominio en el sexo femenino.

Ruiz Sancho y Lago Pita (2005) exponen que el TAS en poblaciones clínicas de niños, tiene la misma frecuencia en los varones y en las mujeres. Sin embargo, en la población general, el porcentaje es más frecuente en las mujeres, corroborando así los resultados obtenidos.

No obstante, el impacto del sexo en relación a los puntajes obtenidos es bajo, no existiendo diferencias significativas en las demás variables.

Se puede pensar que existe un predominio de la sintomatología más internalizante en mujeres debido, entre otros factores, a las diferentes pautas de desarrollo, interacción con los padres, ambiente, cultura y educación familiar que encontramos todavía en la sociedad occidental (Valencia García y Andrade Palos, 2005 citado en Navarro-Pardo, Meléndez, Galán y Sancerni, 2012) mientras que en los varones el predominio se da en trastornos externalizantes, como podrían ser problemas de conducta (Navarro-Pardo, Meléndez, Galán y Sancerni, 2012).

Del mismo modo, se han revelado estudios referidos al sexo en relación con las manifestaciones de la fobia social, indican que las niñas presentan más síntomas físicos y cognitivos,

y también mayor ansiedad social, en cambio, las conductas de evitación y escape de las situaciones sociales temidas, parece ser más propio de los varones (Inglés, Piqueras, García-Fernández, García-López, Delgado y Ruiz-Esteban, 2010). Es probable así, que la variable cultural pueda ser un elemento relevante a la hora de analizar estos resultados, afectando la misma al contexto en el que los niños y niñas se encuentran y se desarrollan. Ya que pese a que la distribución de los roles está cambiando, aún sigue manteniéndose ideas que influyen también en la educación infantil (Inglés et al, 2010).

En cuanto a la variable **edad**, se observó que a medida que ésta aumentaba en los infantes, las dimensiones de fobia social (FS), ansiedad generalizada (TAG) y depresión mayor (TDM) del RCADS también. Sandín et al. (2009) confirman que las puntuaciones más elevadas en la toma del RCADS suelen darse en FS, TAG y TDM. Así pues, Ortega Osorio (2015) explica que en el caso de la depresión infantil, ésta aumenta con la edad. Los hallazgos obtenidos en el estudio de Mantilla, Sabalza Peinado, Díaz Martínez, y Campo-Arias, (2014) apoyan este mismo concepto de que la prevalencia de trastornos depresivos aumenta en forma importante a partir de la pubertad. Es decir, se ha estimado del 1,8% en niños de 9 años, del 2,3% en adolescentes de 13 y 14 años y del 3,4% en jóvenes de 18 años.

En cuanto a la correlación entre, fobia social y edad, la APA (2013) muestra que la tasa de prevalencia de FS disminuiría con la edad, lo cual no coincide con los resultados obtenidos en la presente investigación. Sin embargo, esta asociación señala que las *cifras reales* son considerablemente más altas, ya que la FS tiende a pasar desapercibida y diagnosticarse tiempo después de que apareciesen los primeros síntomas. En los casos de niños más pequeños puede ser difícil de diferenciar de otros trastornos de ansiedad como la ansiedad de separación. Como vemos diagnosticar en la infancia *es complejo*, ya que al tratarse de niños pueden tener dificultades para el reconocimiento y la expresión de algunos síntomas, además, los familiares, profesores, etc., pueden tardar más tiempo en buscar ayuda profesional por diferentes motivos, uno de ellos y de gran relevancia, tiene que ver con la creencia de que en la infancia no existe depresión ni ansiedad (Ortega Osorio, 2015).

En coincidencia con los resultados obtenidos existen autores que señalan que algunas dimensiones de ansiedad y depresión infantil aumentan con la edad, sin embargo no todas lo hacen, como fue este el caso de las dimensiones que no aumentaron: TAS, TOC, TDP. Entre

ellos Ruiz Sancho y Lago Pita (2005) explican que, el TAS tiende a disminuir a partir de los 12 y se descarta que exista después de los 18 años, mas precisamente dicho trastorno afecta a un 3-5% de los niños y a un 2-4% de los adolescentes. La misma tendencia se observa en TDP, los cuales si bien pueden aparecer en la población infantil, la prevalencia global de los mismos es baja antes de los 14 años de edad (< 0,4 %) (APA, 2013).

En el caso del TOC la prevalencia a lo largo de la vida es del 1% al 3%, lo que lo convierte en uno de los trastornos neuropsiquiátricos más frecuentes (Rapeé, 2016), este último dato estadístico que se encontró en otras investigaciones no condice con los resultados obtenidos, ya que el trastorno obsesivo-compulsivo, no presentó diferencias significativas.

Continuando con el **segundo objetivo**, es decir, evaluar si existen asociaciones significativas entre las dimensiones de las emociones positivas y las variables sociodemográficas de sexo y edad. Se observó con respecto a la variable **edad** que, los indicadores de alegría-gratitud, serenidad y satisfacción personal disminuyeron a medida que aumentaban las edades de los infantes, siendo negativa en la mayoría de los casos.

