

Promoción de la resiliencia en escolares mediante la participación en un programa de educación social y emocional

Yolanda Godoy¹, Luisa Puyol², Ivonne Loza³, Heidi Cartagena¹, Florencia Rivadeneira¹, Guillermo Reyes⁴, Marco Antonio Pino¹



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No comercial - Sin obras derivadas 4.0 International

1 Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

2 Médico.

3 Socióloga.

4 Psicólogo Clínico. CLAPEI Ecuador (Corporación Latinoamericana de Pensamiento Integral).

Correspondencia: Dra. Heidi Cartagena
E-mail: hcartagenau@puce.edu.ec

Recibido: 19 - Febrero - 2015

Aceptado: 12 - Julio - 2016

Palabras clave: Resiliencia, Sintomatología depresiva, Funcionalidad familiar, Educación social y emocional.

Forma de citar este artículo: Godoy Y, Puyol L, Loza I, Cartagena H, Rivadeneira F, Reyes G, Pino MA. Promoviendo la resiliencia en escolares mediante la participación en un programa de educación social y emocional. Rev Med Vozandes 2016; 27: 27 - 34.

Resumen

Contexto

La resiliencia es la capacidad de los seres humanos para superar situaciones existencialmente difíciles o traumáticas. En niños y adolescentes la energía vital está casi intacta, entonces con intervenciones se pueden superar los eventos estresantes.

Objetivo

Evaluar el impacto de un programa de educación social y emocional en la sintomatología depresiva, de los escolares de séptimo grado de un Centro Escolar de Educación Básica.

Diseño

Estudio de intervención con observación inicial y observación post intervención, de tipo cuasi experimental.

Lugar y sujetos

Inicialmente participaron 96 escolares de sexto grado de educación básica de un centro educativo fiscal del Valle de los Chillos. Este reporte presenta los resultados en 78 estudiantes a quienes se les realizó una entrevista previa a la participación en un programa de educación social y emocional, y una segunda entrevista al finalizar el programa en el séptimo grado.

Mediciones principales

Se aplicaron entrevistas individuales en las que a cada escolar, se le realizó su familiograma, escala de APGAR familiar infantil y cuestionario CDI (corto) (Children's Depression Inventory) para buscar sintomatología depresiva. Esta entrevista se llevó a cabo al iniciar y al finalizar el programa. Para la comparación de individuos antes y después de la intervención se realizó el análisis de "casos controles pareados" con cálculo del Chi-2 de McNemar.

Resultados

Al iniciar el programa el 51,3% de los escolares reportaba sintomatología depresiva, al finalizar el programa el 24,4% de los escolares la reportaba. De los 41 participantes que en la primera aplicación del cuestionario CDI corto presentaron síntomas depresivos, 24 ya no los reportaron en la segunda aplicación y esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$). La percepción de maltrato tuvo un comportamiento similar, 17 escolares que al iniciar el programa lo reportaban, ya no lo referían cuando se finalizó; esta diferencia también fue estadísticamente significativa ($p < 0.05$). En la percepción de funcionalidad familiar el reporte en la disfunción disminuyó en un 2% pero no fue estadísticamente significativo.

Conclusión

El programa de educación social y emocional fomentó un entorno escolar adecuado para que los escolares pudieran usar herramientas que les ayuden a superar los conflictos y resignificar las situaciones dolorosas para convertirlos en nuevos retos en su proyecto de vida.

Keywords: Resilience, Depressive symptoms, CDI short, Child family APGAR scale, Social and emotional learning.

Abstract

Resilience promotion in school children through participation in a social and emotional learning program

Context

Resilience is the capacity of human beings to overcome existentially difficult or traumatic situations. Vital energy in children and adolescents is an almost intact which facilitate recovering processes for stressful events.

Objective

To assess the impact in seventh grade school children of a social and emotional learning program on depressive symptoms.

Design

Interventional study with before-after evaluation.

Subjects and settings

At the beginning 96, elementary school children were recruited. This report presents the results of 78 students from a public education school located in "Valle de Los Chillos" who completed the interview before participating in a social and emotional learning program, and a second meeting to finalize the program in the next level.

