

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL
ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

NIDIA KATHERINE AGUILAR RINCÓN.
MARTHA PATRICIA ROBAYO BOHÓRQUEZ.

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
BOGOTÁ, D.C I - 2011

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL
ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

NIDIA KATHERINE AGUILAR RINCÓN.
MARTHA PATRICIA ROBAYO BOHÓRQUEZ

Trabajo de grado para obtener el título de psicólogo

Director: YANETH URREGO BETANCOURT
PSICOLOGA

UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PSICOLOGIA
BOGOTÁ, D.C I - 2011

Dedicatoria

A Dios

A nuestros padres

A nuestros amigos

Agradecimientos

A Dios por darnos la oportunidad de llegar a este punto de la vida para cumplir nuestros objetivos.

A nuestras familias por la formación como personas, el apoyo incondicional y la paciencia cuando no teníamos tiempo para ellos.

A nuestros amigos por estar al tanto de nuestro proceso y brindarnos su amistad.

A nuestros docentes y la institución que nos instruyeron tanto ética como profesionalmente, durante este largo tiempo para aportar a esta sociedad ciudadanos de bien.

A todas y cada una de las personas que creyeron en nosotras y en nuestro objetivo de ser psicólogas.

Tabla de Contenido

INTRODUCCIÓN	9
Justificación	10
Planteamiento del problema:	11
Objetivos	12
MARCO TEÓRICO	13
MARCO METODOLÓGICO	29
Diseño	29
Participantes	29
Instrumentos	29
Procedimiento	32
RESULTADOS	32
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	45
Sugerencias	52
REFERENCIAS	54

Tabla de tablas

- Tabla 1. Comparación resultados I -2010 y 2011 Beck Pág. 33
- Tabla 2. Rango Beck pretest y pos-test 2011 Pág. 34
- Tabla 3. Datos estadísticos Beck pre-test pos-test 2011 Pág. 35
- Tabla 4. Resultados Beck ítems significativos 2, 5 y 7. Pág. 35
- Tabla 5. Datos estadísticos Beck ítems significativos 2, 5 y 7. Pág. 36
- Tabla 6. Resultados Beck ítems significativos 8, 10 y 12. Pág. 36
- Tabla 7. Datos estadísticos Beck ítems significativos 8, 10 y 12. Pág. 36
- Tabla 8. Resultados Beck ítems significativos 17, 18, 20 y 21. Pág. 37
- Tabla 9. Datos estadísticos Beck ítems significativos 17, 18, 20 y 21. Pág. 37
- Tabla 10. Resultados subescalas regulación emocional. Pág. 39
- Tabla 11. Datos estadísticos subescalas regulación emocional. Pág. 39
- Tabla 12. Resultados subescalas autoconcepto forma A (AFA) Pág. 40
- Tabla 13. Datos estadísticos subescalas autoconcepto forma A (AFA). Pág. 40
- Tabla 14. Resultados afrontamiento en solución de problemas y soporte social. Pág. 41
- Tabla 15. Datos estadísticos solución de problemas y soporte social Pág. 41
- Tabla 16. Resultado afrontamiento en evitación, autculpa, fantasioso. Pág. 42
- Tabla 17. Datos estadísticos escalas evitación, autculpa, y fantasioso. Pág. 42
- Tabla 18. Resultados prueba asertividad RATHUS modificado. Pág. 43
- Tabla 19. Datos estadísticos prueba asertividad RATHUS modificado. Pág. 44

Tabla de Apéndices

- Apéndice A. Consentimiento informado. Pág. 80
- Apéndice B. Inventario de depresión de Beck. Pág. 84
- Apéndice C. Cuestionario de regulación emocional. Pág.88
- Apéndice D. Evaluación taller regulación emocional Pág.90
- Apéndice E. Autoconcepto forma A (AFA).Pág.91
- Apéndice F. Imágenes de autoconcepto Pág.94
- Apéndice G. Caso de superación personal Pág.95
- Apéndice H. Evaluación taller AFA Pág.96
- Apéndice I. Inventario de estilos de afrontamiento. Pág.97
- Apéndice J. Problema de lógica Pág.100
- Apéndice K. Problema Hipotético Pág.101
- Apéndice L. Registro de experiencia en l
- Apéndice M. Caso cotidiano Pág.103
- Apéndice N. Evaluación taller estilos de afrontamiento Pág.104
- Apéndice O. Cuestionario de asertividad Rathus modificado. Pág.105
- Apéndice P. Caso de pareja Pág.107
- Apéndice Q. Evaluación taller asertividad. Pág.108

Resumen

La presente investigación pretende evaluar el efecto de un programa de prevención de factores de riesgo psicosocial asociados a depresión en estudiantes universitarios entre 16 y 40 años de edad de la Fundación de Educación Superior San José (FESSJ), se inició un proceso diagnóstico en el primer semestre del 2010, donde el departamento de Bienestar de la Fundación aplicó el Inventario de Depresión Beck a 929 estudiantes, y obtuvo una puntuación elevada permitiendo identificar los factores de riesgo relevantes que dieron paso al desarrollo del programa en cuatro categorías trabajadas en el mismo número de sesiones que fueron: Regulación emocional, Autoestima, Solución de problemas y asertividad, el programa se aplicó a una muestra de 30 estudiantes de la (FESSJ), por medio de análisis estadístico de los resultados se evidenció una leve disminución en los factores de riesgo, identificando un efecto positivo en la modificación de conductas asociadas a depresión.

Palabras clave: factores de riesgo psicosocial, depresión, estrategias de afrontamiento y habilidades sociales.

Abstract

This research aims to evaluate the effect of a prevention program of psychosocial risk factors associated with depression in college students between 16 and 40 years of the Foundation of Higher Education San Jose (FESSJ) began a process diagnosis in the first half of 2010, where the department of Welfare Foundation applied the Beck Depression Inventory to 929 students and a high score obtained through the identification of relevant risk factors that led to the development of the program in four categories worked the same number of sessions were: emotional regulation, self-esteem, assertiveness and Troubleshooting, the program was applied to a sample of 30 students (FESSJ) through statistical analysis of results showed a slight decrease in risk factors, identifying a positive effect on changing behaviors associated with depression.

Key words: risk factors psychosocial, depress, strategies of coping and social abilities.

Introducción

La Fundación de Educación Superior San José (FESSJ), ha presentado diferentes proyectos para los estudiantes, permitiéndole posicionarse como una institución reconocida frente a otras instituciones de educación superior, por este motivo, y encaminándose al desarrollo integral de la comunidad educativa, la Fundación de Educación Superior San José (FESSJ) da inicio a una evaluación por medio de la aplicación del Inventario de Beck, instrumento que evalúa niveles de depresión, dicha evaluación inicia debido a tres casos de suicidio presentados en años anteriores en esta institución; en el año 2010 los estudiantes de la Universidad Piloto de Colombia durante el primer periodo académico evaluaron a 929 estudiantes de primer semestre de todas las jornadas y carreras, de los resultados obtenidos se realizó un análisis de los 21 ítems que compone el inventario con el objetivo de identificar los más significativos en relación al riesgo psicosocial y la tendencia depresiva que se presenta en los estudiantes, dados estos resultados se realiza el presente programa de aplicación grupal que pretende prevenir los factores de riesgo psicosocial asociados a depresión en estudiantes universitarios.

Justificación

Debido a las problemáticas de suicidio en estudiantes de la Fundación de Educación Superior San José FESSJ y la presencia de factores de riesgo individual, social, familiar, económico y cultural que conducen a estados de depresión, han llevado a la realización de un programa de prevención que mejore la calidad de vida de los mismos.

La depresión representa un problema de salud pública, cuyo impacto se evidencia a nivel individual, familiar y social, los costos sociales y la morbilidad asociados a este trastorno son elevados, este trastorno ha llegado a ser una de las patologías de mayor impacto global, (Gómez, 2007).

Es importante abordar esta problemática desde los tratamientos psicológicos, ya que hay dos terapias que cuentan con estudios controlados y pueden afirmar su efectividad, estos son: la terapia de conducta y la terapia cognitiva de Beck. (Pérez & García, 2001). Se busca abordar esta problemática desde un programa de corte psicológico que evidencie resultados iguales o mayores que los farmacológicos, siendo estos últimos los más utilizados, marcando la pauta para los nuevos tratamientos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Desde la disciplina se busca explorar funciones psicológicas para el desarrollo humano en las áreas afectivas, psicosociales, cognitivas y culturales, abordando tratamientos empíricos que darán paso a nuevas investigaciones.

Planteamiento del Problema

Formulación

¿Cuál es el efecto de un programa de prevención de la depresión hallada en el semestre I -2010 en estudiantes universitarios de la Fundación de Educación Superior San José en Bogotá?

Sistematización

¿Cuál es el efecto de la intervención psicológica a través de la metodología de taller en el manejo de la emocionalidad, para la prevención de conductas de riesgo individual en estudiantes universitarios de la Fundación de Educación Superior San José en Bogotá?

¿Cuál es el efecto de la intervención psicológica a través de la metodología de taller en la autoestima y el auto-concepto para la prevención de conductas de riesgo individual en estudiantes universitarios de la Fundación de Educación Superior San José en Bogotá?

¿Cuál es el efecto de la intervención psicológica a través de la metodología de taller en estrategias de afrontamiento y solución de problemas, para la prevención de conductas de riesgo individual en estudiantes universitarios de la Fundación de Educación Superior San José en Bogotá?

¿Cuál es el efecto de la intervención psicológica a través de la metodología de taller en habilidades sociales y conductas asertivas para la prevención de conductas de riesgo individual en estudiantes universitarios de la Fundación de Educación Superior San José en Bogotá?

Objetivo General

Determinar el efecto de un programa de prevención de conductas asociadas a la depresión desde factores de riesgo individual en estudiantes universitarios, por medio de la aplicación del Manual de un programa de prevención fundamentado en la psicología de la salud y las intervenciones basadas en la evidencia con estudiantes de la Fundación de Educación Superior San José. A través de los resultados obtenidos en el inventario de Beck.

Objetivos Específicos

Reconocer emociones primarias y secundarias por medio de los tres canales de respuesta, fisiológico, Cognitivo y Conductual para poder dar un manejo adecuado a las emociones de acuerdo a su vida diaria.

Identificar las cualidades y defectos que lleven a la aceptación de si mismo, y al fortalecimiento de su autoconcepto, con el fin de desenvolverse adecuadamente en el entorno social.

Entrenar en la solución de problemas en los que la persona se enfrenta a diario por medio de las etapas de entrenamiento, para modificar esquemas cognitivos.

Brindar herramientas para desarrollar respuestas asertivas a nivel cognitivo, autónomo y conductual asumidas en situaciones personales familiares, sociales, laborales, para expresarse de forma adecuada mejorando su comunicación.

Marco Teórico

Las conductas de riesgo psicosocial individual en los estudiantes de la Fundación de Educación Superior San José (FESSJ), así como las que conllevan a la depresión, son el principal objeto de esta investigación porque se busca implementar un programa de prevención en depresión de la población universitaria de 16 a 40 años. Es por ello que los esfuerzos están orientados a las acciones que brinden prevención y generen procesos de sensibilización y reflexión en relación a los riesgos de conductas depresivas y suicidas promoviendo auto cuidado, responsabilidad constante del estado de salud.

Por tal motivo se da inicio al desarrollo teórico y conceptual que cita los aspectos desencadenantes de la depresión, sintomatología, los factores de riesgo a nivel social, cultural, familiar, se menciona el estado del arte de esta problemática además se sugieren factores de prevención en relación a la psicología de la salud,.

La depresión se define como un trastorno afectivo compuesto por un conjunto de síntomas y signos, clasificado dentro de las alteraciones del estado de ánimo cuyas características son un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en las labores, desordenes alimenticios, falta de energía, sentimientos de culpa, frustración, dificultad en la concentración, ideación y conductas suicidas.

Síntomas llanto recurrente, irritabilidad y arranques de ira o insultos a los demás, pérdida de peso, pérdida o aumento de apetito, insomnio hipersomnia, agitación o enlentecimiento, los síntomas provocan deterioro social, laboral, afectivo y académico y otras áreas importantes del individuo. (DSM-IV-TR 2002).

Existen cuatro procesos de patología depresiva, como: (1) Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo, (2) Programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio. (3) imposibilidad de

desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales patológicas en las que una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas, lo que supone desadaptación a los diferentes contextos sociales y por ende un menor número de refuerzos positivos lo que a su vez produciría una reducción conductual. (4) Repertorios de observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones, Ferster, (1973) citado por Belloch y Sandín (1995).

En relación a ello, Arrivillaga, Cortes, Goicochea & Lozano, (2004). Mencionan que en los últimos años la depresión ha sido catalogada como uno de los problemas que más sufrimiento causa en las personas y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población sin diferencia de género, edad, nivel socioeconómico, convirtiéndola en uno de los principales motivos de consulta clínica. Además involucran factores genéticos y psicosociales que interrelacionados actúan como desencadenantes o mantenedores de la depresión. Aunque en algunos casos existe un componente genético, en otros, prima la configuración psicológica que el individuo tenga.

Beck (1976) habla de los pensamientos distorsionados dándoles el nombre de “triada cognitiva” que consiste en reconocer la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, con creencias absolutas, absurdas y desadaptativas de forma repetitiva, y la percepción de los acontecimientos tales como la generalización que sería la situación desencadenante, los pensamientos automáticos.

En el modelo diátesis-stress planteado por Beck (1983), los estilos de personalidad sociotrópica constan de dependencia a la aceptación y miedo al rechazo considerándose como diátesis para la depresión, con estresores específicos, donde postula que la sintomatología depresiva ocurrirá cuando los individuos socio trópicos o autónomos tengan experiencias vitales estresantes, además puede ser que un individuo llegue a estar deprimido cuando tenga una

experiencia vital negativa que se ajuste a su estilo de personalidad por tanto, es más probable que los individuos socio-trópicos se depriman ante acontecimientos interpersonales negativos. Dicha hipótesis contrasta con la Hipótesis de Activación Diferencial (Teasdale, 1988), donde indica que cualquier acontecimiento vital negativo puede desencadenar la depresión en individuos vulnerables, sin que el acontecimiento tenga que ajustarse a la vulnerabilidad de cada individuo.

Teasdale, (1988) en su teoría, conocida como “Hipótesis de Activación Diferencial”, explicó las relaciones entre la emoción y la cognición. Esta postura dice que cada emoción está representada en la memoria por una unidad específica o nodo, al cual están conectados un conjunto de rasgos asociados a esa emoción, tales como es su experiencia subjetiva, su patrón característico de respuestas autonómicas, los términos verbales que la describen y las cogniciones que contienen descripciones, pensamientos, recuerdos, creencias que han sido almacenados en la memoria como resultado de experiencias tempranas de aprendizaje que han asociado el nodo de esa emoción con dichas cogniciones.