En relación a la felicidad (entiéndase como la consecuencia de la alegría-gratitud), Pulido Acosta y Herrera Clavero, (2018) manifiestan en sus resultados estadísticos que, se experimenta un descenso progresivo a medida que aumenta la edad cronológica. Se puede decir, que a medida que el niño crece, disminuyen los niveles de felicidad. Estos resultados se verifican con el estudio realizado por Restrepo-Restrepo et al. (2011), quien señala que la satisfacción personal disminuye a medida que acrecienta la edad de los niños y las niñas, como así mismo aumentan los indicadores de emociones negativas. Pulido Acosta y Herrera Clavero (2018) en sus resultados destacan la importancia que concedida al contexto cultural y sus influencias sobre el bienestar psicológico, entendiendo a la cultura como variable predictora e influyente de la felicidad.

En cuanto a la variable **sexo**, los resultados obtenidos muestran mayor puntuación en el indicador de simpatía en niñas, y en aquellos referidos a la serenidad y satisfacción personal en niños. En consonancia, Quiceno y Vinaccia, (2015 citado en Pulido Acosta y Herrera Clavero, 2018) en su estudio exponen que fueron los varones quienes demostraron niveles superiores en cuanto a la satisfacción personal. Es decir, son los varones quienes perciben mejor la presencia de emociones positivas, teniendo mayor satisfacción por la vida, mejor aceptación de su aspecto

físico e imagen corporal, y más seguridad y confianza consigo mismos (Quiceno y Vinaccia, 2015 citado en Pulido Acosta y Herrera Clavero, 2018).

En relación al predominio del indicador simpatía en las niñas, los resultados de la presente investigación coinciden con los de Lemos, Hendrie, y Oros (2015), quienes encontraron que la simpatía presenta diferencias significativas entre niñas y niños, siendo las niñas las que obtuvieron los puntajes más altos. Este aspecto coincide con lo señalado por Shaffer (1994 citado en Lemos et al., 2015) quien menciona que niñas presentan expresiones empáticas más intensas que los niños. También Russell y Mentzel (1990 citado en Lemos et al., 2015) señalan que ellas muestran mayor simpatía que los hombres frente a situaciones de la cotidianidad. Del mismo modo, Kienbaum, Volland, y Ulich (2001 citado en Lemos et al., 2015), estudiaron la relación entre las variables sociales, personales, la simpatía y la conducta prosocial en la población infantil y encontraron como resultado que en situaciones de mayor estrés las niñas presentan mayor simpatía que los varones. Así se podría sostener que en general se presenta una tendencia del género femenino a presentar mayor simpatía.

En cuanto al último objetivo y propósito inicial de la investigación, precisamente, evaluar si existe asociación entre dimensiones de ansiedad y depresión con las emociones positivas en escolares, se observa que los resultados obtenidos corroboran los estudios y elaboraciones mencionados en el marco teórico. Específicamente, los resultados muestran una *correlación negativa* entre dichas variables, es decir a medida que los indicadores de ansiedad y depresión aumentaban, las emociones positivas disminuían.

Estos resultados coinciden con los hallados por Pulido Acosta y Herrera Clavero (2018), quienes encontraron una relación estadísticamente significativa entre ansiedad y felicidad en niños y adolescentes, siendo inversamente proporcional. Según los resultados de Restrepo-Restrepo et al. (2011), aquellos que experimentan menores niveles de ansiedad son los que reflejan niveles superiores en bienestar.

Todo lo desarrollado indica una relación inversamente proporcional entre estados emocionales tales como la felicidad como emoción positiva y la ansiedad o depresión como emoción negativa, siendo claramente contrapuestos (Moreno-Rosset, 2016 citado en Pulido Acosta y Herrera Clavero, 2018).

Lo anterior da cuenta de la relevancia que adquiere el estudio de psicopatología infantil y su diagnóstico temprano en la vida de los niños, ya que es posible que éste se convierta en determinante de su estado psicológico futuro.

Si tenemos en cuenta los resultados obtenidos podría considerarse que aplicar la psicoterapia positiva brindaría resultados beneficiosos en la disminución de los síntomas de ansiedad y depresión infantil, como bien indican los estudios ya mencionados en la relación de estas variables (Cuadra-Peralta et al., 2010; Quintero, Eucaris, Villamil y León, 2015; Navarro, Bueno y Buz, 2013).