Main Measurements

Two interviews, one at the beginning, and the other after the next educational period, addressing: Family graph, child family APGAR scale, and CDI (Children's Depression Inventory, short version), were used to assess depressive symptoms and family function. The same survey was performed before and after the social and emotional learning educational intervention. Data were processed in order to compare individuals before and after the intervention using McNemar Chi-2 test.

Results

At the initial data collection interview, 51.3% of students reported depressive symptoms while in the last interview 24.4% reported those symptoms. 24 out of the 41 children in whom depressive symptoms were identified in the first moment, during the final evaluation, had a negative depression symptoms test ($p < 0.05$). Abuse perception had a similar pattern, at the end of the study 17 school children that perceived abuse in the initial assessment did not report it in the last evaluation ($p < 0.05$). Regarding family dysfunction, there was a 2% diminishing in the report, but not statistically significant.

Conclusion

The social and emotional learning program improves the resilience in participating children, fostering a friendly environment where conflicts and painful situations can be redefined to become new challenges in their project of life.

Introducción

Los programas de salud escolar están orientados a mejorar las condiciones de salud de los escolares a través de la promoción, prevención, detección, asistencia y tratamiento de los principales problemas de salud que les afectan. Los trastornos del estado de ánimo son enfermedades crónicas asociados con el fracaso académico, acoso escolar, problemas en las

relaciones con la familia, amigos, el abuso de sustancias y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos^[1].

En el año 2005 se emitió el primer informe de la encuesta mundial de salud escolar realizada en Chile^[2]. En ese documento se mencionaba que aproximadamente el 30% de los escolares encuestados reportó síntomas depresivos y

que el 15% tenía un plan suicida. Estos datos motivaron a realizar una investigación para evaluar la sintomatología depresiva en los escolares de una unidad educativa del Distrito Metropolitano de Quito. En esa investigación se encontró que el 41% de los escolares reportaba sintomatología depresiva, y las variables asociadas a estos síntomas fueron el reporte de un patrón abusivo de consumo de alcohol y la disfunción familiar en la familia de los escolares. Este hallazgo determinó que un grupo de profesionales desarrollara un programa de salud social y emocional que se ejecutó entre los años 2007 y 2011. En este artículo se presentan los resultados correspondientes a los dos primeros años del programa con el grupo de escolares que en ese entonces cursaba el sexto grado de educación básica.

El aprendizaje social y emocional permite a las personas gestionar sus emociones, desarrollar formas creativas de resolver conflictos y promover nuevas formas de ver el mundo; de esta manera expande la conciencia y amplía la visión de lo que acontece en el entorno, lo que determina cambios básicos en las actitudes de las personas^[3, 4]. Los niños y adolescentes llevan a la escuela las actitudes que aprenden en la familia y la comunidad que son los primeros entornos de sociabilidad y donde a través del modelaje aprenden a resolver conflictos. Los niños y adolescentes pasan alrededor de la tercera parte del día en la escuela, por tanto, la aplicación de un programa de educación social y emocional puede ser muy efectiva, considerando que el escolar también adquiere las habilidades sociales en el entorno escolar y con los pares de interacción cotidiana, la escuela es un lugar privilegiado para intervenciones en educación social y emocional^[5].

El estudio se planteó mejorar el bienestar de los niños al visibilizar sus problemas ante la comunidad educativa, mostrando respeto a su dolor y proporcionándoles un espacio para aprender a relacionarse de un modo amoroso^[6, 7]. La protección y la defensa de los derechos de los niños constituyen la tarea de todos los que se reconocen como seres humanos^[8]. En el centro educativo en el que se desarrolló esta investigación hubo un gran interés por mejorar el clima escolar y los directivos y docentes tuvieron apertura para el trabajo interdisciplinario. El objetivo del programa fue que los escolares aprendieran a gestionar sus emociones, desarrollaran competencias para adoptar formas creativas de resolver conflictos y promover la resiliencia.

Sujetos y métodos

La unidad educativa en la que se desarrolló el programa es una escuela pública multigrado perteneciente al Ministerio de Educación del Ecuador, que en la época de la investigación tenía aproximadamente 600 estudiantes. Se localiza en el barrio Chaupitena, parroquia Amaguaña, cantón Quito, provincia de Pichincha. Zona históricamente rural, de clima templado, en proceso de urbanización acelerada. Su población es predominantemente mestiza, originaria del pueblos "Quitú-Cara y Panzaleos", que luego del dominio inca estuvo a cargo de doctrinas y

encomiendas de los religiosos de la colonia y de haciendas tan importantes como la de Chilló Jijón^[9]. Según censo del INEC 2010 los tipos de ocupación de la población son: comercio y servicios, obreros de fábricas, así como manufacturas y agrícolas^[10].