Seligman (1975) aporta que la depresión se articula con la indefensión definiendo esta última como un estado psicológico que se genera cuando las situaciones son incontrolables, o mejor cuando su probabilidad de ocurrencia es la misma ocurra o no una determinada respuesta esta teoría fue definida por estudios experimentales sobre el aprendizaje animal y acerca de los efectos que en animales producían series de choques eléctricos en donde no podían escapar, ante este tipo de situaciones se descubrió que los animales desarrollan un patrón de conductas y de cambios semejantes al de los deprimidos, estado que recibió el nombre de desamparo o indefensión aprendida, que es definida a través de tres déficits:

- a) Déficit a nivel motivacional, se observa un retraso en la iniciación de respuestas voluntarias, si el organismo espera que sus respuestas no modifiquen las consecuencias, la probabilidad de emitir tales respuestas disminuirá en el futuro.

- b) Déficit a nivel cognitivo, se presenta una dificultad en aprender que una respuesta controla una consecuencia, cuando previamente no la ha controlado, cuando se aprende que una consecuencia no depende de las respuestas, el aprendizaje futuro es modificado proactivamente.
- c) Déficit a nivel emocional se evidencian consecuencias de los actos suficientemente aversivos, como para que se produzcan desórdenes conductuales y fisiológicos propios de un estado de ansiedad y miedo seguido de depresión.

La Teoría Reformulada de la Indefensión Aprendida, de Abramson, Seligman & Teasdale (1978) se basa en las teorías atribucionales de la psicología social, donde se postula que la exposición a situaciones incontrolables no basta por sí misma para desencadenar reacciones depresivas. Según estos autores se atribuye la falta de control de factores internos que produce una baja de autoestima, mientras que esto no ocurre si la atribución se hace a factores externos.

El Locus de control se define cuando el individuo percibe que la conducta esta mediada por el reforzamiento del individuo en una situación específica y el control que perciben los individuos sobre ellos mismos, el sujeto tiene la percepción que es el mismo quien controla sus actos y por ende las consecuencias de sus acciones, sus conductas son reforzadas (locus de control interno), por el contrario, el individuo considera que todos los refuerzos son dependientes de factores externos independientes de sus propias acciones (locus externo). (Latorre, 1994).

Urrego, (2007) refiere la dificultad para que el individuo identifique en una situación la amenaza o riesgo que le pueda afectar directamente y con esto adquirir y mantener conductas nuevas que busquen alternativas que eliminen dicho riesgo, identificando qué papel juega el individuo y que parte corresponde netamente a factores externos entendiendo la no causalidad.

El individuo debe contar con las habilidades propias a la conducta que pretende mantener, teniendo en cuenta la influencia del contexto que en muchos casos es un debilitador o fortalecedor de la conducta por este motivo

son necesarios procesos como la cognición donde el individuo piensa en alternativas de solución, busca motivación, desarrolla procesos afectivos adecuados, entendiendo la ejecución de una conducta definida desde la influencia de varios factores y ambientes. (Urrego, 2007).

Es así que esta investigación incluye los factores de interés para la psicología de la salud como son los factores psicosociales, que se definen como aquellos aspectos de la concepción, organización y gestión del trabajo, así como su contexto social y ambiental que puede causar daños físicos, sociales o psicológicos en las personas (Agencia Europea de Salud y Seguridad en el Trabajo, 2000). La vulnerabilidad se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológico, psicosocial, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso, surge entonces el término "riesgo" que implica la presencia de una característica o factor que aumenta la probabilidad de consecuencias adversas, constituyéndose como un referente de la aparición de un acontecimiento por lo general no deseado.

Es así como se define un factor de riesgo como una característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se asocia con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológico, ambiental, de comportamiento, socio cultural, económico). Pueden sumarse unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción. (Mac Mahon, 1996).

Estos factores están referidos al contexto del sujeto, que pueden tener circunstancias personales que tienen como resultado una depresión, por ejemplo, una muerte, un cambio brusco en el modo de vida, un accidente; todo dependiendo de las estrategias de afrontamiento que cada persona posea. Por otra parte los factores de protección son característicos del individuo en donde pueden tener una autoestima, relaciones interpersonales y comunicación familiar adecuada que ayudan a amortiguar las adversidades. (Rutter. 1985).

En los factores de riesgo hay una amplia clasificación que permite un análisis detallado del comportamiento de cada individuo, se encuentran factores de riesgo a nivel individual, emocional, familiar, social y cultural.

Factor de riesgo individual frente al contexto social

Son los procesos mentales que se presentan antes de los trastornos de conducta y la depresión, en los niveles distal y próximo, se tiene en cuenta la exposición a modelos agresivos o a vínculos sociales inseguros, experiencias tempranas de pérdida interpersonal, llevan a la persona a desarrollar la memoria con esquemas negativos y baja autoestima. Dejando de lado el apoyo familiar y del contexto en general. (Dodge. 1993).

Factores de riesgo emocional, cognitivo y comportamental

Se encuentran alteraciones emocionales caracterizadas por baja autoestima, falta de empatía, afectividad negativa, depresión, ansiedad, ira y hostilidad, sentimiento de inadecuación e infelicidad y un locus de control externo que identifica los acontecimientos que suceden como resultado independiente de sus actos. En el caso de padres maltratadores es habitual los sentimientos de incapacidad para mejorar su vida y su situación personal, además carece de habilidades de afrontamiento y autocontrol. (Wolfe. 1985).

Factores de riesgo familiares

Hace referencia a los elementos estructurales de la familia y a los patrones de interacción familiar: menor interacción y comunicación, menos juegos y afecto, violencia intrafamiliar, conflictos propios de convivencia, la influencia en los valores, comportamientos y actitudes de todos los miembros de la familia, la intensidad de los vínculos interpersonales, los roles atribuidos, las diferencias de opinión en las decisiones, diferencias de edad y sexo, (Milner. 1999). Los factores de riesgo medioambientales que sobresalen dentro de la familia como es la pobreza la violencia, el conflicto armado, y las enfermedades contagiosas, evidencian un impacto negativo en la salud mental a nivel mundial. (Unicef, 2006).

Factores de riesgo sociales

Hace referencia a distintas situaciones sociales que pueden generar estrés y frustración en los individuos, puede producirse sentimiento de indefensión dado al nivel socioeconómico, al nivel de escolaridad, que incapacita para escapar de una determinada situación, el desempleo o un empleo precario, el estrés laboral, las condiciones de vivienda (hacinamiento, falta de higiene), carencia de apoyo del contexto social (amigos, vecinos e instituciones). (Milner. 1999).

Factores de riesgo Culturales

Se define teniendo en cuenta la organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura en particular. Se trata de patrones generalizados que impregnan distintos estamentos de la sociedad a través de valores, principios, prejuicios, mitos, estereotipos, etc., estando arraigada a la creencia sobre la privacidad de la familia, el castigo físico como parte de la educación, y actuar en ocasiones de forma irresponsable. (Juste & Morales ,1997).

Estos factores de riesgo están relacionados con la psicología de la salud, siendo un factor importante en el conocimiento de dicho trastorno. Hoy en día es un referente de gran importancia en el manejo de la depresión; Cómo tal se debe destacar la inmersión de esta disciplina en el interés investigativo en Colombia, hacia finales de los años 80, el modelo conceptual tiene una posición con relación al aporte de la psicología frente al concepto salud-enfermedad, donde se integran varias áreas de análisis entre la psicología, la salud y a su vez la salud mental.

Urrego (2007), realiza aportes en el mantenimiento de esta disciplina, además retoma puntos importantes de la OMS, la Carta Ottawa y la Salud Mental, dando a conocer el tema de la psicología de salud desde varios factores.

La salud es definida como un estado en el cual se tiene un bienestar físico, mental, social, en donde se obliga a abordar todos los ámbitos de desempeño al igual que su bienestar psicológico como factor relevante para tener una calidad de vida aceptable. (OMS 1946). Por otra parte la salud mental hace

referencia a las potencialidades humanas y a las habilidades personales tales como el nivel cognitivo, autoestima, estrategias en solución de problemas, trabajo en equipo y en general el bienestar emocional, personal y mental. Hosman, (1997), citado por Urrego (2008).

Restrepo & Málaga. (2006). citado por Urrego (2008). Afirma que para mejorar la salud de las personas teniendo en cuenta diferentes políticas de salud, el mejoramiento en la acción comunitaria, generación de una reorientación a los servicios de salud, se brindan estrategias para la creación de programas de intervención psicológica. Generando habilidades personales con ambientes físicos, sociales, culturales y económicos adecuados a una mejor calidad de vida.

En relación a los factores de estrés, ansiedad y depresión, las problemáticas que más se presentan son: el desempleo, inconvenientes familiares, atención médica precaria, carencia de alimentos, dificultad para acceder a los servicios públicos y poca facilidad para acceder a la educación. Contribuyendo a generar tensión mental de la salud en las poblaciones a nivel mundial (Secretaría de Salud, 2006).

Por otro lado para verificar la validez de la presente investigación se hace alusión a los tratamientos empíricamente validados donde el método científico es la única manera de definir si una investigación funciona, si es de calidad y cuenta con la validez para mantenerse constante en el tiempo, por este motivo se describe en 1995, la división 12 de la Asociación de Psicología Americana (APA) "Task Force on the Dissemination of psychological procederes", creada para regular la efectividad de las 400 modalidades psicoterapéuticas.

En estudios de depresión en Colombia con estudiantes universitarios, se determina que el ingreso a la universidad afecta en la medida que hay exigencias académicas, dificultades en el desarrollo del aprendizaje y la adquisición de destrezas que pueden generar situaciones de fracaso o éxito por la intensidad horaria, exigencia de los docentes, las presiones de grupo, la competitividad entre los mismos compañeros y los cambios en el ciclo de sueño y vigilia pueden afectar esas condiciones de salud. En el ámbito universitario

uno de los principales factores asociados a la depresión es el estrés académico, que se constituye en un elemento detonante y que perpetúa la enfermedad. (Montoya, Gutiérrez, Toro, Briñón, Rosas, Salazar, 2010).

Adicionalmente la relación entre cognición y afecto se ve reflejada en el estudio realizado en la universidad de Antioquia con estudiantes en la etapa adolescente donde los procesos de adaptación son complicados para la población, y la definición o precisión genera confusión a los teóricos. (Carrillo, 2004). Un factor que ha sido retomado con atención en la investigación en adolescentes es la salud mental centrada en problemas como uso de sustancias, imagen corporal, depresión (Sander, 2004) y suicidio (Hernández Cervantes 2006). La depresión es un tema de alta incidencia revelada en estadísticas. El 15% de la población colombiana reporta haber sufrido depresión alguna vez en su vida, distribuyéndose por género de la siguiente manera: 17,5% para mujeres y 8,6% para hombres (Gómez & Maquet, 2007).

Los adolescentes colombianos, igual que los jóvenes de América Latina y el mundo, se exponen diariamente a situaciones estresantes, entre las que se describe: asumir cambios corporales, estructurar su identidad, separarse progresivamente de sus padres, etc. Las problemáticas que viven en los diferentes ámbitos (familiar, social, educativo, político, económico), lo que tiende a desequilibrar sus cogniciones y afectos para enfrentar estas situaciones, se genera este estudio para caracterizar a los adolescentes que presentan indicadores de sintomatología depresiva según la presencia de pensamientos automáticos y la presencia de afecto tanto negativo como positivo. (MPS, 2003).

Por otra parte Elliot (1998) propone establecer y diseminar una lista de tratamientos con apoyo empírico (TAES) con el fin de mejorar la atención al paciente, fomentar una mejor formación e investigación en psicoterapia y emplear criterios que posean valor heurístico.

En esta dirección es importante optar por metodologías que den cuenta de los resultados que se pueden obtener al implementar un proceso de intervención en el orden de lo disciplinar, a razón de ello se presenta el manual

del programa para considerar en el desarrollo de intervenciones grupales a nivel de psicología de la salud.

Flórez (1992) plantea los aspectos que se deben considerar para el diseño e implementación de un Manual del programa: caracterización de sujetos, selección de instrumentos y selección de procedimientos, nombre del programa, objetivos generales y específicos, antecedentes empíricos, método, descripción de procedimientos de evaluación e intervención teniendo en cuenta las adaptaciones a que haya lugar según las características específicas en los objetivos, siendo el manual de un programa una herramienta para modificar factores de riesgo comportamental de diversos trastornos, para atender aspectos psicoafectivos, para educar en salud y en general para prevenir desde lo psicológico las enfermedades en diferentes niveles (primaria, secundaria, terciaria), así como la promoción de la salud.

La prevención primaria es la estrategia que da lugar al conocimiento de las causas, incidencias, características y consecuencias de la depresión, por medio de la sensibilización, concientización, información y difusión de la Salud Mental, por ejemplo el apoyo social en el manejo de las pérdidas de seres queridos o dificultades familiares. Por otro lado la prevención secundaria busca disminuir la incidencia y frecuencia de la depresión de la población en general, (Galli, 1997).

Durante las décadas de los 50 y 60 se desarrollaron las técnicas conductuales o de modificación de conducta. Más recientemente, este conjunto de procedimientos terapéuticos se han enriquecido con el desarrollo de las técnicas cognitivas (Butler, Chapman, y Forman, 2006). La terapia cognitiva asume para la adaptación del ser humano, la habilidad para procesar información y formar representaciones mentales de uno mismo y de su entorno, estableciendo como principio la asignación de significado. Por lo tanto las conductas y las emociones están mediadas cognitivamente (Clark & Beck, 1997). Por este motivo se crean las técnicas cognitivo-conductuales que gozan de una elevada evidencia empírica.

Ellis (1962) fue defensor de una forma directiva de la teoría cognitiva a la que describió como psicoterapia racional, término que llamo psicoterapia racional-emotiva. Afirma que: "los trastornos emocionales o psicológicos son en gran medida el resultado de un pensamiento ilógico o irracional que se derivan de una percepción distorsionada y que puede deshacerse de la mayor parte de su infelicidad mental o emocional, si aprende a maximizar su pensamiento racional y minimizar el irracional". La Terapia Conductual Racional Emotiva se define por el ABC en inglés. La A es la activación de las experiencias, tales como problemas familiares, insatisfacción laboral, traumas infantiles tempranos y todo aquello que podamos enmarcar como productor de infelicidad. La B se refiere a creencias (beliefs) o ideas, básicamente irracionales y auto acusatorias que provocan sentimientos de infelicidad actuales. Y la C corresponde a las consecuencias o aquellos síntomas neuróticos y emociones negativas tales como el pánico depresivo y la rabia, que surgen a partir de nuestras creencias. Son las creencias las que dan el calificativo de mantener problemas a largo plazo. Ellis añade la letra D Y E al ABC, en donde D son las creencias irracionales y la E son las ideas racionales.

A continuación se incluyen los referentes teóricos con base en los resultados arrojados en el año 2010 relacionado con los ítems que evidenciaron presencia de depresión en la población de estudio, y justifican el diseño del programa de prevención que se implementó como respuesta a ello.

La regulación emocional y la activación fisiológica

Se define por emoción a la experiencia multidimensional con al menos tres sistemas de respuesta: cognitivo/subjetivo; conductual/expresivo y fisiológico/adaptativo. Este planteamiento coincide con el modelo tridimensional de la ansiedad propuesto por Lang, (1988).