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

Conclusiones

Si bien, en las últimas décadas ha tenido mayor impulso la investigación científica de las emociones en el ámbito de la Psicología, todavía es un área inconclusa que requiere de nuevos estudios que permitan comprender en profundidad el papel que las emociones positivas desempeñan en el bienestar subjetivo y en la promoción de la salud. Oros (2008) considera que la promoción de emociones positivas no consiste en reemplazar las emociones negativas por las positivas sino en lograr un mejor balance entre ambas. Así lo anteriormente expuesto invita a incorporar, estimular y/o fortalecer el desarrollo de las emociones positivas en los programas de promoción de salud mental. Todo ello con el fin último de ayudar a mejorar la calidad de vida de los seres humanos y reducir la incidencia de los trastornos mentales y emocionales en la población infantil.

Si se tiene en cuenta que el aspecto emocional es fundamental dentro del desarrollo infantil, se pone en evidencia la necesidad de profundizar acerca de los diversos problemas emocionales que se pueden presentar a lo largo de la infancia. Estos generan importantes consecuencias sobre el desarrollo cognitivo, social y afectivo de los niños, y por lo tanto influyen en la adolescencia y adultez cuando estos síntomas no son atendidos oportunamente. En esta dirección, Marsh y Graham (2001), afirman que “existen continuidades a lo largo de la vida en muchas formas de psicopatología infantil. Aunque la naturaleza y gravedad de sus problemas pueden cambiar, muchos niños no superan las dificultades de la infancia” (p. 29). Por lo tanto, el diagnóstico temprano adquiere una importancia fundamental en la vida de los niños, ya que es posible que éste se convierta en determinante de su estado psicológico futuro.

El área de las emociones positivas y de los trastornos mentales en la población infantil argentina, son temas sobre los que aún resta profundizar científicamente.

El objetivo final de este proyecto de investigación ha sido arrojar luz sobre una cuestión poco examinada, porque si bien abundan los estudios que analizan y afirman el rol de los trastornos mentales sobre los comportamientos sociales, la influencia de las emociones positivas ha sido menos tenida en cuenta a pesar de sus meritorias influencias en la salud psicosocial de los niños y niñas.

Hoy se remarca la importancia de darle a los niños y niñas una educación emocional que enseñe a controlar, identificar y gestionar sus emociones. Como también darle voz a la infancia que padece, contar con herramientas válidas para captar síntomas a tiempo, de manera que se pueda tratar. Es así que el contexto escolar permitiría el desarrollo de capacidades para ello y sin la existencia de entornos facilitadores y reforzadores de las conductas emocionalmente positivas, su aparición y desenvolvimiento en las personas, y sobre todo en la infancia, se vería limitado.

En este sentido, se puede mencionar que las investigaciones sobre emociones positivas, depresión y ansiedad han mostrado que las personas que ponen en práctica emociones positivas presentan menos estados emocionales negativos y mayor capacidad para moderarlos, y relaciones más positivas en sus interacciones sociales. Dados los beneficios ya comentados, que conllevan las emociones positivas para la salud, la educación, el bienestar y el ajuste psicológico de los sujetos, es que resulta de gran importancia continuar profundizando en la temática y encontrar aplicaciones prácticas para su optimización, sobre todo en la población infantil.

Si bien los resultados obtenidos nos llaman la atención sobre la presencia de ansiedad y depresión en población infantil no clínica como así también de la relación entre la misma y las emociones positivas, es importante señalar que al tratarse de una temática compleja y que fue abordada en la presente investigación con una muestra no demasiado extensa y de características no probabilísticas sería interesante continuar profundizando en esta línea de investigación. Se considera que la realización de estudios con mayor cantidad de muestra y de características representativas aportaría al conocimiento de la relación entre depresión infantil y emociones positivas.

Del mismo modo, como sugerencia para futuras investigaciones puede mencionarse la importancia de investigar sobre el desarrollo de fortalezas y virtudes en población infantil. Asimismo resulta interesante conocer la prevalencia de estas fortalezas en población infantil local. De la misma manera, continuar avanzando en la toma de datos sobre prevalencia de trastornos depresivos y ansiosos en población no clínica infantil. De forma tal, que se elaboren herramientas para acompañar en el proceso de estos padecimientos, y no se vea afectada, en el peor de los casos, la adultez. La familia también puede ser el objeto de estudio, contemplando la influencia de sus habilidades emocionales, como agente influyente en el desarrollo sus hijos.

Por todo lo expuesto, queda la gran tarea de continuar investigando y analizando, como toda temática en desarrollo, sus alcances en la infancia, y así, trabajar en la educación emocional en la infancia como una herramienta para el logro de mejores niveles de desarrollo y bienestar en los niños y niñas, y en la construcción de herramientas de intervención y acompañamiento para niños y niñas que sufren trastornos mentales y emocionales.