Previa autorización de los representantes, diálogo con las autoridades y representantes de la comunidad educativa del Centro Escolar se diseñaron e implementaron talleres en los que participaron 96 escolares que cursaban el sexto grado, de ellos solamente se pudo incluir en este reporte a 78 debido a que no todos estuvieron presentes los días en que se realizaron las entrevistas finales. El programa, con este grupo escolar, inició en enero del 2007 y continuó durante ese año lectivo y el siguiente, finalizando en julio del 2008. Los niños que no participaron fueron aquellos que por motivos personales o familiares no asistieron a clases el día de la entrevista final. No se utilizaron otros criterios de inclusión o exclusión.

Al inicio y finalización de la intervención los escolares tuvieron una entrevista inicial individual con una duración promedio de 30 minutos, mediante la cual se obtuvieron datos socio demográficos, se realizó el familiograma y se les aplicaba el cuestionario de Child Depressive Inventory Short (CDI corto). Con esta información se diseñaron los contenidos de los talleres en los que participaron médicos familiares, psicólogos y profesores. Los talleres se ejecutaron en la escuela. En un primer momento participaron todos los profesores del centro educativo. A continuación participaron padres de familia. Finalmente se pasó a realizar tres talleres en el primer año lectivo (sexto grado) y cinco talleres en el segundo año lectivo (séptimo grado), en algunos de estos talleres se contó con la participación de estudiantes de medicina.

A partir de los resultados iniciales y debido a que en ese entonces no existía un servicio de atención psicológica en la escuela, se canalizó la derivación psicológica y legal para los escolares que tenían problemas de mayor gravedad a los servicios del Centro de Equidad y Justicia del Valle de los Chillos, y al mismo tiempo se planteó la necesidad de acompañar a estos escolares y a todo el grupo de compañeros que cursaban el mismo grado escolar.

Una vez que se conocían los factores que causaban más sufrimiento en los escolares y debido a que no era posible que se incidiera directamente sobre ellos, se planteó un programa de educación social y emocional para que los escolares aprendieran a identificar y gestionar sus emociones frente a las difíciles situaciones que debían enfrentar en la cotidianidad.

El programa se desarrolló en dos años lectivos y tuvo como objetivo crear un espacio para que los escolares pudieran expresar sus emociones, cultivar y fomentar sus habilidades socio-afectivas, de modo que fueran capaces de comprenderse a sí mismos, comprender y tolerar a otros, gestionar sus emociones

y comportamientos, así como saber relacionarse sanamente con sus pares. Se diseñaron un total de ocho talleres que se realizaron tres cuando cursaban el sexto grado y cinco al cursar el séptimo grado, la duración promedio de cada taller era de 60 minutos.

En cada taller se trabajó a base de diálogo respetuoso y reflexivo que buscaba que los escolares no solo superaran la sintomatología depresiva sino que además fueran capaces de cuestionar y posicionarse mejor frente a los modos violentos de relación, el consumo abusivo de alcohol y las situaciones difíciles que enfrentaban, sintiéndose preparados para plantearse un proyecto de vida y marcar una diferencia en sus hogares.

Los talleres se enfocaron en el marco del aprendizaje social y emocional, tenían como objetivo promover el buen trato, la autoestima y la asertividad. Esto procuraba que la capacidad de resiliencia se incremente. El contenido de los talleres se resume en los siguientes componentes: **Autoconocimiento:** el participante reconoce las vivencias problemáticas familiares, escolares y comunitarias y qué emociones experimenta en esas ocasiones. Se busca facilitar el reconocimiento y la expresión de las emociones. **Autoestima:** se parte de la capacidad y valía de cada participante. Reconocer que las emociones se generan en las situaciones difíciles que en ocasiones vulneran su confianza, las emociones le ayudan a reconocer el peligro y la dificultad. Se busca promover la confianza del niño y adolescente para afrontar los desafíos de la convivencia. **Autogestión:** se trabajan las habilidades sociales necesarias para gestionar las emociones y transformar las conductas derivadas del miedo, la tristeza y la ira. Mediante el dominio de estas habilidades el niño puede elegir otra forma de relacionarse y no necesariamente reproducirá lo que ve en el entorno familiar y comunitario.