La regulación emocional, se ha considerado como la capacidad para evitar respuestas emocionales descontroladas en situaciones de ira, provocación o miedo. Una línea divisoria muy frágil demarca los límites entre sentir una emoción y dejarse llevar por ella. Es decir, regular las emociones implica algo más que simplemente alcanzar satisfacción con los sentimientos positivos y

tratar de evitar y/o esconder nuestros afectos más nocivos. La regulación supone un paso más allá, ya que consiste en percibir, sentir y vivenciar nuestro estado afectivo, sin ser abrumado o sentirse afectado. (Chóliz & Tejero, 1995).

Tipos de Emociones: La mayoría de los expertos e investigadores en el tema de emociones concuerdan que existen básicamente dos tipos de emociones: Las emociones primarias y las emociones secundarias. Las emociones primarias; son aquellas que se desencadenan en respuesta de un evento. (Rabia, alegría, tristeza y miedo). En cambio las emociones secundarias; son aquellas que surgen como consecuencia de las emociones primarias. Por ejemplo la rabia produce mal genio, la alegría produce satisfacción, el miedo produce preocupación, la tristeza produce melancolía, dependiendo de la situación expuesta se genera una respuesta a la que nos estamos enfrentando. (Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb y D'Agostino, 1993).

Autoestima

Puede definirse como la autoevaluación de las cualidades que componen el concepto del yo considerando la persona como un todo, además ha sido relacionada con la función evaluadora que caracteriza el auto-concepto. Se considera como un esquema con contenido negativo si se trata de una baja autoestima, hay un incremento en la depresión, afecta la sociabilidad, debilita el sistema inmunológico e impide mantener emociones positivas. La baja autoestima es una creencia o esquema en el cual un individuo llega a una conclusión negativa de si mismo ("yo soy débil", "Yo soy poco inteligente"). Showers, (2000), Smith & Petty (1995), Fennell (1997) citado por Riso (2006),

Por otro lado se encuentran dos factores importantes a tener en cuenta que es el auto-concepto, definido como la visión de si mismo, formada por experiencias directas y evaluaciones realizadas por otras personas, es también visto como auto-representación que los individuos utilizan dentro de diferentes contextos de la vida, tales como la familia, el trabajo y lo social Andersen & Cyranowski, (1994), y la auto-eficacia definida como los juicios que el individuo hace de si mismo en relación a sus capacidades, con base a la organización y ejecución de sus actos de modo que le permita alcanzar el rendimiento

deseado. Además hace referencia a la evaluación que realiza la persona respecto a la capacidad para desempeñarse en una tarea, alcanzar una meta o en superar un obstáculo. (Bandura, 1987).

Solución de problemas estrategias de afrontamiento y toma de decisiones

Los problemas o situaciones problemáticas son de la vida cotidiana y ocurren a diario, son situaciones reales o imaginarias a las que se debe encontrar solución, de la que no se dispone en el momento, el nivel de importancia o dificultad del mismo es definido subjetivamente por el individuo que lo enfrenta. Al no descubrir solución a un problema, surge o se eleva el estrés y otros estados emocionales, y si se actúa sin poseer una solución adecuada, se convierte en algo no deseado o poco eficaz. (Zurilla, 1986).

También define el entrenamiento en solución de problemas como un procedimiento por el que se prepara a las personas para reconocer problemas propios, para buscar soluciones adecuadas e implantar la mejor solución de la situación donde ocurre el problema, la solución de problemas consta de cinco (5) fases que son: identificar que hay un problema, definir y delimitarlo, buscar alternativas de solución, tomar una decisión, poner en práctica y mantener la solución.

Se espera pasar de una etapa a la otra al tener la anterior superada, o si la solución no es la adecuada debe volver a las fases previas para realizar el proceso correctamente es por esto que se plantea trabajar inicialmente con problemas hipotéticos, soluciones simbólicas y por último solución de problemas reales del sujeto

La toma de decisiones se refiere al proceso cognitivo-afectivo-conductual a través del cual un individuo o grupo identifica o descubre medios efectivos y eficaces de enfrentarse con los problemas que encuentra en la vida cotidiana, produciendo consecuencias positivas, refuerzo positivo y evitación de las consecuencias negativas, la sustentación de la teoría se basa en el ser humano como solucionador de problemas, algunos con la adecuada competencia social, y aquellos a los que se puede entrenar para solucionar problemas cotidianos y otros más complejos, Es común que se produzca activación emocional

facilitando o inhibiendo la solución de problemas dependiendo del valor de la respuesta emocional dando un mayor control al reconocimiento, alternativas y evaluación de la ejecución. El conocimiento de las respuestas emocionales se hace importante en el momento de entrenar en habilidades sociales para facilitar el afrontamiento, (reestructuración cognitiva, auto-instrucciones y técnicas de relajación o desensibilización). Zurilla & Golfried, (1971) citados por Zurilla (1986).

Las estrategias de afrontamiento son esfuerzos conductuales y cognitivos cambiantes que desarrollan situaciones específicas externas e internas que son evaluadas como recursos del individuo, tales como autocontrol, humor, llanto, blasfemar, lamentarse, discutir y pensar. El afrontamiento puede influir en la frecuencia, intensidad, duración y forma de las reacciones neuroquímicas al estrés, también puede afectar la salud de forma negativa aumentando el riesgo de morbi-mortalidad cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como alcohol droga y tabaco. (Zurilla, 1986).

La toma de decisiones es una técnica que permite evaluar las alternativas de solución disponibles y seleccionar la mejor para ponerla en práctica en la situación problema, a nivel teórico la aproximación se basa en dos modelos de decisión a) la teoría de la utilidad esperada donde la elección de conducta se analiza racionalmente coste/ beneficio b) perspectiva que toma en cuenta los efectos de los factores subjetivos de la conducta elegida. (Zurilla, 1986).

Asertividad

Wolpe (1990), define la asertividad como una expresión apropiada de los sentimientos, y habilidades sociales teniendo como objetivo la expresión de una forma adecuada para poder mejorar la comunicación. Cuando una persona tiene dificultades para expresar sus sentimientos en contextos sociales, no es asertiva. Los aspectos causales se deben a la respuesta social inadecuada explicada en función de la historia previa que en algún momento inhibe el comportamiento.

Los referentes conductuales mas utilizados son la capacidad de expresar sentimientos negativos (aserción negativa) y la expresión de sentimientos

positivos (aserción positiva), es adecuado tener aserción básica, ser enfáticos, y tener una confrontación en relación a lo que piensa y siente, por ejemplo el saludo, el contacto visual, la postura física, la disposición de escucha, el mantener una comunicación y la tonalidad de voz. (Lange & Jakubowski, 1976).

Las investigaciones acerca de las habilidades sociales se han centrado sobre tres variables: lo cognitivo, lo autónomo y lo conductual, siendo factores que intervienen simultáneamente en la conducta inadecuada integrando lo que siente, piensa y hace, en donde cada sistema procesa la información de un modo particular y le es propio antes de producir la respuesta. Stoyva, (1984) citado por Riso (1988).

El individuo es considerado como un procesador activo de la experiencia, que selecciona, percibe, procesa y transforma la estimulación externa. El ser humano se comporta con un fin determinado, mediante la confrontación ambiental permanente y las metas personales, además el sujeto se auto-evalúa permanentemente. El sujeto socialmente no habilidoso puede presentar fallas en cualquier etapa del procesamiento de la información ya sea previa o posterior a la conducta. El individuo puede carecer de habilidades de codificación (atención y percepción), toma de decisiones (búsqueda, selección de respuesta y ejecución). (Schwart y Gottman, 1976).

Definición de Variables

Variable dependiente (VD) Depresión: La depresión se define como un trastorno afectivo compuesto por un conjunto de síntomas y signos, clasificado dentro de las alteraciones del estado de ánimo cuyas características son un estado de ánimo deprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida de interés en las labores, desordenes alimenticios, falta de energía, sentimientos de culpa, frustración, dificultad en la concentración, ideación y conductas suicidas.

Síntomas como llanto recurrente, irritabilidad y arranques de ira o insultos a los demás, pérdida de peso, pérdida o aumento de apetito, insomnio hipersomnia, agitación o enlentecimiento, los síntomas provocan deterioro social, laboral,

afectivo y académico y otras áreas importantes del individuo. (DSM-IV-TR 2002).

Variable Independiente (VI) programa de prevención de conductas asociadas a la depresión desde factores de riesgo individual en estudiantes universitarios, considerado por Flórez (1992) para el desarrollo de intervenciones grupales.

Variable de control la muestra población seleccionada, en este caso los estudiantes Universitarios de la Fundación san José, de tercer semestre de ingeniería industrial, de la jornada nocturna, las edades oscilan entre 16 y 40 años.

Marco Metodológico

Diseño

El diseño es A-B-A de tipo cuasi-experimental que consiste en establecer una línea de base del estado emocional de la población por medio del inventario de Beck (pretest), luego se aplica la intervención experimental (programa de prevención), por último se determina el efecto de la intervención evaluando nuevamente la línea de base (postest).

Participantes

La investigación se realizó con estudiantes universitarios de tercer semestre del programa de ingeniería industrial teniendo en cuenta la colaboración de la directora del programa, la muestra seleccionada fue de 20 estudiantes, con edades comprendidas entre los 16 y 40 años de nivel socioeconómico 1 y 2.

Descripción de Instrumentos

Para realizar este estudio se utilizó el Inventario de depresión de Beck, el autoconcepto forma A (AFA), El inventario de estilos de afrontamiento, el Rathus modificado y se construyó un instrumento de regulación emocional con 15 ítems, dividido en 3 áreas (fisiológico, cognitivo y conductual) para identificar por medio de resultados cuantitativos que efecto tuvo el programa general y cada sesión, en las conductas de los estudiantes a la luz de diversos autores dando paso a nuevas investigaciones.

a) Ficha técnica

Nombre: Inventario autoaplicado de depresión de BECK

Autores: Se utilizó la adaptación (Brenlla,2006) de la segunda versión (Beck,1987)

Edad de aplicación: 16 a 40 años

Forma de aplicación: individual ó grupal

Tiempo de Aplicación: 15 minutos aproximadamente

Factores de Medición: Describe diversos síntomas con el fin de detectar tempranamente la depresión.

Descripción: Instrumento compuesto por 21 ítems, con un rango de 0 a 63, cada ítem se puntúa de 0 a 3

Calificación: Ausencia 0-9, Leve 10-18, Moderada 19-29, Severo ≥ 30

b) Ficha técnica

Nombre: Regulación emocional

Autor: Aguilar, K. Robayo, P. (2011) Con validación de 2 jueces

Edad de aplicación: 16 a 40 años

Forma de aplicación: individual ó grupal

Tiempo de Aplicación: 10 minutos aproximadamente

Factores de Medición: Reconocimiento de emociones primarias y secundarias por medio de los tres canales de respuesta, Fisiológico (2 reactivos), Cognitivo (7 reactivos) y Conductual (6 reactivos) frente a situaciones cotidianas.

Descripción: Instrumento compuesto por 15 ítems, escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta nunca o muy pocas veces, algunas veces, frecuentemente, la mayoría de las veces, con un rango de 0 a 45, cada ítem se puntúa de 0 a 3.

Calificación: regula emociones 0 – 15, menos regulador de emociones 16-30, no regula emociones 31-45.

c) Ficha técnica

Nombre: Auto-concepto Forma A (AFA)

Autores: Autores: Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M., (1981)

Edad de aplicación: 16 a 40 años

Forma de aplicación: individual ó grupal

Tiempo de Aplicación: 15 minutos aproximadamente

Factores de Medición: Evalúa las cualidades y defectos como el individuo se percibe frente a los demás en cuatro áreas de la vida como son: Académico, Social, Económico y Familiar.

Descripción: Instrumento compuesto por 36 ítems, con un rango de 0 a 108, cada ítem se puntúa de 1 a 3, (apoyado en plantilla del manual)

Calificación: No hay autoestima 1-36, menor autoestima 37-72, mayor autoestima 73-108

d) Ficha técnica

Nombre: Inventario de estilos de afrontamiento

Autores: Se utilizó la adaptación (Vitalino y Col, 1985) de la versión original (Folkman y Lazarus, 1980)

Edad de aplicación: 16 a 40 años

Forma de aplicación: individual ó grupal

Tiempo de Aplicación: 20 minutos aproximadamente

Factores de Medición: Evalúa estrategias de afrontamiento y la capacidad de solucionar problemas de un individuo en cinco estilos centrados en: solución de problemas (15 reactivos), búsqueda de soporte social (6 reactivos), evitación (10 reactivos), auto-culpabilización (3 reactivos), ser fantasioso (8 reactivos).

Descripción: Instrumento compuesto por 42 ítems, con un rango de 0 a 63, cada ítem se puntúa de 0 a 3

Calificación: En absoluto =0, en alguna medida =1, bastante =2, en gran medida =3.

e) Ficha técnica

Nombre: Escala de Asertividad (Rathus Modificado),

Autores: Carrasco, Clemente. y Llanova, (1984).

Edad de aplicación: 16 a 40 años

Forma de aplicación: individual ó grupal

Tiempo de Aplicación: 10 minutos aproximadamente

Factores de Medición: Evalúa las respuestas asertivas a nivel cognitivo, autónomo y conductual que se asumen en situaciones personales familiares, sociales y laborales.

Descripción: Instrumento compuesto por 18 ítems, con un rango de 0 a 90, cada ítem se puntúa de 0 a 5.

Calificación: Hay asertividad 0–30, medianamente asertivo 31-60, no hay asertividad 61-90 Nota: Se debe tener en cuenta que los reactivos 3, 5, 14 y 17 son directos donde: 0 inadecuado y 5 adecuado, los demás son inversos entre mas cerca a 0 más adecuado.

Procedimiento

Fase I. Prediagnóstico: En el 2010 con la aplicación del inventario de Beck a 929 estudiantes de todas las carreras de la fundación de educación superior San José, de estratos 1 y 2, con el objetivo de identificar los riesgos psicosociales que el año 2006 llevaron al suicidio de dos personas de la comunidad educativa y por esto buscar medidas preventivas.

Fase II. Diseño: Se elaboró pre-test-pos-test de la prueba Beck para identificar línea de base y luego la evaluación e intervención para cada uno de los factores de riesgo. Este se presentó a las coordinaciones encargadas (bienestar, carrera de ingeniería industrial) para su autorización y puesta en práctica.

Fase III. Implementación: se seleccionaron los sujetos que participaron en la investigación, se les presentó el programa de trabajo para que aceptaran voluntariamente la participación por medio del consentimiento informado. Se da inicio a la aplicación de la técnica de intervención (programa de prevención) según cronograma (Anexo 1).

Resultados

A partir de la aplicación del inventario de Depresión Beck y los cuatro instrumentos, utilizados se analizan los resultados mediante la herramienta de Excel y el programa estadístico Statistical Package for The Social Science versión 18 (SPSS).