Referencias bibliográficas

BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Editorial Médica Paramericana.
- Andrade Palos, P., Betancourt Ocampo, D., y Vallejo Casarín, A. (2010). Escala para evaluar problemas emocionales y conductuales en adolescentes. *Investigación universitaria multidisciplinaria*, 9, 37-44. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3705750>.
- Ardiaca, C.A. (2016). *Evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes: análisis de las propiedades psicométricas del SCARED y del CASI-N en población infanto-juvenil madrileña* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/37627/1/T37200.pdf>
- Barragán Estrada, A., y Morales Martínez, C. (2014). Psicología de las emociones positivas: Generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19(1), 103-118. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>
- Batista, G. S. (2013) *Validación de la versión abreviada de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión para Niños (RCADS-30) en la ciudad de Holguín, Cuba*. (Tesis de Maestría en Psicología). Universidad Central de Marta Abreu de las Villas. Holguín, Cuba.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483–524. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
- Blanco G., R. (2006). La Equidad y la Inclusión Social: Uno de los Desafíos de la Educación y la Escuela Hoy. *REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 4(3), 1-15. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/551/55140302.pdf>
- Bouvard, M., Denis, A., & Roulin, J. L. (2015). The French version of the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) in a nonclinical sample. *Swiss Journal of Psychology*, 74, 119-127. DOI: <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000158>
- Carballeira, M., González, J., y Marrero, R. (2015). Diferencias transculturales en bienestar subjetivo: México y España. *Anales de Psicología*, 31(1), 199-206. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/167/16732936021.pdf>

- Cárdenas, E. M., Feria, M., Palacios, L., y De la Peña, F. (2010). Guía clínica para los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*. México. Recuperado de:
http://inprf-cd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_afectivos.pdf
- Chorpita, B. F., Moffitt, C. E., & Gray, J. (2005). Psychometric properties of the Revised Child Anxiety and Depression Scale in a clinical sample. *Behaviour research and therapy*, 43(3), 309-322. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.02.004>
- Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C. E., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSMIV anxiety and depression in children: A Revised Anxiety and Depression Scale. *Behaviour Research and Therapy*, 38 (8), 835–855. DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00130-8.
- Cía, A.H. (2002). *La ansiedad y sus trastornos. Manual Diagnóstico y Terapéutico*. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Contreras, F, y Esguerra, G. (2006). Psicología positiva: una nueva perspectiva en psicología. *Diversitas*, 2(2), 311-319. Recuperado de:
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v2n2/v2n2a11.pdf>
- Cuadra, H. Y Florenzano, R. (2003). El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 12 (1), 83-96.
- Cuadra-Peralta, A., Veloso-Besio, C., Ibergaray Pérez, M., y Rocha Zúñiga, M. (2010). Resultados de la psicoterapia positiva en pacientes con depresión. *Terapia psicológica*, 28(1), 127-134. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082010000100012>
- Cuello, M., y Oros, L. B. (2011). *Cuestionario de gratitud para niños*. Centro Interdisciplinario de Psicología Matemática y Experimental. Buenos Aires: Argentina.
- De Ross, R.L., Gullone, E., & Chorpita, B.F. (2002). The revised child anxiety and depression scale: a psychometric investigation with Australian youth. *Behaviour Change*, 19(2), 90-101. DOI: <https://doi.org/10.1375/bech.19.2.90>
- De la Vega, N., y Oros, L. B. (2013). El rol de las emociones positivas empáticas en el comportamiento social de los adolescentes. *Psicodebate*, 13(1), 4-18. Recuperado de: <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/1385>

- Del Barrio, M.V. (1990). Situación actual de la evaluación de la depresión infantil. *Evaluación Psicológica*, 6 (2), 171-209.
- Del Barrio, M.V. (2010). Salud mental infanto-juvenil: requisitos para su evaluación, diagnóstico precoz y prevención. *INFOCOP*, 49, 13-19.
- Ebesutani, C., Chorpita, B. F., Higa-McMillan, C. K., Nakamura, B. J., Regan, J., & Lynch, R. E. (2011). A psychometric analysis of the revised child anxiety and depression scales version in a school sample. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39(2) 173-85. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9460-8>.
- Ebesutani, C., Reise, S. P., Chorpita, B. F., Ale, C., Regan, J., Young, J., & Weisz, J. R. (2012). The Revised Child Anxiety and Depression Scale-Short Version: Scale reduction via exploratory bifactor modeling of the broad anxiety factor. *Psychological Assessment*, 24(4), 833-845. DOI: 10.1037/a0027283
- Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>
- Esborn, B. H., Somhovd, M. J., Turnstedt, C., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2012). Assessing the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) in a national sample of Danish youth aged 8–16 years. *Plos One*, 7(5). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0037339>
- Fredrickson, B.L. (2004). El poder de los buenos sentimientos. *Mente y Cerebro*, 8, 74-78. Recuperado de: www.unc.edu/peplab/publications/Fredrickson_AmSci_Spanish_2003.pdf
- Gold, A. (2006). Trastornos de ansiedad en niños. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 77(1), 34-38.
- Gomez, V., Kilincaslan, A., Oregul, A. C., Ebesutani, C., Kaya, I., Ceri, V., & Chorpita, B. (2016). Psychometric properties of the Turkish translation of the revised child anxiety and depression scale-child version (RCADS-CV) in a clinical sample. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 26(4), 1-10. DOI: 10.5455/bcp.20161218085312
- Greco, C. (2010). Las emociones positivas: su importancia en el marco de la promoción de la

salud mental en la infancia. *Liberabit*, 16(1), 81-93. Recuperado de:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272010000100009&script=sci_abstract

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. & Baptista L, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6° Ed.). México D.F.: McGraw-Hill.