Para la investigación se utilizaron los cuestionarios de Apgar Familiar infantil y el Inventario para depresión infantil en la versión corta (CDI). El cuestionario del APGAR familiar, consta de cinco preguntas correspondientes a cinco aspectos de la función familiar: adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria. El cuestionario maneja una puntuación clasificada en cuatro ítems entre nunca, casi nunca, casi siempre, siempre, con una escala de 0 a 4 respectivamente para cada ítem. Así la clasificación según el puntaje considera que la familia es funcional cuando alcanza entre 18 y 20 puntos, es disfuncional leve si tiene 17 puntos o menos.

Respecto al inventario para depresión infantil, versión corta (CDI-S), consta de 10 preguntas, que evalúan cinco componentes afectivos presentes en las dos últimas semanas previas a la aplicación: estado de ánimo negativo, problemas interpersonales, ineficiencia, anhedonia, y baja autoestima. Cada pregunta tiene tres opciones de respuesta: una que es ausencia de síntomas; que corresponde a un puntaje de cero, otra que corresponde a síntomas leves; calificada con un puntaje de uno, y la última para la presencia clara de sintomatología depresiva; con un puntaje de dos. La sumatoria de los puntajes de cada pregunta da el valor total máximo de 20. Se considera positivo para sintomatología depresiva todo puntaje mayor o igual a siete.

La fiabilidad y validez de este instrumento es igual tanto para el CDI original como para la versión corta del mismo (CDI-S):

Fiabilidad: la fiabilidad dada por test-retest es superior a 0.80. Posee una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0.88). **Validez:** en el trabajo original se obtiene un alto grado de correlación (0.84). En el 2008 el cuestionario fue validado en español en versiones larga y corta en estudiantes latinos de diferentes países de Centroamérica y Suramérica, coeficiente alfa de Cronbach de 0.85.

Los datos se recolectaron en formularios diseñados para el efecto y se digitalizaron mediante una hoja Excel. Se procedió a realizar una crítica de los datos eliminando inconsistencias. Esta base de datos se procesó mediante el paquete SPSS (licencia de la PUCE), utilizando la prueba de Chi cuadrado de McNemar puesto que se trata de un estudio con observación antes y después de una intervención, en la que cada individuo participante es observado dos veces, la primera vez se considera la observación control y la segunda observación (post intervención) se considera el caso. El punto de corte para la significación estadística es el 95%.

Para las comparaciones antes/después se definieron los siguientes resultados:

- En el puntaje CDI corto si el puntaje disminuye hay menos síntomas depresivos.
- En el puntaje APGAR familiar si aumenta el puntaje el individuo percibe a su familia como más funcional.
- En cuanto al maltrato, se refiere a castigo físico recibido por los participantes en un período reciente
- Para el consumo abusivo de alcohol se consideró la apreciación de un aumento en la frecuencia de embriaguez
- En el caso de la ausencia de padre y/o madre se consultó si cohabitaban en la misma casa al momento de la encuesta.

El equipo investigador presenta este reporte siete años después de haber concluido el programa dada la conflictividad que se continúa presentando en la sociedad, como una contribución a la construcción colectiva de una cultura libre y pacífica que logre sustituir las formas de convivencia autoritarias y violentas por formas de cohabitación que puedan dirimir la conflictividad social mediante el diálogo respetuoso. Se consideró que el grupo que no completó el estudio no inducía a sesgos estadísticos de importancia que debieran ser tomados en consideración en el análisis.

Resultados

En el estudio participaron 96 escolares, en este reporte se presentan los datos correspondientes a los 78 escolares con quienes se pudo completar

las entrevistas finales. De ellos, 50 (64.1%) eran mujeres y 28 (35.9%) eran varones. El promedio de edad del grupo al momento de la encuesta inicial fue de 10.3 años y en la encuesta final fue de 11.6 años.