El análisis estadístico se realizó identificando resultados en el pretest y el pos-test de cada factor de riesgo psicosocial para así determinar si hay modificación de conductas y pensamientos depresivos después de la intervención, se realizará la descripción de tablas que contienen media, mediana, moda, desviación estándar

En la Tabla 1 se presentan los resultados obtenidos en la aplicación del primer semestre del año 2010 frente a la aplicación pretest 2011 del Beck que permitió identificar la línea de base en los sujetos, se muestran los puntajes obtenidos en el rango de depresión moderada (19-29).

Tabla 1. Comparación resultados primer semestre del año 2010 y 2011 Beck

Item	2010	2011
3 (fracaso)	15.9% moderado	0% moderado 15%
7 (disconfomidad)	10.1% moderado	moderado 15%
8 (autocritica)	24.2% moderado	moderado 15%
10 (llanto)	15% moderado	moderado
12 (perdida de interés)	7.5% moderado	15% moderado 10%
13 (indecisión)	8.8% moderado	moderado
14 (desvalorización)	9.7% moderado	5% moderado
16 (hábitos de sueño)	18.9% moderado	10% moderado 15%
18 (apetito)	9.3% moderado	moderado
19 (perdida de peso)	16.3% moderado	0% moderado

Origen: datos primer semestre del año 2010 y nueva aplicación 2011

Con relación a los datos anteriores se puede identificar del ítem 3 (fracaso) que paso de un nivel moderado a un nivel ausente, que indica mayor proyección hacia el logro y menos pensamientos de derrota, ítem 8 (autocritica) observando mayor interés por el autoconcepto y la autoimagen, ítem 16 (hábitos de sueño) indicando mayor calidad del sueño lo que puede relacionarse con la disminución de pensamientos de fracaso o autocríticos, ítem 19 (perdida de peso) se observa que ya no es factor significativo en la población.

El ítem que se mantuvo estable en los resultados de las dos aplicaciones se encuentra: el ítem 10 (llanto) que indica deseos de llorar o estados de tristeza,

En relación a los ítems que incrementaron con relación al año 2010 se encuentra: el ítem 7 (disconformidad con uno mismo) lo que indica que la población es mas inconforme con su estilo de vida y calidad de vida, el ítem 12 (perdida de interés) evidencia disminución en el interés por otras personas y sus relaciones sociales, el ítem 13 (indecisión) que indica mayor incapacidad en la toma de decisiones, el ítem 14 (desvalorización) indica bajo autoconcepto observándose menor valoración en las propias acciones, 18 (cambios en el apetito) se observa alteración en los hábitos alimenticios.

Una vez se han establecido las comparaciones entre primer semestre del año 2010 y pretest de 2011, se presenta cada uno de los datos obtenidos en la aplicación del programa de prevención 2011 y su explicación de acuerdo a cada una de las pruebas como son el Inventario de depresión de BECK, Regulación emocional, Auto-concepto forma a AFA, Inventario de estilos de afrontamiento y Rathus modificado, se tomó un N de 20 sujetos que asistieron de forma constante al desarrollo de las sesiones del programa.

Tabla 2. Rango Beck pretest y postest 2011

	BECK			
	Pretest		Postest	
Rango	f	%	f	%
0-9 (ausente)	7	35	10	50
10-18 (leve)	9	45	7	35
19-29				
(moderado)	4	20	3	15
>30 (severo)	0	0	0	0

Origen: aplicación inventario Beck 2011 fundación San José

Tabla 5. Datos estadísticos Beck ítems significativos 2, 5 y 7.

	ITEM 2		ITEM 5		ITEM 7	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
MODA	1	0 y 1	0	0	0	0
MEDIA	1,05	0,65	0,85	0,5	0,65	0,65
MEDIANA	1	1	1	0	0,5	0
DE	1,05	0,671	0,813	0,607	0,745	0,813

En la Tabla 4 y 5 se comparan los resultados de los ítems más significativos, se muestra el ítem 2 (pesimismo) en pretest (media=1.05; DE=1.05) y en el postest (media=0.65; DE=0.67), ítem 5 (sentimientos de culpa) en pretest (media=0.85; DE=0.81) y en el postest (media=0.5; DE=0.60), y en el ítem 7 (disconformidad) en pretest (media=0.65; DE=0.74) y en el postest (media=0.65; DE=0.81).

Tabla 6. Resultados Beck ítems significativos 8, 10 y 12.

	ITEM 8				ITEM 10				ITEM 12			
	Pretest		Postest		Pretest		Postest		Pretest		Postest	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
0	13	65	11	55	7	35	11	55	10	50	13	65
1	4	20	9	45	10	50	7	35	6	30	4	20
2	3	15	0	0	3	15	2	10	3	15	3	15
3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0

Tabla 7. Datos estadísticos Beck ítems significativos 8, 10 y 12.

	ITEM 8		ITEM 10		ITEM 12	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
MODA	0	0	1	0	0	0
MEDIA	0,5	0,45	0,8	0,55	0,75	0,5
MEDIANA	0	0	1	0	0,5	0
DE	0,761	0,510	0,696	0,686	0,910	0,761

En la Tabla 6 y 7 se comparan los resultados de los ítems mas significativos, se muestran el ítem 8 (autocritica) en pretest (media=0.5; DE=0.76) y en el postest (media=0.45; DE=0.51). Ítem 10 (llanto) en pretest (media=0.8; DE=0.69) y en el postest (media=0.55; DE=0.68) y el ítem 12 (perdida de interés) en pretest (media=0.75; DE=0.91) y en el postest (media=0.5; DE=0.76).

Tabla 8. Resultados Beck ítems significativos 17, 18, 20 y 21.

	ITEM 17		ITEM 18		ITEM 20		ITEM 21									
	Pretest		Postest		Pretest		Postest									
	f	%	f	%	f	%	f	%								
0	11	55	14	70	9	45	14	70	11	55	11	55	10	50	13	65
1	6	30	5	25	7	35	3	15	4	20	5	25	4	20	2	10
2	3	15	1	5	3	15	3	15	1	5	4	20	4	20	5	25
3	0	0	0	0	1	5	0	0	4	20	0	0	2	10	0	0

Tabla 9. Datos estadísticos Beck ítems significativos 17, 18, 20 y 21.

	ITEM 17		ITEM 18		ITEM 20		ITEM 21	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
MODA	0	0	0	0	0	0	0	0
MEDIA	0,6	0,35	0,8	0,45	0,9	0,65	0,9	0,6
MEDIANA	0	0	0,5	0	0	0	0,5	0
DE	0,754	0,587	0,894	0,759	1,210	0,813	1,071	0,883

En la Tabla 8 y 9 se comparan los resultados de los ítems mas significativos, se muestran el ítem 17 (irritabilidad) en pretest (media=0.6; DE=0.75) y en el pos-test (media=0.35; DE=0.58). ítem 18 (cambios en el apetito) en pretest (media=0.8; DE=0.89) y en el pos-test (media=0.45; DE=0.75), ítem 20 (cansancio o fatiga) en pretest (media=0.9; DE=1.21) y en el postest (media=0.65; DE=0.81), y el ítem 21 (perdida de interés en el sexo) en pretest (media=0.9; DE=1.07) y en el pos-test (media=0.6; DE=0.88).

Los tablas 4, 5, 6, 7, 8 y 9 se observan los ítems mas significativos de la prueba Beck en el pretest y su comparación con el postest, mostrando los puntajes que disminuyeron en el rango de depresión moderada (19-29): el ítem 5 (sentimiento de culpa) disminuyó 20% lo que indica que los sentimientos de culpa son menores ante situaciones adversas, el ítem 8 (autocritica) disminuyó 15% evidenciando un favorable efecto en el manejo de la autocritica, el ítem 10 (llanto) disminuyó 5% evidenciando un cambio significativo en los deseos de llorar o estados de tristeza, el ítem 17 (irritabilidad) disminuyó 10% lo que indica que hay adecuado manejo de emociones y de conducta irritable.

En cuanto a los ítems que se mantuvieron en el rango de depresión moderada (19-29) están: El ítem 2 (pesimismo) indicando que los pensamientos pesimistas no tuvieron variaciones, el ítem 12 (perdida de interés) se mantiene estable el interés social y la preocupación por las personas, el ítem 18 (cambios en el apetito), indica que no se presentaron cambios o alteraciones en el apetito y las conductas alimentarias,

Los ítems con un incremento en los puntajes del rango de depresión moderada (19-29) fueron: ítem 7 (disconformidad con uno mismo) lo que indica desconfianza en la realización de cualquier tarea, ítem 20 (cansancio o fatiga) con un notable incremento en las sensaciones de agotamiento que limitan la ejecución de las actividades a plenitud, y el ítem 21 (perdida de interés en el sexo) incrementó un 5% donde el interés por el sexo tiene menor importancia en el individuo.

Se puede relacionar los resultados con la presencia de estímulos externos y situaciones particulares que no se pueden aislar durante la fase de aplicación del programa. Las medias con menor dispersión, muestran que el grupo obtiene más del 50% en respuestas cercanas a cero que identifican las características generales del grupo, los datos muestran una dispersión no mayor a 2 desviaciones lo que mantiene una aseveración general del grupo.

Una vez realizado el análisis general de Beck, que establece las diferencias en el nivel de depresión antes y después de la implementación del programa de

prevención, se presentarán de manera explícita las mediciones pretest y postest de cada una de las escalas aplicadas en las sesiones del programa.

Tabla 10. Resultados subescalas regulación emocional

FISIOLOGICO				COGNITIVO				CONDUCTUAL						
Rango		Pretest	Postest	Rango		Pretest	Postest	Rango		Pretest	Postest			
f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%			
0-2	16	80	20	100	0-7	9	45	10	50	0-6	15	75	15	75
3-4	4	20	0	0	8-15	11	55	10	50	7-12	5	25	5	25
5-6	0	0	0	0	16-21	0	0	0	0	13-18	0	0	0	0

Tabla 11. Datos estadísticos subescalas regulación emocional

	FISIOLOGICO		COGNITIVO		CONDUCTUAL	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
MODA	0	1	8	5 y 8	5	4 y 5
MEDIA	1,4	1	7,55	7,1	5,25	5,55
MEDIANA	1	1	8	7	5	5
DE=	1,231	0,725	3,456	3,712	2,531	2,481

En la Tabla 10 y 11 se presentan los resultados de las escalas de regulación emocional en la escala fisiológico puntuó en el pretest (media=1.4 y DE=1.231), en el postest (media=1 y DE=0.725), la escala cognitivo puntuó en el pretest (media=7.55 y DE 3.456) en el postest (media=7.1 y DE= 3.712), por ultimo la escala conductual puntuó en el pretest (media= 5.25 y DE=2.531) en el postest (media= 5.55 y DE=2.481).

La escala fisiológica por su parte revela un incremento en el rango adecuado (0-2) del 20% en la regulación de emociones relacionada con la respuesta corporal emitida frente a una situación.

La escala cognitiva revela un incremento en el rango adecuado (0-7) del 5% arrojando una respuesta emocional pertinente relacionada a pensamientos positivos frente a situaciones que se presentan a diario.

La escala conductual revela una estabilidad en el rango adecuado (0-6) indicando que la expresión de las emociones no se alteró, esto puede estar relacionado con el lapso de tiempo que existió en la aplicación del pretest y el postest porque la característica evaluada no ha sido emitida en situaciones reales.

Tabla 12. Resultados subescalas autoconcepto forma A (AFA)

ACADEMICO				SOCIAL				ECONOMICO				FAMILIAR							
Rango		Pretest		Postest		Rango		Pretest		Postest		Rango		Pretest		Postest			
	f	%	f	%		f	%	f	%		f	%	f	%		f	%		
0-11	0	0	0	0	0-5	0	0	0	0	0-9	0	0	0	0	0-6	0	0	0	
12-22	3	15	3	15	6-10	1	5	0	0	10-18	6	30	6	30	7-12	1	5	1	5
23-33	17	85	17	85	11-15	19	95	20	100	19-27	14	70	14	70	13-18	19	95	19	95

Tabla 13. Datos estadísticos subescalas autoconcepto forma A (AFA)

	ACADEMICO		SOCIAL		ECONOMICO		FAMILIAR	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
MODA	26	25	12	13 y 15	20 y 21	18, 20 y 21	16	18
MEDIA	25,15	25,55	12,8	13,45	19,65	19,85	15,15	15,85
MEDIANA	26	25	12,5	13	20	20	15,5	16
DE	2,661	3,120	1,399	1,317	3,249	2,477	1,631	1,843

En la Tabla 12 y 13 se presentan los resultados de las cuatro subescalas de la prueba de AFA. Iniciando con la escala Académico que puntuó en el pretest (media de 25.15 y D.E de 2.66) en el postest (media de 25.55 y D.E de 3.12), la escala Social puntuó en el pretest (media de 12.8 y D.E de 1.39) en el postest (media de 13.45 y D.E de 1.31), la escala económico puntuó en el pretest (media de 19.65 y D.E de 3.24) en el postest (media de 19.85 y D.E de 2.47), por último la escala familiar puntuó en el pretest (media de 15.15 y D.E de 1.63) en el postest (media de 15.85 y D.E de 1.84).

Las escalas que se mantuvieron en el rango de autoestima adecuada son: académico en un rango de (23-33), la escala económico en un rango de (19-27), y la escala familiar en un rango de (13-18). Por otro lado la escala social incrementa en el rango (11-15) indicando que es adecuada la autoestima frente a la interacción social.

Según los resultados se obtiene niveles adecuados en la escala de autoestima del pretest frente al posttest lo que indica que reconocen su propia identidad frente a si mismo y frente a los demás, también evalúan sus cualidades y defectos para sentirse aceptado en su entorno.

Tabla 14. Resultados afrontamiento escala solución de problemas y soporte social

Rango*	SOL. PROBLEMAS				SOP. SOCIAL			
	Pre-test		Posttest		Pretest		Posttest	
	f	%	f	%	f	%	f	%
0	0	0	0	0	0	0	0	0
1	6	30	5	25	9	45	10	50
2	13	65	14	70	11	55	8	40
3	1	5	1	5	0	0	2	10

*Los rangos indican: 0= en absoluto, 1= en alguna medida, 2=bastante, 3= en gran medida

Tabla 15. Datos estadísticos escala solución de problemas y soporte social

	SOL. PROBLEMAS				SOP. SOCIAL			
	Pretest		Posttest		Pretest		Posttest	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
MODA	2	2	2	1	2	1	2	1
MEDIA	1,75	1,8	1,55	1,6	1,55	1,6	1,55	1,6
MEDIANA	2	2	2	1,5	2	1,5	2	1,5
DE=	0,55	0,52	0,51	0,68	0,51	0,68	0,51	0,68

En las Tablas 14 y 15 se presentan los resultados de las subescalas de estilo de afrontamiento basado solución de problemas y soporte social, en la escala solución de problemas pre-test (media de 1.75 y D.E de 0.55) y pos-test (media de 1.8 y D.E de 0.52), la escala soporte social pre-test (media de 1.55 y D.E de 0.51) y pos-test (media de 1.6 y D.E de 0.68),

La escala de estilo de afrontamiento basado en solución de problemas por su parte revela un incremento en el rango 2 (bastante) de 5% en el estilo de solución de problemas lo que indica la adecuada ejecución de estrategias que dan solución a los problemas reales.