Hervás, G. (2009). Psicología positiva: una introducción. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23(3), 23-41.

Inglés, C., Piqueras, J., García-Fernández, J., García-López, L., Delgado, B. y Ruiz-Esteban, C. (2010). Diferencias de género y edad en respuestas cognitivas, psicofisiológicas y motoras de ansiedad social en la adolescencia. *Psicothema*, 22(3), 376-381

Kösters, M. P., Chinapaw, M. J., Zwaanswijk, M., van der Wal, M. F., & Koot, H. M. (2015). Structure, reliability, and validity of the revised child anxiety and depression scale (RCADS) in a multiethnic urban sample of Dutch children. *BMC psychiatry*, 15(1), 132-140. DOI: 10.1186/s12888-015-0509-7.

Lemos, V., Hendrie, K. y Oros, L. (2015). Simpatía y conducta prosocial en niños de 6 y 7 años, *Revista de Psicología*, 11(21).

Magán, I., De Vicente, A., y Berdullas, S. (2010). Salud mental en niños y adolescentes - El reto de potenciar la salud psicológica infanto-juvenil. *Infocop*, 49, 3-6. Recuperado de: <http://www.cop.es/infocop/pdf/1861.pdf>

Mantilla Mendoza, L., Sabalza Peinado, L., Díaz Martínez, L., y Campo-Arias, A. (2004). Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(2), 163-171.

Martínez Martí, M.L. (2006). El estudio científico de las fortalezas trascendentales desde la Psicología Positiva. *Clínica y Salud*, 17(3), 245-258. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742006000300003&lng=es&tlng=es

Martín Vivar, M. (2017). *Nuevas evidencias de fiabilidad y validez de la versión reducida de 30 ítems de la Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS-30)* (Tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández de Elche, España.

Mehmood, T., & Sultan, S. (2014). Translation And Adaptation of Revised Children's anxiety And Depression Scale. *International Journal of Liberal Arts and Social Science*, 5(2),

Méndez, F. X., Orgilés, M., y Espada, J. P. (2008). *Ansiedad por separación: psicopatología, evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.

Mesurado, B. (2010) La experiencia de Flow o Experiencia Óptima en el ámbito educativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 183-192. Recuperado de:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v42n2/v42n2a02.pdf>

Moyano, N. (2011) Gratitud en la psicología positiva. *Psicodebate 10. Psicología, cultura y sociedad*, 11(1), 103-117. Recuperado de:
https://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico11/11Psico_01.pdf

Navarro-Pardo, E., Meléndez Moral, J., Sales Galán, A., y Sancerni Beitia, M. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24 (3), 377-383. Recuperado de:
<http://www.psicothema.com/PDF/4026.pdf>

O'Neil, K. A., Podell, J. L., Benjamin, C. L., y Kendall, P. C. (2010). Comorbid depressive disorders in anxiety-disordered youth: demographic, clinical, and family characteristics. *Child Psychiatry Human Development*, 41(3), 330- 441.

Oros, L. (2008). Promoviendo la serenidad infantil en el contexto escolar: Experiencias preliminares en una zona de riesgo ambiental. *Interdisciplinaria*, 25(2), 181-195.

Oros, L. (2009). El valor adaptativo de las emociones positivas: Una mirada al funcionamiento psicológico de los niños pobres. *Interamerican Journal of Psychology*, 43(2), 288-296. Recuperado de:
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-96902009000200010.

Oros, L. (2013) Emociones positivas y niñez: ¿Qué sabemos al respecto?; Universidad Peruana Unión; *Revista de Investigación Universitaria*, 2(1), 13-21. Recuperado de:
<http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/riu/article/view/22/pdf>

Oros, L. (2014). Nuevo cuestionario de emociones positivas para niños. *Anales de Psicología*, 30(2), 522-529. DOI:<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.158361>

Oros, L., y Fontana, Nalesso A (2015). Niños socialmente hábiles: ¿Cuánto influyen la empatía y las emociones positivas?. *Interdisciplinaria*, 32(1), 109-125.