Los 18 estudiantes que no participaron en la entrevista final fueron 8 mujeres (44.4%) y 10 varones (55.6%), su promedio de edad fue de 10.8 años en la encuesta inicial. Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la variable disfuncionalidad familiar Apgar familiar ($p=0.008$), mientras que en el resto de características del estudio no había diferencias.

La **tabla 1** muestra que la percepción de los estudiantes que participaron en el estudio se modificó significativamente desde su respuesta inicial en cuanto a sus síntomas depresivos, el reporte de maltrato y la ausencia de uno de los padres. Los síntomas depresivos y el reporte de maltrato disminuyeron, mientras que al parecer algunos padres que se encontraban fuera del hogar en la primera entrevista, regresaron en el período del estudio.

Tabla 1. Comparación de respuestas a la entrevista antes y después de la participación en talleres, 2007-2008.

ANTES	DESPUÉS			
	Positivo	Negativo	OR (IC95%)	p
CDI				
Positivo (síntomas depresivos)	17	24	0.12 (0.02 -0.41)	$p<0.01$
Negativo	3	34		
APGAR FAMILIAR				
Positivo (reporte familia disfuncional)	47	12	1.0 (0.41 -2.43)	$p=0.83$
Negativo	12	7		
MALTRATO				
Positivo (refiere maltrato)	18	17	0.35 (0.11 -0.93)	$p=0.03$
Negativo	6	37		
ALCOHOL				
Positivo (consumo abusivo en flia.)	50	8	1.5 (0.56 -4.23)	$p=0.5$
Negativo	12	8		
PADRE/MADRE AUSENTE				
Positivo	4	2	5.0 (1.06 -4.6)	$p=0.04$
Negativo	10	62		

La **tabla 2** muestra las frecuencias en la presentación de sintomatología depresiva, disfunción familiar, maltrato, consumo abusivo de alcohol y ausencia del padre o madre del hogar, y las diferencias atribuibles (utilizando la prueba de McNemar) al proceso de intervención entre la primera y la segunda medición.

Tabla 2. Distribución de frecuencias al iniciar y finalizar el programa.

	Enero 2007	Julio 2008
Sintomatología depresiva	41 (52.5%)	20 (25.6%)
Disfunción Familiar	59(75.6%)	59 (75.6%)
Maltrato	35 (44.9%)	24 (30.8%)
Consumo abusivo de alcohol	58 (74.4%)	62 (79.5%)
Padre y/o madre fuera del hogar	6 (7.7%)	14 (17.9%)

De los 78 niños y niñas en los cuales se logró completar la observación antes y después de la intervención educativa, 24 que presentaron síntomas depresivos en la primera aplicación del cuestionario CDI corto, en la segunda aplicación ya no los presentaban y esta diferencia es estadísticamente significativa ($p<0.05$).

Respecto a la variable funcionalidad familiar, al iniciar el programa 59 escolares percibían a su familia como disfuncional y en el puntaje de APGAR familiar 18 estudiantes tenían valores menores o iguales a 10; al finalizar el programa, 59 escolares continuaban calificando a su familia como disfuncional, pero únicamente 8 tenían puntajes iguales o inferiores a 10 en el cuestionario de APGAR familiar. Cuando se realizó la prueba de diferencia de medias pareadas, la diferencia fue estadísticamente significativa ($p<0.05$). La prueba de McNemar, sin embargo no mostró diferencia significativa. Cabe mencionar que tanto en la primera medición como en la segunda, los puntajes de las variables CDI y APGAR no tuvieron una distribución normal, la significación estadística según la prueba de Kolmogorov-Smirnov siempre tuvo un valor de $p<0.05$ para todas las variables estudiadas.

Discusión

En un primer estudio realizado en este centro escolar ^[11] se identificó la compleja realidad que los escolares vivían, familias desestructuradas debido a migración, alta frecuencia en patrones abusivos de consumo de alcohol y violencia intrafamiliar. Problemas frecuentes en el mundo de hoy, cambiante y globalizado, que exigen de la escuela mucho más que logros académicos, tales como conocer una serie de datos y almacenarlos en la cabeza. Este entorno difícil e inestable requiere que los niños aprendan a asumir la responsabilidad de sus propias vidas y trabajar con

los demás de manera eficaz, en definitiva, prepararlos para la convivencia ^[12].