La escala de estilo de afrontamiento basado en el soporte social disminuyo 15%, lo que indica que los sujetos perciben que la modificación de sus conductas se debe a cambios personales y que no requiere ayuda de fuentes externas.

Tabla 16. Resultados afrontamiento escalas evitación, autculpa, y fantasioso

Rango*	EVITACIÓN		AUTOCULPA		FANTASIOSO							
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest						
	f	%	f	%	f	%						
0	0	0	1	5	2	10	3	15	2	10	1	5
1	15	75	15	75	13	65	14	70	7	35	9	45
2	5	25	4	20	5	25	3	15	10	50	8	40
3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	2	10

*Los rangos indican: 0= en absoluto, 1= en alguna medida, 2=bastante, 3= en gran medida

Tabla 17. Datos estadísticos escalas evitación, autculpa, y fantasioso

	EVITACIÓN		AUTOCULPA		FANTASIOSO	
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest	Postest
MODA	1	1	1	1	2	1
MEDIA	1,25	1,15	1,15	1	1,5	1,55
MEDIANA	1	1	1	1	2	1,5
DE=	0,44	0,48	0,58	0,56	0,76	0,75

En las Tablas 16 y 17 se presentan los resultados de las subescalas de estilo de afrontamiento basado en evitación, autculpa, y fantasioso, en la escala evitación pretest (media de 1.25 y D.E de 0.44) y pos-test (media de 1.15 y D.E de 0.48), la escala autculpabilización pretest (media de 1.15 y D.E de 0.587) y pos-test (media de 1 y D.E de 0.56), por último la escala fantasioso pretest (media es de 1.5 y D.E de 0.76) y pos-test (media de 1.55 y D.E de 0.75).

La escala de estilo de afrontamiento basado en evitación revela una disminución en el rango 2 (bastante) de 5% lo que indica que los sujetos están más atentos y dispuestos a las situaciones que deban enfrentar y no buscan evadirlas.

La escala de estilo de afrontamiento basado en autculpabilización disminuyó en el rango 2 (bastante) el 10% donde se reducen sentimientos de culpa ante situaciones desfavorables esto se encuentra relacionado con el ítem 5 de la escala total de Beck, así que los sujetos identificaron que todo suceso tiene diferentes causas y no es debido totalmente a sus actos.

La escala de estilo de afrontamiento basado en fantasía disminuyó en el rango 2 (bastante) el 10%, donde el sujeto delega los eventos a situaciones viables y reales, esto se puede ver relacionado con la escala de autculpabilización porque el sujeto determina hasta donde tiene responsabilidad de sus actos y donde inicia el efecto de factores externos.

Tabla 18. Resultados prueba asertividad RATHUS modificado

Rango*	RATHUS			
	Pretest		Postest	
	f	%	f	%
0-30	0	0	0	0
31-60	16	80	17	85
61-90	4	20	3	15

*Los rangos indican: 0-30= asertivo 31-60= medio asertivo 61-90 no asertivo

Tabla 19. Datos estadísticos prueba asertividad RATHUS modificado

	RATHUS	
	Pretest	Pos-test
	50, 53 y	
MODA	61	47
MEDIA	53,15	53,05
MEDIANA	53	54
DE	7,88	7,72

En las Tabla 18 y 19 se presentan los resultados obtenidos en la prueba RATHUS modificado, en el pretest (media= 53.15 y D.E=7.88) en el pos-test (media=53.05 y DE=7.72),

En general los datos revelan que los niveles de asertividad en el rango (31-60= asertividad media) incrementaron 5%, indicando que los individuos adquirieron conocimientos de las habilidades sociales con las que cuentan, pero no se presentan respuestas a nivel cognitivo ni conductual, lo que esta relacionado con el lapso de tiempo que existió en la aplicación del pretest y el postest porque el factor evaluado no ha sido emitido en situaciones reales.

Discusión

Por medio de los resultados y de acuerdo a los objetivos establecidos en la presente investigación se hace un análisis respecto al comportamiento de las variables de estudio y cada una de las categorías de intervención en las conductas de riesgo en depresión de los estudiantes universitarios.

De acuerdo a nuestro primer objetivo, determinar el efecto de un programa de prevención de conductas asociadas a la depresión desde factores de riesgo individual en estudiantes universitarios, los resultados arrojaron que en general hubo un efecto positivo en la modificación de conductas, aunque las puntuaciones del postest en relación al pretest no presentaron cambios significativos, se evidenció que hubo mayor dificultad en la prueba de asertividad, esto relacionado a la ejecución de las habilidades sociales que presenta esta población.

Como lo afirma Dodge (1993) los factores de riesgo individual, son los procesos mentales que se presentan antes de los trastornos de conducta y la depresión, se tiene en cuenta la exposición a modelos agresivos o a vínculos sociales inseguros, experiencias tempranas de pérdida interpersonal, llevan a la persona a desarrollar la memoria con esquemas negativos y baja autoestima. Dejando de lado el apoyo familiar y del contexto en general. Esto se evidencia en la prueba de Beck, donde los resultados del factor inconformidad con si mismo, permanecieron elevados, al igual que la sensación de fatiga o cansancio cuando se realizan las actividades normales del día, sumado a esto el desinterés en la actividad sexual relacionado a inestabilidad de los vínculos afectivos y sociales, con esquemas de autoexigencia buscando mayor aceptación.

Wolfe (1985) refiere que los factores de riesgo emocional, cognitivo y comportamental constan de alteraciones emocionales caracterizadas por baja autoestima, falta de empatía, afectividad negativa, depresión, ansiedad, ira y hostilidad, sentimiento de inadecuación e infelicidad y un locus de control externo que identifica los acontecimientos que suceden como resultado independiente de sus actos. En el caso de padres maltratadores es habitual los

sentimientos de incapacidad para mejorar su vida y su situación personal, además carece de habilidades de afrontamiento y autocontrol.

En esta población no son evidentes estos factores pues los resultados obtenidos en regulación emocional muestran un manejo adecuado de las respuestas corporales, y a nivel conductual permite evocar los sentimientos y emociones, sin provocar pensamientos que refieran acontecimientos dependientes de factores externos. También se puede observar en el estilo de afrontamiento que no existe un riesgo evidente, en los estudiantes ya que presentan un comportamiento adecuado frente a la solución de un problema.

Desde la perspectiva familiar los factores de riesgo hacen referencia a la desestructuración y a los patrones de interacción familiar: por ejemplo menos comunicación, menos juegos y afecto, violencia intrafamiliar, conflictos propios de convivencia, la influencia en los valores, comportamientos y actitudes de todos los miembros de la familia, la intensidad de los vínculos interpersonales, los roles atribuidos, las diferencias de opinión en las decisiones, diferencias de edad y sexo, (Milner. 1999). En relación a la autoestima, los estudiantes evalúan el área familiar como fuente de apoyo y vínculo afectivo por el elevado puntaje obtenido en la prueba AFA, lo que indica que no es latente este factor de riesgo en la población, ya que los participantes perciben fuertes lazos de protección donde los eventos medioambientales como la pobreza la violencia, el conflicto armado, y las enfermedades contagiosas lograrían superarse con facilidad.

A nivel social el riesgo está relacionado con distintas situaciones que pueden generar estrés y frustración en los individuos, puede producirse sentimiento de indefensión dado al nivel socioeconómico, al nivel de escolaridad, que incapacita para escapar de una determinada situación, el desempleo o un empleo precario, el estrés laboral, las condiciones de vivienda (hacinamiento, falta de higiene), carencia de apoyo del contexto social (amigos, vecinos e instituciones). (Milner. 1999).

Los resultados en la prueba de afrontamiento indican que los estudiantes contando con recursos limitados, cumplen las exigencias del entorno y tienen la

disposición para enfrentar las dificultades. En la autoestima el factor social arroja un resultado que indica que las afectaciones del entorno no incomodaron al estudiante que busca elementos para proteger su autoconcepto frente al contexto social.

Factores de riesgo culturales se definen de acuerdo a la organización social, los sistemas de creencias y los estilos de vida que prevalecen en una cultura en particular. Se trata de patrones generalizados que impregnan distintos estamentos de la sociedad a través de valores, principios, prejuicios, mitos, estereotipos, etc., estando arraigada la creencia sobre la privacidad de la familia, el castigo físico como parte de la educación, y actuar en ocasiones de forma irresponsable. (Juste & Morales ,1997). Los resultados obtenidos en la prueba de asertividad permiten evidenciar niveles inadecuados porque las creencias y estilos de vida en el entorno de los estudiantes los limitan a nuevas oportunidades de modificar los esquemas cognitivos, por esta razón no es posible una adecuada ejecución de las habilidades.

En la Hipótesis de Activación Diferencial, que relaciona Teasdale, (1988) se describe que cada emoción está representada en la memoria por una unidad específica o nodo, al cual están conectados un conjunto de rasgos asociados a esa emoción, tales como es su experiencia subjetiva, su patrón característico de respuestas autonómicas, los términos verbales que la describen y las cogniciones que contienen descripciones, pensamientos, recuerdos, creencias que han sido almacenados en la memoria como resultado de experiencias tempranas de aprendizaje que han asociado el nodo de esa emoción con dichas cogniciones.

Se observa en los resultados que los factores arrojados por la prueba Beck no determinan un comportamiento depresivo en los estudiantes, debido a que las puntuaciones muestran altibajos en los estados emocionales sin tener dependencia entre los diferentes factores, esto relacionado con la experiencia y las creencias de cada individuo.

Otro aspecto de la depresión es la indefensión definida como un estado psicológico que se genera cuando las situaciones son incontrolables, o mejor

cuando su probabilidad de ocurrencia es la misma se presente o no una determinada respuesta, esta se determina a través de tres déficits: motivacional, cognitivo y emocional (Seligman, 1975). En los estudiantes los resultados indican la ausencia de elevados niveles de depresión, por lo que no es posible hablar de estados de indefensión, puesto que no hay interdependencia de los factores porque cada factor es influido por diversas situaciones.

Por otro lado desde lo cognitivo el Locus de control refiere que el sujeto tiene la percepción que es él mismo quien controla sus actos y por ende las consecuencias de sus acciones, sus conductas son reforzadas (locus de control interno), por el contrario, el individuo considera que todos los refuerzos son dependientes de factores externos independientes de sus propias acciones (locus externo). (Latorre, 1994). En los resultados de estilos de afrontamiento se evidencia que el locus de control interno es más característico de estos estudiantes porque asumen responsabilidad de sus propios actos.

No obstante el pensamiento es exagerado porque tienen la creencia que no es necesaria la ayuda externa para dar solución a sus problemas, dejando de lado la influencia del contexto que puede ser debilitador o fortalecedor de la conducta, dependiendo la vulnerabilidad de la persona, por este motivo son necesarios procesos como la cognición donde el individuo piensa en alternativas de solución que involucren el ambiente (Urrego, 2007).

Desde el ámbito universitario uno de los principales factores asociados a la depresión es el estrés académico, que se constituye en un elemento detonante, que perpetúa la enfermedad. (Montoya, Gutiérrez, Toro, Briñón, Rosas, Salazar, 2010). En los resultados de la escala académico, en la prueba AFA no se evidencia una alteración del entorno educativo debido a cambios emocionales, por el contrario este ámbito y sus componentes son mantenedores de conductas favorables, mitigando la aparición de enfermedades.

En materia de prevención, la prevención primaria es la estrategia que permite conocer las causas, incidencias, características y consecuencias de la depresión, por medio de la sensibilización, concientización, información y

difusión de la Salud Mental, por ejemplo el apoyo social en el manejo de las pérdidas de seres queridos o dificultades familiares. (Galli, 1997). En general los resultados muestran que el programa cumplió con uno de los objetivos que es prevenir conductas depresivas evidenciando las causas que alteran los estados de ánimo, por medio de experiencias que sensibilizaron y concientizaron a los estudiantes otorgando estrategias que promueven la salud mental.

Respecto a la terapia cognitiva que asume para la adaptación del ser humano, la habilidad para procesar información y formar representaciones mentales de uno mismo y de su entorno, estableciendo como principio la asignación de significado. Por lo tanto las conductas y las emociones están mediadas cognitivamente (Clark & Beck, 1997). Por este motivo se crean las técnicas cognitivo-conductuales que gozan de una elevada evidencia empírica.

Finalmente, se evidenció que por medio de la metodología de taller se modificaron repertorios conductuales permitiendo la planeación y elaboración de estrategias de afrontamiento, de aquellas problemáticas que generan malestar a nivel psicológico, dando mayor validez a los tratamientos cognitivo conductuales.

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se pueden realizar las siguientes inferencias:

Con la ejecución del programa de prevención se evidencia una disminución general en los resultados de las pruebas aplicadas, generando un efecto positivo en la prevención de conductas asociadas a la depresión desde factores de riesgo individual.

Aunque las respuestas emocionales se relacionan con tres canales que funcionan de manera jerárquica, el proceso no es lineal y en algunos casos los factores fisiológicos tienen mayor incidencia dependiendo las relaciones e interacciones de cada uno de los individuos.

Los estudiantes de ingeniería industrial que asistieron al programa de prevención de conductas de riesgo psicosocial presentaron cambios favorables en el fortalecimiento de los esquemas cognitivos y comportamentales, desarrollando estrategias de aceptación de si mismo con sus cualidades y defectos.

El conjunto de estrategias de afrontamiento en la comunidad universitaria tiene un efecto positivo en el proceso de la toma de decisiones para la solución de un problema según la experiencia individual, permitiendo modificar los esquemas cognitivos.

Los niveles de asertividad se mantuvieron estables a lo largo del estudio lo que quiere decir que el programa no modificó conducta a nivel cognitivo, autónomo ni conductual, por ende no hay adecuada comunicación.

La depresión es un problema de salud pública, por esto se genera importancia en los niveles de promoción de la salud y prevención del trastorno; hay que seguir investigando con diferentes metodologías que proporcionen respuestas y datos inmediatos sobre una posible presencia de características depresivas, considerando también el aspecto sociocultural como elemento importante para el inicio del trastorno.

Los resultados del factor emocional en la prueba Beck, presenta ítems que permanecen altos como son: pérdida de placer en actividades cotidianas y

disconformidad con uno mismo, esto puede estar relacionado con un patrón de conducta en la población.

Existe una concordancia entre los resultados de las pruebas aplicadas en cada una de las sesiones frente al Inventario Beck, porque se evidenció disminución de conductas inadecuadas, lo que quiere decir que hay una alta incidencia de los factores trabajados individualmente con respecto a la depresión.

Sugerencias

La presente investigación contribuyo a un mayor conocimiento de las conductas de riesgo individual, por esto se presentan una serie de sugerencias desde los procesos básicos y aplicados de la disciplina.

Para una mayor generalización de los resultados en los ítems que evalúan respuestas emocionales en el BECK se sugiere acudir a otro tipo instrumento que mida estos factores y pueda descartar un posible patrón de conducta, ya que los elementos fisiológicos tienen mayor incidencia en la expresión de emociones.