- Oros, L., Manucci, V., y Richaud-de Minzi, M. (2011). Desarrollo de emociones positivas en la niñez. Lineamientos para la intervención escolar. *Educación y Educadores*, 14(3) 493-509. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/834/83422605004.pdf>
- Ortega Osorio, M. (2015). *Factores de riesgo y protección de la depresión infantil: una revisión bibliográfica* (Tesis de grado). Universidad de Jaén. España. Recuperado de: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1962/1/Ortega_Osorio_Macarena_TFG_Psicologia.pdf
- Páramo, M. A. (2012) Normas para la presentación de citas y referencias bibliográficas según el estilo de la American Psychological Association (APA): Tercera edición traducida de la sexta en inglés. Documento de cátedra de Taller de Tesina. Facultad de Psicología, Universidad del Aconcagua. Mendoza.
- Piqueras, J. A., Martín-Vivar, M., Sandín, B., San Luis, C., & Pineda-Sánchez, D. (2017). The Revised Child Anxiety and Depression Scale: A systematic review and reliability generalization meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 153-169. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.022>
- Piqueras, J.A., Martínez, A., Ramos, V., Riveto, R., García, L. y Oblitas, L. (2008). Ansiedad, Depresión y Salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 43-73. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604002.pdf>
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V. y Oblitas Guadalupe, L.A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma psicológica*, 16, 85-112. Recuperado de: <http://publicaciones.konradlorenz.edu.co/index.php/sumapsi/article/view/136>
- Pulido Acosta, F., y Herrera Clavero, F. (2018). Predictores de la felicidad y la inteligencia emocional en la educación secundaria. *Revista Colombiana de Psicología*, 27, 71-84. DOI: <https://doi.org/10.15446/rcp.v27n1.62705>.
- Pulido Acosta, F., y Herrera Clavero, F (2018). Ansiedad y felicidad como estados emocionales contrapuestos en la infancia. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 8(2), 65–77. DOI: [doi:10.30552/ejihpe.v8i2.245](https://doi.org/10.30552/ejihpe.v8i2.245).
- Quintero, A., Eucaris, M., Villamil, M.M. y León, J. (2015). Cambios en la depresión y el Sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Terapia de la risa para la depresión y el sentimiento de soledad*, 35, 90-100. DOI: <http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v35i1.2316>

- Rapeé, R.M. (2016). Trastornos de Ansiedad en Niños y Adolescentes: Naturaleza, Desarrollo, Tratamiento y Prevención. *Libro electrónico de IACAPAP de Salud Mental en Niños y Adolescentes*. Irarrázaval M., y Stefan MT, (trad.). Gineva. Recuperado de: https://www.academia.edu/36901774/TRASTORNOS_DE_ANSIEDAD
- Restrepo-Restrepo, Claudia, Vinaccia Alpi, Stefano, y Quiceno, Japcy Margarita. (2011). Resiliencia y depresión: Un estudio exploratorio desde la calidad de vida en la adolescencia. *Suma Psicológica*, 18(2), 41-48. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/sumps/v18n2/v18n2a04.pdf>
- Richaud de Minzi, M.C., Lemos, V., y Oros, L.B. (2013). *Cuestionario Multidimensional de Empatía para Niños de 9 a 12 años*. Trabajo presentado en el XXXIV Congreso Interamericano de Psicología. Brasilia, Brasil.
- Richaud de Minzi, M.C., y Oros, L.B. (2009). Emociones positivas, flexibilidad cognitiva y afrontamiento del estrés en niños. En: M. V. Mestre Escrivá (Org.), Simposio presentado en el marco del XXXII Congreso Interamericano de Psicología, Guatemala, Guatemala.
- Robles Ojeda, F., & Sánchez Velasco, A., & Galicia Moyeda, I. (2011). Relación del Bienestar Psicológico, Depresión y Rendimiento Académico en Estudiantes de Secundaria. *Psicología Iberoamericana*, 19(2), 27-37. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1339/133921440004.pdf>
- Rodríguez de Alba, U., y Suárez Colorado, Y. (2012). Relación entre inteligencia emocional, depresión y rendimiento académico en estudiantes de psicología. *Psicogente*, 15(28), 348-359. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6113882>.
- Romero González, V. (2015). *La gratitud como fortaleza humana: una revisión bibliográfica* (Tesis de grado). Universidad de Jaén. España. Recuperado de: http://tauja.ujaen.es/bitstream/10953.1/1982/1/Romero_Gonzalez_MVictoria_TFG_Psicologa.pdf
- Ruiz, A. y Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. *AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría*, 265-280. Recuperado de: https://www.aepap.org/sites/default/files/ansiedad_0.pdf
- Samaniego, V.C. (2008). El Child Behavior Checklist : su estandarización en población urbana argentina [en línea]. *Revista de Psicología*, 4(8). Recuperado de: <http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/revistas/child-behavior-checklist-estandarizacion-samaniego.pdf>