Un estudio realizado en México en el que se incluyeron a 2292 adolescentes entre 15 y 19 años observó que los sucesos vitales estresantes (sociales, familiares, escolares, de pareja, salud y económicos) se asocian a los síntomas de depresión y que además la acumulación de sucesos estresantes en la vida de las personas supone un mayor riesgo para el ajuste emocional que un único evento aislado ^[13].

En el presente estudio se observó alta frecuencia de maltrato infantil, consumo abusivo de alcohol en los familiares y ausencia de uno o ambos padres, factores que generan alto estrés en los niños y adolescentes. Si bien la intervención con los escolares mostró una disminución estadísticamente significativa, es un hecho que el porcentaje de síntomas depresivos continuó alto y esto confirma que los problemas sociales que afectan a las familias necesitan un abordaje en distintos niveles. En este programa la participación de los padres fue muy limitada no solo porque los talleres se desarrollaban en el horario escolar sino debido a la dificultad de lograr su participación incluso modificando horarios y escenarios.

La literatura sobre el manejo de depresión en la infancia y adolescencia suele centrarse en intervenciones sicoterapéuticas y farmacológicas ^[14]. Por lo general estas intervenciones abordan a los individuos de forma no integrada al grupo escolar. La propuesta de este estudio se basó en un enfoque centrado en la escuela como un ambiente privilegiado para abordar el aprendizaje social y emocional, considerando al niño y al adolescente como sujeto, tomando el concepto de "el Otro" de Emmanuel Lévinas. El enfoque fue más allá del concepto de derechos, Lévinas nos invita a mirar sin conceptualizar, para no violentar al Otro, que es inaprehensible. Aquel con quien solamente podemos tener una relación entre totalidades ^[15].

El programa propuesto consideró indispensable, enfocar este acompañamiento como una relación entre seres completos, valorizando todo lo que cada adolescente aportó desde su vivencia y sus potencialidades y apartándose del concepto del "deber ser" de lo que se espera de la conducta adolescente desde la visión adulta hegemónica.

Al incorporar el aprendizaje social y emocional en la escuela niños y adultos colaboran en la creación de un entorno escolar positivo. Los niños desarrollan tanto sus habilidades de liderazgo, como las capacidades emocionales y sociales que utilizarán en sus vidas, ya sea en el hogar, en la escuela, en la calle, en el trabajo o en su rol como padres y ciudadanos ^[16, 17].

Respecto a las intervenciones para el manejo de la sintomatología depresiva, en un estudio de Chile se afirma que "los programas se han centrado en desarrollar factores protectores a nivel individual, fundamentalmente de tipo cognitivo, con poca consideración de otros factores psicosociales" ^[18].

Los estudiantes pueden sentirse bien consigo mismos, seguros en la escuela y el hogar, este entorno es indispensable para aprender y progresar intelectualmente y debería ser facilitado por los adultos. El preocuparse por las necesidades emocionales de los educandos y ayudarles a gestionarlas permite a los

docentes tener menos problemas disciplinarios en el aula, mejorar el entorno de aprendizaje y la convivencia ^[19].

Las emociones son elementos que afectan e influyen en el proceso de aprendizaje; consecuentemente, influyen en el proceso de toma de decisiones. Antonio Damasio, señala que aprendemos, conjuntamente y de forma automática, de los hechos y de la señal emocional que aparece al mismo tiempo y que termina provocando un sentimiento que proviene de esa emoción. Agrega que cuando se aprende a entender las conexiones entre los hechos y las emociones, éstas pueden usarse de forma correcta, no hay que eliminarlas, sino utilizarlas de la forma más positiva para nosotros. De hecho, siempre estamos aprendiendo nuevas conexiones, hechos y emociones ^[20].

Este estudio consideró las complejas situaciones que rodeaban la vida de los escolares, como, patrones abusivos en el consumo de alcohol, familias desestructuradas y maltrato e identificó una alta frecuencia de síntomas depresivos; los talleres del programa estaban destinados a ayudar a los escolares a entender cómo estas situaciones les afectaban, qué emociones sentían cuando vivenciaban las experiencias desagradables y cómo podían a partir de estas emociones crear conductas distintas que se plasmaran en actividades y se produjeran emociones positivas. El estudio demostró que los síntomas depresivos disminuyeron y los escolares comprendían que en su entorno comunitario y familiar las situaciones problemáticas no cambiaron pero ellos podían gestionar mejor sus emociones y actuaban de forma más propositiva, incluso en la percepción de la funcionalidad familiar existió una diferencia de medias en los puntajes que muestra que la mejoró la interrelación.