Debido a los problemas que se pueden presentar en el ámbito escolar, familiar y social es indispensable realizar procesos de evaluación continua en la población para abordar a tiempo cada uno de los eventos, evitando así conductas indeseables garantizando una mejor calidad de vida en la población universitaria.

En el campo aplicado se evidencia la necesidad de la formación de profesionales integrales que estén capacitados para diseñar programas de promoción de conductas adecuadas, y fortaleciendo el área de bienestar y psicología en la fundación, dirigidos a promover relaciones sociales más positivas y adaptativas con el fin de disminuir el impacto emocional.

Lo anterior busca que los programas sean diseñados por equipos interdisciplinarios que aporten un análisis profundo de las variables que afectan la conducta de un individuo, como es el caso de los psicólogos, maestros, psico-orientadores, médicos y personas del entorno social, además personas con características similares a la población de estudio que brinden aportes desde su experiencia.

Es importante entender que el desarrollo de conductas adecuadas garantiza en todos los contextos y durante toda la vida mejores formas de armonía social, y por el elevado índice de depresión y suicidio que se presenta en el país, la salud mental del individuo debe ser de carácter público y accesible para garantizar un desarrollo efectivo.

Para futuras investigaciones relacionadas con el tema, se propone profundizar en las temáticas referentes a estados de ánimo y depresión, de tal manera que sea posible obtener una visión más global del comportamiento humano reflejado en el contexto universitario, para mejorar la calidad de vida de la comunidad en general, por medio de herramientas y alternativas de solución.

Referencias

- Balluerka, N., Vergara, A. (2002). Diseños de investigación experimental en psicología. Madrid. Prentice Hall.
- Bandura, A. (1987). Pensamiento y Acción. Barcelona Martínez Roca.
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, L (1995). Manual de psicopatología, Vol. 2, Mac Graw Hill.
- Brenlla, (2006) Inventario de Depresión Beck .de la segunda versión (Beck, 1987).
- Bleichmar, H. (1994). La depresión: un estudio psicoanalítico. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Carrasco, Clemente. y Llanova, (1984). Escala de Asertividad Rathus Modificado.
- Casullo, M., Bonaldi, P.D., Fernández, M. (2000) Comportamientos Suicidas en la Adolescencia. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- DSM III R (1988). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México: Editorial Masson.
- DSM IV TR (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. México: Editorial Masson. (Pg. 414-415-416)
- Espeleta, L. (2005). Factores de Riesgo en Psicopatología del Desarrollo. Barcelona. Editorial Masson.
- Fernández, J., Merino, H., Madrid, J., Pardo, L. (2004). Sesgos de procesamiento de información emocional en individuos socio trópicos. *Psicothema*. Vol. 16, nº 2, (pp. 235-240)
- Fundación San José. (2007) Investigación en síntomas depresivos de los estudiantes de la fessanjose. Bogotá: Fessanjose - Bienestar Institucional
- Flórez, A. Luis. (1992). Una metodología para el desarrollo de un programa de intervención en psicología de la salud. Universidad Nacional de Colombia.
- Galli, E. (1997) .*Alcmeón* 22, Vol. VI, Nº 2, septiembre, (pág. 148-155).
- Grinberg, L. (1978). Culpa y Depresión. Buenos Aires. Paidós.
- Hernández, G. (2007). Fenomenología de algunos síntomas de la depresión *Universitas Médica* vol. 48 Nº3
- Investigación en neurociencias e Inteligencia Emocional y Depresiva. Artículos Org. Recuperado febrero 2011.

- Gómez, I. (2007) cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 39, número 003. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Bogotá, Colombia, (pp. 435-447)
- Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E., Salazar, L. (2010) Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Rev. CES Medellín*;24(1): 7-17
- Kassinove, H, Tafrate, RC. (2005). *El manejo de la agresividad: Manual de tratamiento completo para profesionales*. Bilbao: Editorial Desclee de Bruwer S,A
- Klein, M (1935). «A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states». *Writtings*. Hogarth Press. 1975. London: Obras Completas.
- Klein, M. (1940). «Mourning and its relation to manic-depressive states». *Writtings*. Hogarth Press. 1975. London: Obras Completas.
- Latorre, J. Benelt, P. (1994). *Psicología de la salud aportaciones para los profesionales*. Buenos Aires. Editorial Lumen.
- Montoya, LM, Gutiérrez, JA, Toro, BE., Briñón, MA, Rosas, E, Salazar, LE. (2010). Artículo Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Rev. CES Med*; 24(1): 7-17.
- Musitu, G., García, F. y Gutiérrez, M., (1981). *Cuestionario de Auto-concepto Forma A (AFA)*.
- Perelló, M. Martínez, C. Llorens, N. (2007), *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de España*, N°76 “Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para la depresión”
- Pérez, M., García, J. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión*. *Psicothema*. Vol. 13, N° 3. (pp. 493-510)
- Urrego, J. (2009). *Trabajando en las conductas negativas para una ciudad positiva*. *Revista Pretil*. N° 21 Vol. 7. (pág. 41-56)
- Revista Psicología. Psiquiatría Nino Adolescente*. (2010) Vol. 9 (pág. 11-27)
- Riso, W. (1988). *Entrenamiento asertivo, Aspectos conceptuales evaluativos y de intervención*. Medellín. Rayuela. (Pg.6, 10, 13, 214-218).

- Riso, W. (2006). Terapia Cognitiva, Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Bogotá. Norma. (Pg. 102-108).
- Sanz, J. Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías Psicológicas. En B. Sandin, y F. Ramos (Eds.), Manual de Psicopatología. Vol.2 (pp.341-378). Madrid: McGraw Hill.ISBN:84-7986-000-6.
- Sternberg, R. (1997). La inteligencia exitosa. Barcelona, Paidós.
- Uriarte, V. (1991). Psicopatología Básica Moderna. México, Sianex.
- Urrego, J. (2007). Psicología de la salud: de la acción individual a al acción social. Universidad Nacional. N°2 Vol. 1. (Pág. 101-124).
- Vásquez, J. (2009). Trastorno del estado de animo en http://www.clinicacapistrano.com/psicologia.php?subcategory_id=45&category_id=31&lng=
- Vallejo, J. (2006). Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría. Barcelona. Editorial El sevier masson.
- Vitalino y Col. (1985) de la versión original (Folkman y Lazarus, 1980).Inventario de estilos de afrontamiento.
- Zurilla, D. (1986). Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid, Pirámide.

Anexos

Anexo 1. Programa de prevención de la depresión en población universitaria de la FESSJ

Antecedentes empíricos

En la fundación de Educación superior SAN JOSE, bajo un antecedente de suicidio ocurrido en el año 2006 por uno de los docentes y dos estudiantes, uno de Diseño de modas y otro de Ciencias administrativas y Contables, En consecuencia, y bajo la alta preocupación por parte de la comunidad académica, el departamento de Bienestar Universitario, desde las acciones que competen a la psicología decidió aplicar el inventario de depresión de Beck por ser una prueba corta de cobertura masiva, su objetivo principal era el identificar en los estudiantes aquellos factores de riesgo que se evidenciaban hacia los pensamientos suicidas y conductas depresivas, para así mismo tomar acciones preventivas mediante la remisión y acompañamiento psicológico de casos detectados de depresión severa.

El departamento de Bienestar de la FESSJ busca alternativas que permitan determinar los factores de riesgo psicosocial en la comunidad educativa, el propósito fundamental es contribuir con el desarrollo humano a través espacios de crecimiento integral en pro del mejoramiento de la calidad de vida de los estudiantes.

En respuesta a dichas expectativas, y en el marco de los convenios institucionales de la Universidad Piloto y la Fundación San José, se realizó un primer acercamiento a través de un diagnostico que se derivó del análisis de los instrumentos Beck aplicados en la comunidad FESSJ. Este fue el punto de partida de la presente investigación donde se evidencian las relaciones entre los resultados y el análisis ítem por ítem para obtener un máximo grado de confiabilidad.

El estudio que llevó a la presente investigación tuvo como antecedente la caracterización de los estudiantes y el análisis de una muestra representativa (n=929), extraída de una población (N= 2811) a la que se aplicó Beck con anterioridad, con el objetivo de establecer el perfil y características, como elementos de consulta que permitieran diseñar estrategias y políticas institucionales, detectar factores de riesgo y de esta manera intervenir desde el área de bienestar institucional.

Según los resultados obtenidos se evidencian los siguientes porcentajes:

Figura 1

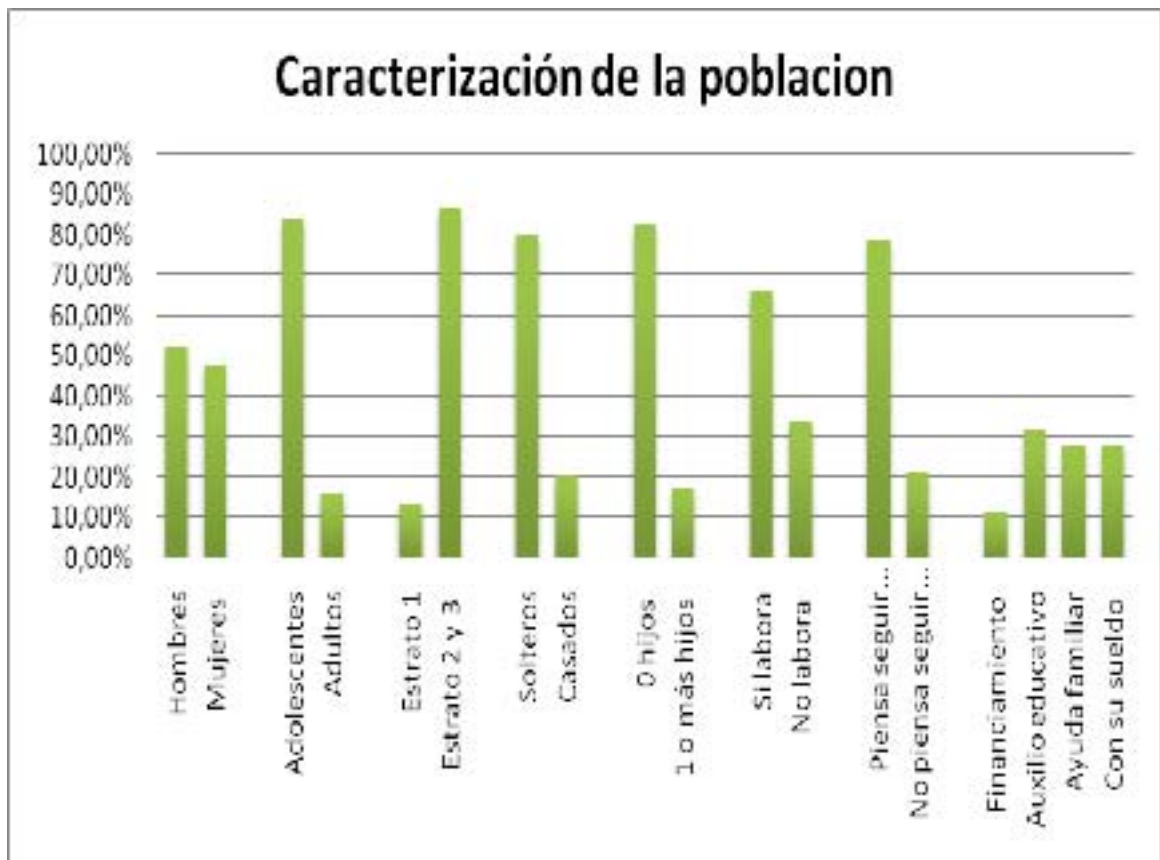
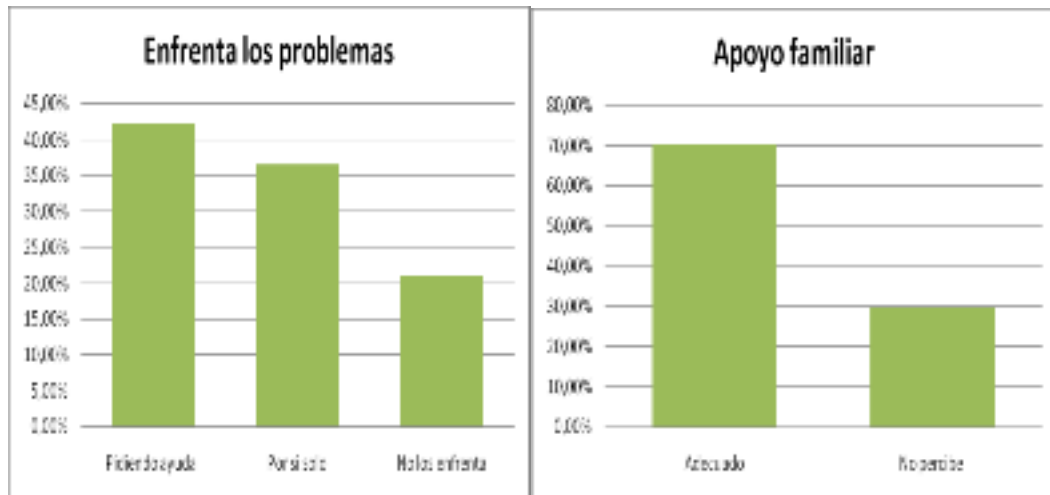


Figura 2



Para el análisis del inventario de Beck, se realizó una estimación poblacional teniendo en cuenta, la carrera (tabla 20), el género y la jornada (tabla 21) y además se realizó un análisis porcentual de las edades de la muestra (tabla 22)

Tabla 20 Clasificación por carrera en la universidad San José aplicación Beck I-2010

Carrera	Estudiantes
Ingeniería Industrial	98
Contaduría	96
Administración de Empresas	96
Diseño Arquitectónico	95
Publicidad	95
Rendimiento Deportivo	93
Ingeniería de Sistemas	93
Diseño de Modas	90
Ingeniería Electrónica	90
Diseño Industrial	83
Total	929

Origen: Resultados de la aplicación semestre I-2010

Tabla 21 Clasificación por género y jornada en la San José aplicación Beck I-2010

Genero/ jornada	Diurna	Nocturna	Sábados	No responde
Femenino	187	228	28	0
Masculino	175	282	20	9
Total	362	510	48	9

Origen: Resultados de la aplicación semestre I -2010

Nota: El numero total es de 929 donde el 47.6% son mujeres y el 52.3% son hombres. En la jornada diurna son 38.9% de la jornada nocturna el 54.8% y de los sábados el 5.16%.