- Sandín, B. (2003). Escalas Panas de afecto positivo y negativo para niños y adolescentes (PANASN). *Revista de Psicopatología y psicología clínica*, 8(2), 173-182. Recuperado de: [http://aepcp.net/arc/06.2003\(2\).Sandin.pdf](http://aepcp.net/arc/06.2003(2).Sandin.pdf)
- Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales?. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18(3), 255-286. Recuperado de: http://www.aepcp.net/arc/08_2013_n3_sandin.pdf
- Sandín, B., Valiente, R., y Chorot, P. (2009). RCADS: Evaluación de los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 3, 193-206. Recuperado de: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/4078/3932>
- Seligman, M.E.P. (2005). *La auténtica felicidad* (M. Diago & A. Debrito, Trans.). Colombia: Imprelibros, S.A. (Trabajo original publicado en 2002).
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Spielberger, C.D. (2001). STAIC. *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo en niños*. Madrid: TEA.
- Valdés, J.F. (2015). *Relación entre Ansiedad Rasgo, Sensibilidad a la Ansiedad y Síntomas de Ansiedad en Niños y Adolescentes* (Tesis doctoral). Universidad de Málaga. España. Recuperado de: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/11513/TD_FERNANDEZ_VALDES.pdf?sequence=1
- Vecina Jimenez, M.L.(2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, 27, 9-17. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1280.pdf>
- Véliz-Burgos, A. (2012). Propiedades psicométricas de la escala de bienestar psicológico y su estructura factorial en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas*, 11(2), 143-163. DOI: 10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue2-fulltext-196
- Vera Poseck, B. (2006). Psicología positiva: una nueva forma de entender la psicología. *Papeles del Psicólogo*, enero-abril. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77827102>
- Verduin, C y Kendall, P. C. (2003). Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescence Psychology*, 32, 290-295.

World Health Organization (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

ANEXOS

Modelo de Cuestionario de emociones positivas.

CUESTIONARIO INFANTIL de EMOCIONES POSITIVAS

Por favor responde las frases que aparecen más abajo haciendo una cruz (x) en la casilla que corresponda: *Si, Más o menos, o No.*

No hay respuestas correctas o incorrectas, sólo es importante que seas honesto. Muchas Gracias.

	Si	Más o menos	No
1. Soy una persona alegre			
2. Estoy agradecido con varias personas, por lo que hacen por mí			
3. La mayor parte de los días me siento en paz			
4. Valoro cuando los demás me ayudan			
5. Soy bastante tranquilo			
6. Me pongo muy mal si veo que alguien se lastima			
7. Si veo llorar a un/a nene/a me dan ganas de llorar a mí también			
8. Me quiero mucho a mí mismo			
9. Soluciono mis problemas con mucha tranquilidad			
10. Me gusta devolver favores			
11. Cuando alguien está solo y aburrido me dan ganas de acercarme y jugar con él			
12. Me divierto mucho con las cosas que hago			
13. Soy muy feliz			
14. Casi siempre estoy relajado			
15. Siempre que puedo, devuelvo los favores que recibo			
16. Siento que soy muy valioso			
17. Aunque tenga problemas, igual mantengo la calma			
18. Casi siempre la paso bien			
19. Me quedo tranquilo aunque no pueda hacer lo que me gusta			
20. Siento que soy importante			
21. Si alguien está llorando me dan ganas de abrazarlo o consolarlo			
22. Me gusta agradecerle a la gente			
23. Casi siempre estoy contento/a			

Modelo de Escala Revisada de Ansiedad y Depresión infantil.

Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil, versión para niños de Argentina

Nombre:

Edad:

Por favor marca con círculo la palabra que muestre con cuánta frecuencia te sucede cada una de las siguientes oraciones. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1	Me preocupo por muchas cosas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
2	Me siento triste.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
3	Cuando me pongo nervioso, siento algo feo en mi panza.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
4	Cuando hago algo mal, me preocupa lo que puedan pensar los demás de mí.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
5	Me preocupa quedar mal delante de otras personas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
6	Me da miedo quedarme solo en casa.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
7	No me divierto tanto como antes.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
8	Me da miedo una prueba o presentación oral.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
9	Me preocupa pensar que alguien está enojado conmigo.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
10	Tengo pensamientos malos y tontos.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
11	Me cuesta dormirme o me despierto solo en las noches.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
12	Me preocupa que piensen mal de mí porque me va mal en la escuela.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
13	Me preocupa que le pueda pasar algo malo a alguien de mi familia.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
14	De golpe siento que me falta el aire y no puedo respirar.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
15	Tengo poco hambre en estos días.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
16	Tengo que controlar varias veces que hice las cosas bien (como haber apagado la luz, o haber cerrado la puerta con llave).	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
17	Me da miedo dormir solo en mi pieza.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
18	Me cuesta ir a la escuela porque me siento nervioso.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
19	Tengo pocas ganas para hacer cosas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
20	Me preocupa que me vean como un tonto.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
21	Casi todos los días estoy muy cansado.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>