La edad comprendida entre los 12 y 17 años, está marcada por profundos cambios corporales, emocionales y cognitivos. Es una etapa de transición, llena de promesas, pero también de inseguridades, peligros y desafíos. El inicio de la vida adulta depende, en gran medida, de las garantías y oportunidades que el Estado y la sociedad ofrezcan a los adolescentes para avanzar en su desarrollo intelectual y emocional y en definir sus proyectos de vida ^[21].

En el país el suicidio en la población de 12 a 17 años es la segunda causa de muerte y en diez provincias serranas y amazónicas, con alta presencia de población indígena y rural, es la primera causa de muerte de adolescentes. De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres, realizada en el 2011 por el INEC, seis de cada diez mujeres ha sufrido algún tipo de violencia y cuatro de cada diez ha sufrido

algún tipo de violencia sexual [22]. Según los estudios del INEC, se registra un incremento del consumo de alcohol en la etapa juvenil, un dato preocupante si se considera que la Organización Mundial de la Salud mediante un reporte, asegura que Ecuador, es el segundo país de Latinoamérica con mayor consumo de bebidas alcohólicas [23].

Vera Khon, sicóloga checo-ecuatoriana introduce en la terapia psicológica el concepto de trabajar desde "el núcleo sagrado", que es un centro biológico-energético y vibracional, que tiene todas las posibilidades de recuperación y sanación en todos los ámbitos y desde el momento en que se toma conciencia de la presencia de este núcleo sagrado se puede enfrentar y superar las situaciones existenciales adversas. Esta capacidad está presente en todas las etapas de la vida, incluyendo la infancia [Dra. Vera Schiller de Kohn, comunicación personal].

Múltiples investigaciones reportan que los niños y adolescentes frecuentemente viven en condiciones de deterioro de la comunicación y las relaciones escolares y familiares pueden actuar como «factor depresógeno». Por otra parte en la escuela se puede generar situaciones de violencia e incluso en algunos centros se pone en grave peligro la integridad personal, todo esto como resultado de un "analfabetismo social y emocional" [24].

La escuela se ocupa de enseñar los contenidos curriculares que abarcan los dominios de lógica matemática y razonamiento verbal, importantes para sobrevivir en la sociedad y poder contribuir con ella. No obstante, hay contenidos, como la tolerancia, el respeto, la formación ética, que no forman parte de la malla curricular y tradicionalmente no se tratan en la escuela.

Queremos terminar este reporte citando a una de las niñas participantes; cuando el grupo planteó la actividad de cierre del programa ella se expresó así.

"Por dos años hemos hablado de los problemas que tenemos en nuestras casas y las cosas malas que nos han pasado, pero yo me he dado cuenta que yo tengo derecho a soñar y ahora que voy a terminar la escuela (primaria) yo quiero hacer otras cosas y si todos nos proponemos no tenemos por qué seguir haciendo lo mismo que hacen nuestros papás (violencia, alcoholismo), ellos tal vez sigan igual pero yo soy diferente" [A. 12 años de edad]

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen relaciones comerciales, personales ni institucionales que puedan ser catalogadas como conflictos de interés.

Agradecimiento

Los autores desean expresar su agradecimiento a los estudiantes de la Facultad de Medicina de la PUCE.

Financiamiento

Este estudio fue financiado por los autores y constituye parcialmente parte de sus obligaciones docentes dentro de la PUCE.

Contribuciones de los autores

Los autores declaran haber contribuido de forma similar en el estudio y la elaboración del artículo.