Tabla 22 Clasificación por edades en la San José aplicación Beck I-2010

Edad	Porcentaje
15-20	44.6%
21-25	39.5%
26-30	11%
31-35	3%
36-40	0%
41-45	0%
46-50	0.3%
51-ó +	0.16%
	100%

Origen: Resultados de la aplicación semestre I -2010

En cuanto a los resultados de los ítems más significativos que indicaban depresión moderada o severa, se identificaron:

Tabla 23 Ítems más significativos aplicación Beck I-2010

Ítem	Nombre	Porcentaje	Observación
3	Fracaso	15.9%	Los estudiantes al recordar su pasado moderado solo ven sus fracasos

7	Disconformidad con uno mismo	10.1% moderado	Evidenciando el conflicto con sí mismos.
8	Autocritica	24.2% moderado	Indicando que siempre se culpan de sus errores
10	Llanto	15% moderado	Registraron la mayor parte del tiempo llorando, el 20,3% manifiesta el deseo de llorar pero la imposibilidad de hacerlo.
12	Perdida de interés	7.5% moderado	Han perdido el interés por otras personas
13	Indecisión	8.8% moderado	Con dificultades para tomar decisiones más que antes
		7,9% severo	Manifestando que ya no pueden tomar decisiones
14	Desvalorización	9.7% moderado	Reflejando preocupación al sentirse de menor valor en comparación con otros.
16	Cambios en los hábitos del sueño	18.9% moderado	Refirieron despertarse una o dos horas más temprano y costándoles volverse a dormir.
18	Cambios en el apetito	9.3% moderado	Manifestaron que el apetito disminuyó
		8.4% severo	Indicando no tener apetito.
19	Perdida de peso	16.3% moderado	Habían bajado más de cinco kilos en las últimas dos semanas.

Origen: Resultados de la aplicación semestre I -2010

Implementación

El departamento de Bienestar de la FESSJ identifica la necesidad de buscar alternativas que determinen los factores de riesgo individuales para dar una alerta frente a estos pensamientos o actitudes, pero debido a la cantidad de

alumnos, surge la necesidad de diagnosticar a la totalidad de la población de manera mas ágil y eficiente.

El propósito fundamental de la Universidad Piloto y sus investigadores, es contribuir con el desarrollo humano de la comunidad académica para mejorar su calidad de vida, por ello se realiza un proyecto a mediano plazo que consiste en crear un programa de prevención de orden psicológico que evite factores de riesgo en depresión, de aplicación grupal.

Este programa es presentado por la Universidad Piloto a la FESSJ, con cronograma de aplicación y copia del mismo para el acceso a la población.

Una vez se autorizó el espacio por parte de bienestar, indicando población, fechas y horarios, se inicia la aplicación de acuerdo a la secuencia descrita: manejo de la emocionalidad, autoestima - autoconcepto, solución de problemas - estrategias de afrontamiento y por ultimo asertividad - habilidades sociales.

Caracterización de la población

La FESSJ cuenta con su sede administrativa ubicada en la calle 67 N° 14-29, cuatro sedes en el sector de chapinero, una en el barrio Paloquemao en la ciudad de Bogotá y su sede en el municipio de Chía, Cundinamarca, ofreciendo oportunidades de estudio en la jornada diurna, nocturna y fines de semana, con facilidad de financiamiento y becas para la población de estratos 1, 2 y 3, para acceder a cualquiera de los trece programas que ofrece la institución, esta población tiene distintas condiciones de vida según el papel que ocupan en la sociedad (estudiantes, madres cabeza de hogar, padres solteros, trabajadores, etc)

Contenido del programa

A continuación se presenta el producto final elaborado para cumplir con el objetivo general, se trata de un programa que busca prevenir conductas de riesgo psicosocial asociadas a depresión, con la metodología taller, consta de cuatro sesiones que buscan modificar conductas de riesgo.

FICHA TÉCNICA

Nombre: Manual para la prevención de factores de riesgo psicosocial asociados a depresión.

Autores: K. Aguilar, P. Robayo Y. Urrego (Directora)

Administración: El programa está conformado por cuatro módulos cuya metodología es talleres de forma vivencial para aplicación grupal

Duración: Cada taller tiene una duración aproximada de dos horas solamente en su ejecución

Aplicación: Población universitaria con edades entre los 16 y 40 años

Normas de Aplicación

Instrucciones generales

Salón aireado con claridad y comodidad durante el tiempo de aplicación de talleres, sillas cómodas de acuerdo a la posición que se maneje en cada taller.

Condiciones de la población: Los encargados deben generar espacios de confianza para que el trabajo se realice con tranquilidad, sin tensión.

Preparación por parte de los encargados para aclarar dudas de forma grupal e individual.

Se dará inicio a los talleres dando la bienvenida a los participantes, describiendo las reglas, condiciones, objetivos y beneficios por la elaboración de los talleres

Descripción del programa

Consta de cuatro módulos cuya metodología es taller vivencial, cada taller tendrá una duración de 2 horas semanales, al inicio y al final del programa se aplicara el inventario BECK para identificar los niveles de depresión estableciendo línea de base para verificar la efectividad del programa, de igual manera al inicio y al final de cada taller se aplicará una prueba que mide específicamente el tema desarrollado, para evaluar la efectividad de los mismos.

Los participantes deben permanecer durante la aplicación total del programa, para obtener herramientas en el manejo de la emocionalidad, el

manejo de autoestima, solución de problemas y el manejo de la asertividad y habilidades sociales para la prevención de estados depresivos futuros.

Sesión de línea de base del programa general

Objetivo

Establecer línea base respecto a niveles de depresión a través de un cuestionario que evalúa factores asociados a la depresión, arrojando resultados numéricos para determinar el porcentaje de efectividad del taller.

Metodología

Se entrega a los participantes la prueba de forma individual, se da instrucción de aplicación (contenido, forma y tiempo), se resuelven dudas.

Recursos

Lapiceros, inventario de depresión Beck

Duración

10 minutos

Regulación emocional

Ficha técnica.

Nombre: RECONOCIENDO NUESTRAS EMOCIONES

Autores: K. Aguilar, P. Robayo Y. Urrego (Directora)

Edad de Aplicación: 16 -40 años

Tiempo de Aplicación: 2 horas

Descripción de Prueba: Inventario emocionalidad

Factores de Medición: área familiar, social, personal etc.

Materiales: Lápiz, hojas, tablero, marcadores, sillas, escritorios.

a) Evaluación pre-test: aplicación Inventario emocionalidad

Objetivo

Establecer línea base manejo de emociones a través de la prueba que evalúa regulación emocional arrojando resultados numéricos para determinar el porcentaje de efectividad del taller.

Metodología

Se entrega a los participantes la prueba de forma individual, se da instrucción de aplicación (contenido, forma y tiempo)

Recursos

Lapiceros, inventario emocionalidad

Duración

10 minutos

b) Reconociendo nuestras emociones

Objetivo

Identificar sus propias emociones permitiendo conocer las respuestas cognitivas y corporales y poder manejar su propia reacción emocional frente a situaciones cotidianas.

Metodología

Luego de aplicación de las pruebas el encargado pedirá a cada uno que escriba su nombre con letra clara y grande en una credencial en donde se colocara en un lugar visible, ubicándose en mesa redonda

Se dará la instrucción: en parejas se ubicarán desde el final del salón hacia la entrada; se entregara una bomba por pareja y esta debe ir en la espalda, realizaran un baile que implique grandes movimientos (ej., mapale) durante 3 minutos, la primer pareja que llegue a la entrada del salón sin que la bomba se haya caído será la ganadora. Por el logro se dará un obsequio (chocolatina).

Posterior a esto se ubicaran en sus puestos entre todos se discutirá sobre lo que pensaron si se cayo la bomba, si ya estaban llegando a la meta, o si veían que otro estaba llegando primero, que pensaron de su compañero, de los demás, y de sí mismos.

Se dará espacio a la intervención de cada uno de los participantes para expresar que sintieron, si hubo un sentimiento placentero o displacentero, que les molestó, que sintieron, si sintieron o no frustración.

Recursos

Bombas, cronometro, música (Bailable), grabadora o portátil.

Duración

40 Minutos

c) Relajación progresiva

Objetivo

Vivenciar el estado emocional, teniendo un control ante situaciones intensas, ya sean positivas o negativas y así poner en práctica la relajación en la vida diaria.

Metodología

Se pide a los participantes que se ubiquen en una postura cómoda para dar inicio a la actividad, respirar profundo y lentamente cerrar los ojos, se pide solo escuchar la voz del encargado todo con el fin de establecer una situación de tranquilidad:

El encargado dice: Céntrese en sus propias reacciones corporales en su respiración, sentir los latidos de su corazón, empiece a sentir la música y escuche las instrucciones (inicia música de paisajes naturales, agua, aves) transcurre un minuto oyendo la música.

Inhale el aire dirigiéndolo a la parte inferior de los pulmones (debe hacer que se “infle” el vientre, ubicado bajo el ombligo) sin incrementar el ritmo debe solo controlar que el aire llegue a la parte baja de los pulmones (vientre) descanse. Se repite cuatro veces hasta que lo pueda controlar

Ahora inhale el aire dirigiéndolo a la parte superior del estómago (bajo el pecho haciendo que se “infle” esta zona) solo trate de controlar que el aire ingrese a la parte superior del estómago (bajo el pecho) descanse. Se repite cuatro veces hasta que lo pueda controlar

Ahora va a inhalar el aire de forma alterna, primero que llegue al vientre, luego exhale, inhale nuevamente y diríjalo bajo el pecho, descanse. Se repite tres veces

Desconéctese de las exigencias externas y céntrese nuevamente en sus reacciones corporales identifique como va disminuyendo la fatiga, y los latidos del corazón, visualice una escena agradable, un paisaje: puede ser la playa, el

mar, un sitio soleado, una casa en el campo, el atardecer, una tarde en el lugar de su casa preferido.

Imagínese ese lugar con las personas que más quiere, con las que quisiera compartir ese lugar agradable y que en algún momento de su vida le han causado molestias y lo han alterado, respire siéntase de nuevo en la tranquilidad del paisaje.

Piense en los espacios que ha perdido con estas personas por las discusiones, respire hondo, piense que esos espacios se van a recuperar como lo ve ahora en este paisaje.

Imagínese una situación nuevamente con esta(s) persona(s) donde se sienta alterado(a) respire, inhale-exhale (tres veces) vuelva a la imagen del paisaje, piense en la situación que lo altera en la comodidad del paisaje. Descanse

Lentamente aléjese de ese paisaje, la otra persona también se aleja, de nuevo concéntrese en su respiración, en inhalar y llevar el aire al vientre-exhalar- inhalar y llevar el aire a la parte baja del pecho.

A continuación se le pide que lentamente vaya abriendo los ojos, observe a su alrededor e identifique si pudo relajarse

Se recomienda realizar estos ejercicios aprendidos, diariamente, o al menos respirar antes de responder o actuar.

Recursos

Música de relajación, formato con la descripción de cada ejercicio

Duración

35 minutos

d) Evaluación pos-test aplicación Inventario emocionalidad

Objetivo

Establecer efectividad del taller manejo de emociones, que permita su aplicación en la vida diaria, por medio del instrumento de regulación emocional

Metodología

Se entrega a los participantes la prueba de forma individual, se da instrucción de aplicación

Recursos

Lapiceros, inventario emocionalidad

Duración

10 minutos

e) Evaluación del taller

Objetivo

Determinar la claridad de los conceptos trabajados durante el taller, para verificar la puesta en práctica de los mismos en la vida diaria.

Metodología

Se entrega a los participantes un cuestionario de forma individual donde hay preguntas relacionadas con la temática trabajada para evidenciar en los participantes el conocimiento obtenido durante el taller, se da instrucción de realización

Recursos

Formato de evaluación de contenido de taller Manejo de emociones, lapiceros

Duración

15 minutos

Duración Total: 2.00 horas.

Autoestima y auto concepto

Ficha técnica.

Nombre: AUTOESTIMA Y AUTO CONCEPTO

Autores: K. Aguilar, P. Robayo Y. Urrego (Directora)

Edad de Aplicación: 16 a 40 años

Tiempo de Aplicación: 2 horas aproximadamente

Descripción de Prueba: AFA

Factores de Medición: En el área personal, familiar, económico, académico y social

Materiales: Papel, lápiz, salón, sillas.

a) Evaluación pre-test Prueba AFA

Objetivo

Establecer línea base de autoestima a través de un cuestionario que evalúa auto-concepto arrojando resultados numéricos para determinar el porcentaje de efectividad del taller

Metodología

Se entrega a los participantes la prueba de forma individual, se da instrucción de aplicación (contenido, forma y tiempo)

Recursos

Lapiceros, prueba AFA para identificar nivel de autoestima

Duración

15 Minutos

b) Auto-valoración

Objetivo

Identificar la capacidad de valoración de cada participante, para modificar el auto-concepto, por medio de la presentación propia de cualidades y defectos frente a los demás.

Metodología

Se entregará a cada participante una hoja y lápiz, donde deben escribir un clasificado especificando la venta de una persona diciendo sus cualidades y habilidades, edad, sexo, si es casado o soltero y que profesión tiene. Posteriormente uno a uno debe ponerse de pie y colocarse la hoja en la espalda en donde los demás compañeros puedan verlo, cada uno tendrá una hoja donde debe consignar preguntas a realizar relacionadas con la oferta, a medida que pasa el participante irán respondiendo las preguntas. La actividad finaliza cuando cada uno haya mostrado todos clasificados.

Recursos

Hojas blancas, Lápiz, Cinta

Duración

30 Minutos

c) Reflexión

Objetivo

Identificar la facilidad de expresión de pensamientos de si mismo y así mismo poder relacionar los conceptos y frases tanto positivas como negativas en la vida diaria por medio de imágenes.

Metodología

Se preguntará a los participantes sobre la dificultad que tuvieron para reconocer su propia identidad frente a si mismo y frente a los demás

Posterior a la discusión se dará claridad sobre el término autoestima y auto-concepto se dividirá en grupos de cinco personas a las que se entregaran imágenes (apéndice F) que deben ser clasificadas según el criterio de los participantes en diferentes situaciones, definiendo si pertenecen a la autoestima y el auto-concepto, luego se explicara cada uno de estos términos con sus características y se retroalimentara la ejecución del taller.

Duración

15 minutos

d) Así es la vida

Objetivo

Identificar las dificultades de la vida donde entra en juego su autoestima y auto-concepto, y descubran oportunidades de surgir, poder reconocer que tras una debilidad existe una oportunidad de vida.

Metodología

Se entregará un caso de superación personal (apéndice G), por grupos cada grupo conformado por 5 personas, en el que deberán identificar el manejo de la autoestima y el auto-concepto.

Recursos

Caso escrito superación personal

Duración

25 minutos.

e) Evaluación pos-test de prueba AFA

Objetivo

Establecer efectividad del taller autoestima y auto-concepto, que permita su aplicación en la vida diaria, por medio de la prueba AFA

Metodología

Se entrega a los participantes la prueba de forma individual, se da instrucción de aplicación

Recursos

Lapiceros, prueba AFA

Duración

15 minutos

f) Evaluación del taller

Objetivo

Determinar la claridad de los conceptos trabajados durante el taller, para verificar la puesta en práctica de los mismos en la vida diaria

Metodología

Se entrega a los participantes un cuestionario de forma individual donde hay preguntas relacionadas con la temática trabajada para evidenciar en los participantes el conocimiento obtenido durante el taller, se da instrucción de realización

Recursos

Formato de evaluación de contenido de taller Autoestima y auto-concepto, lapiceros

Duración

15 minutos Duración Total: 1.55 horas

Solución de problemas y toma de decisiones**Ficha técnica.**

Nombre: ¿LOS PROBLEMAS TIENEN SOLUCIÓN? ¿QUE DECISIÓN PUEDO TOMAR?