22	Muchas veces al día me preocupa que me pasen cosas malas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
23	No me puedo sacar de mi cabeza pensamientos malos o tontos.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
24	Cuando tengo un problema me late muy fuerte el corazón.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
25	Últimamente me cuesta concentrarme.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
26	De pronto me empiezo a sentir agitado sin ningún tipo de problema.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
27	Me preocupa que me pase algo malo	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
28	Cuando tengo un problema, siento que voy a desmayar.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
29	Siento que no soy importante para mi familia y amigos.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
30	Me preocupa equivocarme y que los demás se den cuenta.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
31	Tengo que hacer cosas especiales, como repetir palabras o números, para que no me pasen cosas malas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
32	Me preocupa lo que las personas piensen de mí.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
33	Me da miedo estar en lugares con mucha gente como shoppings, cines, colectivos, salas de juegos.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
34	A veces me pasa que siento miedo y no sé por qué.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
35	Me preocupo por lo que va a pasar.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
36	De repente me siento mareado/a o débil y no sé por qué.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
37	Pienso en la muerte.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
38	Me da vergüenza hablar en frente de mis compañeros de clase.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
39	De golpe mi corazón empieza a latir muy rápido sin ninguna razón.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
40	La mayor parte del tiempo, no tengo ganas de hacer nada.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
41	Me preocupa sentir miedo sin saber por qué.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
42	Tengo que hacer algunas cosas muchas veces, como lavarme las manos, limpiar, ordenar las cosas de cierta manera.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
43	Tengo miedo de pasar vergüenza o parecer tonto frente a la gente.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
44	Tengo que hacer las cosas siempre de la misma manera para que no pasen cosas malas.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>

45	Me da miedo irme a dormir a la noche solo sin mis papás.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
46	Me da miedo tener que irme a dormir a otro lugar que no sea mi casa, sin mis papás y hermanos.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>
47	Me siento inquieto o intranquilo.	<i>Nunca</i>	<i>A veces</i>	<i>Muy seguido</i>	<i>Siempre</i>

Modelo de Protocolo de consentimiento informado para padres.

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES

Datos personales de la persona que firma esta autorización:

Relación de parentesco con el niño (Madre - Padre - Tutor):

Nombre y Apellido: _____

Tipo y número de documento: _____

Edad: _____

En Mendoza, a los días _____ del mes _____ del año _____, en plena posesión de mis capacidades, libre y voluntariamente, autorizo a mi hijo/a _____ a participar de un estudio llevado a cabo por la Dra. Adriana Esposito y el Dr. Leandro Casari, docentes e investigadores de la Facultad de Psicología, de la Universidad del Aconcagua.

El objetivo del mismo es adaptar un instrumento de evaluación psicológica sobre ansiedad y depresión infantil.

Para ello, cada niño/a deberá completar unas preguntas acerca de cómo se siente en relación a situaciones de ansiedad y depresión cotidianas. Las preguntas se responden de manera individual, con la siguiente forma de respuesta: nunca, a veces, casi siempre, siempre.

El tiempo estimado es de aproximadamente 10 minutos, y será realizado en el horario de clase, con previa autorización de la maestra a cargo. Además, puede realizarse una devolución de resultados individual si usted lo solicita.

La información será confidencial, es decir, los datos de cada niño sólo serán conocidos por los investigadores. La investigación es gratuita y usted puede dejar de participar cuando lo considere oportuno.

Dejo constancia que consiento con los objetivos, procedimientos y pruebas de evaluación utilizadas. Ante cualquier duda o consulta, se me ha informado que puedo comunicarme al teléfono 5244316 los días lunes a viernes de 08:30 hs a 12:30 hs.

Firma

Aclaración

Modelo de Asentimiento informado para el niño.



Facultad de Psicología

MODELO DE ASENTIMIENTO INFORMADO

Título de proyecto: Adaptación de la Escala Revisada de Ansiedad y Depresión Infantil en escolares del Gran Mendoza

Mi nombre es Celeste Daher y trabajo en la Universidad del Aconcagua. Junto a mi equipo de trabajo estamos estudiando las emociones y sentimientos de los niños que tienen entre 8 y 12 años de edad y cómo los sentimientos se relacionan con la memoria y la atención. Por eso queremos pedirte que nos ayudes participando en el proyecto.

Tu participación consiste en que hagas una serie de actividades como por ejemplo: responder unas preguntas de cómo te sentís diariamente, cuáles son tus emociones y que realices algunas tareas como tachar una carita con una cruz o recordar una serie de números. Estas actividades vas a realizarlas durante el horario escolar.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, por más que tus papás hayan dicho que puedes participar, si vos no quieres hacerlo, puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si estabas participando y por algún motivo vos o tus padres no quieren continuar en el proyecto, no habrá problema y nadie se enojará, o si no querés responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá inconveniente.

La información que tengamos de vos, así como las respuestas de las actividades que vas a realizar son confidenciales, es decir que no se la diremos a nadie fuera del equipo de trabajo. Además, tus padres también sabrán los resultados, en algún momento del proceso.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una (✓) en el cuadrado de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribí tu nombre. Si no quieres participar, no pongas ninguna (✓), y no escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Nombre: _____