Referencias

- Harrington R. Depression, suicide and deliberate self-harm in adolescence. Br Med Bull 2001; 57 (1): 47-60.
- Ministerio de Salud de Chile, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Centros para Control y Prevención de Enfermedades de Atlanta, "ENCUESTA MUNDIAL DE SALUD ESCOLAR CHILE 2004 y 2005", disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/emse/chile/encuesta2005.pdf>
- Lantieri L. SEL programming. Disponible en : <http://www.redesparalaciencia.com/testimonio-de-linda-lantieri>
- Segura M. Un programa de competencia social. Cuadernos de Pedagogía N.º 324. Disponible en: http://213.0.8.18/portal/Educantabria/recursos/Proyecto/Sopodoc/14__Competencia.pdf
- Delors, J., La educación encierra un tesoro. Informe a la Unesco de la Comisión Internacional de Educación para el Siglo XXI. Santillana, Ediciones Unesco. (1996)
- Barudy, J., El Dolor Invisible de la Infancia. Barcelona: Paidós Terapia Familiar. (2007).
- Maturana, H; Verden-Zoller G., Amor y Juego Fundamentos Olvidados de lo Humano. Santiago de Chile: J.C. Sáez Editor. (2003)

8. Muñoz Garrido V, De Pedro Sotelo F. Educar para la resiliencia. Un cambio de mirada en la prevención de situaciones de riesgo social. *Revista Complutense de Educación* 2005; 16 (1): 107-24.
9. Landázuri N., Cristóbal, comp., *Visita y numeración de los pueblos del valle de los Chillón*, 1551-1559, [Quito, Ecuador] : MARKA : Abya-Yala
10. GAD Parroquial de Amaguaña – D.M.Q., Plan de Desarrollo y Ordenamiento Territorial de la Parroquia de Amaguaña 2012-2025, disponible en: http://app.sni.gob.ec/visorseguimiento/DescargaGAD/data/sigadplustiagnostico/1768119350001_DOCUMENTO%20DE%20ACTUALIZACION%20DEL%20DIAGNOSTICO%20DEL%20GADP%20AMAGUA%C3%91A_24-06-2015_17-48-06.pdf
11. Puyol L, Páez A, Loza I, Godoy Y. Prevalencia de sintomatología depresiva en escolares de los barrios de Fajardo, Chupitena y Miranda Grande y su asociación a factores de riesgo sicosocial. *Rev Med Vozandes* 2009; 20 (1): 12-15.
12. Lantieri L. SEL programming en <http://www.redesparalaciencia.com/testimonio-de-linda-lantieri>
13. Veytia López M, González Arratia López Fuentes NI, Andrade Palos P, Oudhof H. Depresión en adolescentes: el papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud Ment* 2012; 35 (1): 37-43.
14. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia (2009) by Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia
15. Lévinas E. Totalidad e infinito. Salamanca: Editorial Sígueme; 1977.
16. Martínez BIV; Rosello J, Toro-Alfonso J. Autoestima y juventud puertorriqueña: Eficacia de un modelo de intervención para mejorar la autoestima y disminuir los síntomas de depresión. *Rev Puertorriq Psicol [online]*. 2010; 21: 35-61 .
17. Laura Beatriz Oros y Jael Alejandra Vargas Rubilar, Fortalecimiento emocional de las familias en situación de pobreza: una propuesta de intervención Desde el contexto escolar. *Suma Psicológica*, Vol. 19 No 1 Junio 2012, 69-80
18. Félix Cova, Bárbara Aburto, María José Sepúlveda y Mariela Silva, Potencialidades y Obstáculos de la Prevención de la Depresión en Niños y Adolescentes. *PSYKHE* 2006, Vol.15, Nº 1, 57-65
19. Castro-Santander A. Alfabetización emocional: La deuda de enseñar a vivir con los demás. Extraído el 25 de septiembre del 2010. Disponible en: <http://www.rieoei.org/deloslectores/1158Castro.pdf>
20. Damasio, Antonio R. En busca de Spinoza: neurobiología de la emoción y de los sentimientos, *Critica*, 2005
21. Situación de la niñez en: http://www.unicef.org/ecuador/children_5498.htm
22. Violencia de género contra las mujeres en: http://www.inec.gob.ec/sifio_violencia/
23. Global status report on alcohol and health 2014 en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1
24. García Correa A. La violencia en centros educativos de Norteamérica y diferentes países de Europa. Medidas políticas tomadas para la convivencia escolar. *Revista Interuniversitaria de Formación de Profesorado* 2001; (41): 167-77.