Autores, K. Aguilar, P. Robayo Y. Urrego (Directora)

Edad de Aplicación: 16 - 40 años

Descripción de la prueba; Solución de problemas de D. Zurilla

Factores de medición: Estilos de afrontamiento en solución de problemas

Materiales: salón, sillas móviles para desplazarse en el salón, marcadores, carteleras

a) Evaluación pre-test: aplicación de inventario de estilos de afrontamiento

Objetivo

Establecer línea base de solución de problemas a través de un cuestionario que evalúa estilos de afrontamiento y solución de problemas arrojando resultados numéricos para determinar el porcentaje de efectividad del taller

Metodología

Se entrega a los participantes la prueba de forma individual, se da instrucción de aplicación (contenido, forma y tiempo promedio)

Recursos

Cuestionario de auto- aplicación que evalúa estrategias de afrontamiento, lápices, borrador.

Duración

10 minutos

b) Solucionó problemas con mis propios recursos

Objetivo

Identificar estrategias para la solución de problemas hipotéticos y simbólicos.

Metodología

Se pide que se organicen en grupos de 5 personas, a tres grupos se entrega un caso de problemas de lógica (apéndice J), a los otros tres grupos problema hipotético, (apéndice K) se da instrucción que inicien la solución.

Recursos

Caso de caballos (lógica), Caso hipotético del ave, lápices, borradores,

Duración

15 minutos

c) Expreso la experiencia de enfrentarme a un problema

Objetivo

Reconocer las respuestas emitidas tanto fisiológicas, como cognitivas y conductuales, en un problema hipotético de solución de problemas reales.

Metodología

Se entregara un formato (Apéndice L) donde de manera individual cada uno de los participantes describa de acuerdo al problema desarrollado, que pensó, sintió, como respondió al enfrentarse a este problema. Se responderán dudas en cuanto al diligenciamiento del mismo. Cuando terminen de diligenciar dar lugar a algunas intervenciones donde socialicen lo descrito.

Recursos

Formato para el registro de experiencias en solución de problemas, lapicero

Duración

10 minutos diligenciando, 10 de socialización

d) ¿Que tal si...? un problema cotidiano

Objetivo

Incorporar procesos cognitivos por medio de la solución de un problema real trabajado en grupo, para que los participantes definan las estrategias de afrontamiento y apliquen en su vida diaria

Metodología

Se lee a los participantes un caso (Apéndice M) donde se refleja su función como estudiantes y deben solucionar un problema que implica toma de decisiones, será resuelto por los participantes y los encargados paso a paso para dar solución a dicha situación, se establecerá el objetivo que se quiere alcanzar, por medio de un diagrama de flujo que evidencie las cinco etapas de la solución de problemas. Se dará respuesta a las siguientes preguntas

Orientación hacia el problema ¿existe un problema? ¿Qué tan importante o grave es?

Definir el problema ¿Cual es el problema? ¿Por qué es un problema? ¿Cuándo se convierte en problema? ¿como se convirtió en problema? ¿hay otros problemas que pueden surgir? ¿Cuál es la meta que quiere lograr?

Soluciones alternativas. Registrar todas y cada una de las soluciones propuestas, tengan o no sentido práctico, no importa la calidad solo se requiere tener el mayor número de opciones a elegir, eso sí deben ser para solucionar el problema específicamente no de manera general. Ej. administrar de manera adecuada el tiempo, es viable pero en este caso como le ayudaría a solucionar esta situación.

Toma de decisiones De las alternativas planteadas anteriormente, debe elegir una, la que resulte más adecuada y eficaz para llevarla a cabo en la situación problema teniendo los siguientes criterios (marcar SI o NO según considere)

Alternativa +o -	Consigo mis metas, es posible de ejecutar	Consecuencias personales y coste en tiempo, esfuerzo, bienestar físico, emocional	consecuencias sociales, familiares,	consecuencias económicas	consecuencias a corto y largo
1					
2					

Puesta en marcha Una vez se establece y se decide la solución y todas las respuestas son afirmativas, debe poner en marcha la táctica para implantar esa solución, imaginar y describir como sería la situación

¿Qué pasa si la solución no funciona en la práctica? Esto se debe a que alguna de las fases no fue revisada con cuidado o no se tuvo en cuenta alguna dificultad, debe entonces volver a la fase previa del entrenamiento si es necesario desde la definición del problema para llegar a una mejor solución e implantación real.

Observación: Se debe tener en cuenta que las dificultades personales en la solución de problemas pueden ser barreras dependiendo la intensidad de cada problema.

Recursos

Caso cotidiano para la solución de problemas, marcadores, tablero o papel kraft,

Duración

45 minutos

e) Evaluación post-test: aplicación de inventario de estilos de afrontamiento

Objetivo

Establecer efectividad del taller en la solución de problemas, que permita su aplicación en la vida diaria, por medio de la prueba estilos de afrontamiento

Metodología

Se entrega a los participantes la prueba de forma individual, se da instrucción de aplicación (contenido, forma y tiempo)

Recursos

Cuestionario de auto-aplicación que evalúa estrategias de afrontamiento, lápices, borrador,

Duración

10 minutos

f) Evaluación del contenido del taller

Objetivo

Determinar la claridad de los conceptos trabajados durante el taller, para verificar la puesta en práctica de los mismos en la vida diaria

Metodología

Se entrega a los participantes un cuestionario de forma individual donde hay preguntas relacionadas con la temática trabajada para evidenciar en los participantes el conocimiento obtenido durante el taller, se da instrucción de realización

Recursos

Formato de evaluación de contenido de taller Solución de problemas, lapiceros

Duración

15 minutos Duración total 1.55 hora

Asertividad

Ficha técnica.

Nombre: ASERTIVIDAD

Autores: K. Aguilar, P. Robayo Y. Urrego (Directora)

Edad de aplicación: 16 a 40 años

Tiempo de Aplicación: 2 hrs aproximadamente

Descripción de Prueba: RATHUS Modificado

Factores de Medición: En el área personal y social

Materiales: Papel y Lápiz, salón

a) Evaluación pre-test test Inventario RATHUS modificado

Objetivo

Establecer línea base de asertividad y habilidades sociales a través de un cuestionario que evalúa conductas asertivas arrojando resultados numéricos para determinar el porcentaje de efectividad del taller

Metodología

Se entrega a los participantes la prueba de forma individual, se da instrucción de aplicación (contenido, forma y tiempo)

Recursos

Inventario RATHUS modificado, lapicero

Duración

15 minutos

b) Matriz DOFA

Objetivo

Identificar las características DOFA con las que cuenta la persona para expresarse de forma asertiva, en diferentes contextos sociales

Metodología

Se entregará a cada participante una hoja y lápiz, donde debe diseñar una matriz DOFA describiendo: que debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas posee cuando esta en desacuerdo con algo que siente y percibe de si mismo.

Recursos

Papel y lápiz

Duración

30 minutos

c) Reflexión

Objetivo

Identificar por medio de los conceptos la definición de asertividad.

Metodología

Se dará un espacio en grupos de 6 personas para debatir y saber que dificultades se presentan al momento de expresar un sentimiento, una idea, o en general en una comunicación asertiva. Posterior a la discusión se hará claridad del concepto Asertividad y habilidad social

Recursos

Teoría Asertividad

Duración

15 minutos

d) Salir del círculo

Objetivo

Permitir por medio de un juego de roles, la expresión de sentimientos logrando comunicación y comportamiento asertivo.

Metodología

Se forma un círculo en el que un grupo de participantes de pie, unen fuertemente sus brazos. Previamente se ha sacado del grupo a tres personas, fuera del salón en donde se les dará unas consignas diferentes del grupo, se alejan para que no escuchen las consignas. La consigna inicial es encerrar una a una dentro del círculo, y estos tienen dos minutos para textualmente "escapar sea como sea".

A las personas que conforman el círculo se les explica que tienen que evitar las fugas por todos los medios posibles, recurriendo si es necesario a comportamiento agresivo (sin lastimar) y llegado el caso que una de las

personas presas pide verbalmente que se le deje abandonar el círculo, éste se abrirá y se le dejará salir. A las tres personas se les explica que ingresan al círculo y deben salir de allí de cualquier forma.

Posteriormente se procederá a la evaluación buscando determinar cual fue el conflicto, cómo se sintieron, analizando los métodos empleados por cada parte, la efectividad de los mismos, sus consecuencias, y la relación en nuestra realidad cotidiana.

Recursos

Juego de roles

Duración

20 minutos

e) Usted que haría

Objetivo

Generar conductas asertivas y habilidades sociales en el ámbito personal, familiar, laboral, aportando estrategias para manejo de emociones, autoestima y solución de problemas.

Metodología

Se entregará un caso de pareja (Apéndice P), por grupos, conformados cada uno de 5 personas, en el que deberán debatir como se maneja la asertividad en dicho caso.

Recursos

Caso de pareja.

Duración

30 minutos

f) Evaluación post-test Inventario RATHUS modificado

Objetivo

Establecer efectividad del taller en asertividad y habilidades sociales que permita su aplicación en la vida diaria, por medio del Inventario RATHUS modificado.

Metodología

Se entrega a los participantes la prueba de forma individual, se da instrucción de aplicación (contenido, forma y tiempo)

Recursos

Inventario RATHUS modificado, lapicero

Duración

15 minutos.

g) Evaluación del contenido del taller**Objetivo**

Determinar la claridad de los conceptos trabajados durante el taller, para verificar la puesta en práctica de los mismos en la vida diaria

Metodología

Se entrega a los participantes un cuestionario de forma individual donde hay preguntas relacionadas con la temática trabajada para evidenciar en los participantes el conocimiento obtenido durante el taller, se da instrucción de realización

Recursos

Formato de evaluación de contenido de taller asertividad, lapiceros

Duración

15 minutos Duración total 1.45 horas

Evaluación post-test del programa general**Objetivo**

Establecer efectividad de la totalidad del programa que permita su aplicación en la vida diaria, por medio del inventario de depresión Beck

Metodología

Se entrega a los participantes la prueba de forma individual, se da instrucción de aplicación (contenido, forma y tiempo).

Recursos

Lapiceros, inventario de depresión Beck

Duración

10 minutos

Apéndices

Apéndice A. Consentimiento informado

 <p>Grupo Pentalfa. Propuesta de Investigación, 2011</p> <p>PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN POBLACION UNIVERSITARIA</p>	
CONSENTIMIENTO INFORMADO	
Datos Generales del Proyecto	
Nombre	PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN POBLACION UNIVERSITARIA DE LA FUNDACION DE EDUCACION SUPERIOR SAN JOSE EN BOGOTÁ
Objetivos	Implementar un programa de prevención de la depresión evidenciando el efecto del programa de prevención en los estudiantes de la FESJ fundamentado en el marco la psicología de la salud y las intervenciones basadas en la evidencia.
Marco Legal	Esta investigación esta dentro del marco del Código Deontológico de Psicología, el convenio institucional de proyección social entre la FESJ y la investigación del Grupo Pentalfa.
Descripción del Problema	¿Cual es el efecto de un programa de prevención de la depresión en estudiantes universitarios de la Fundación de Educación Superior San José en Bogotá?

Confidencialidad y Participación	Dejar claro que la participación es voluntaria, dejando plena seguridad que todo queda dentro de la actividad de forma confiable sin tener temor a ser juzgados, criticados, ni será divulgada de manera individual ante ninguna persona siempre y cuando no se evidencie riesgo de la vida propia o de los demás. Los resultados del programa se trabajan de forma grupal y no individual.
Autoría	NIDIA KATHERINE AGUILAR R. MARTHA PATRICIA ROBAYO B. DIRECTORA: YANETH URREGO BETANCOURT (PS, PHD)
Instrumentos	Para este programa se utilizará la prueba de Beck, La prueba para el manejo de la emocionalidad, la prueba AFA, el inventario de estilos de afrontamiento, la prueba Rathus Modificado. Con el fin de evidenciar el efecto del programa en cada uno de los estudiantes.

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN
PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Ciudad y Fecha

Yo

Identificado
con CC

_____, participar libre y voluntariamente en la investigación titulada Programa para la Prevención de Conductas de Riesgo Individual Asociado a la Depresión en Estudiantes Universitarios de la Fundación San José en Bogotá, dirigido por la Dra. Yaneth Urrego Betancourt, docente-investigadora del grupo Pentalfa de la Universidad Piloto de Colombia.

El investigador responsable me ha dado a conocer oportunamente la información respecto a las características del proyecto, su duración, costos y manejo de los resultados.

Entiendo que conservo la libertad a ser retirado del estudio en cualquier momento, en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la relación con la institución que lo remitió.

Declaró que el Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme información a través de la institución sobre los resultados grupales, y comprendo que no obtendrá ningún tipo de intervención u orientación psicológica por su participación.

Entiendo que mi papel es proveer información veraz y detallada sobre el desarrollo personal, su nacimiento, su historia familiar y las características psicosociales a través de la aplicación de diferentes pruebas.

Firma :

Nombre Completo del

Representante Legal.

Documento de Identificación	
Nombre del participante	
Nombre de la institución	Fundación de Educación Superior San José

Apéndice B. Inventario de depresión de Beck

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Instrucciones: este cuestionario consta de veintiún (21) grupos de enunciados. Por favor lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las **últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

1) Tristeza

0. No me siento triste.
1. Me siento triste.
2. Me siento triste todo el tiempo y no puedo librarme de ello.
3. Me siento tan triste o desdichado que no puedo soportarlo.

2) Pesimismo

0. No estoy particularmente desanimado con respecto al futuro.
1. Me siento desanimado con respecto al futuro.
2. Siento que no puedo esperar nada del futuro.
3. Siento que el futuro es irremediable y que las cosas no pueden mejorar.

3) Fracaso

0. No me siento fracasado.
1. Siento que he fracasado más que la persona normal.
2. Cuando miro hacia el pasado lo que veo en mi vida son fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso completo.

4) Pérdida de placer

0. Sigo obteniendo tanto placer de las cosas como antes.
1. No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
2. Ya nada me satisface realmente.
3. Todo me aburre o me desagrada.

5) Sentimientos de culpa

0. No siento ninguna culpa particular.
1. Me siento culpable buena parte del tiempo.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

6) Sentimientos de castigo

0. No siento que esté siendo castigado.
1. Siento que puedo ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

7) Disconformidad con uno mismo

0. No me siento decepcionado de mí mismo.
1. Estoy decepcionado conmigo.
2. Estoy harto de mi mismo.
3. Me odio a mi mismo.

8) Autocrítica

0. No me siento peor que otros.
1. Me critico por mis debilidades o errores.
2. Me culpo todo el tiempo por mis faltas.
3. Me culpo por todas las cosas malas que suceden.

9) Pensamientos o deseos suicidas

0. No tengo ninguna idea de matarme.
1. Tengo ideas de matarme, pero no las llevo a cabo.
2. Me gustaría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad.

10) Llanto

0. No lloro más de lo habitual.
1. Lloro más que antes.
2. Ahora lloro todo el tiempo.
3. Ahora no puedo llorar aunque quisiera.

11) Agitación

- 0. No estoy más inquieto o tenso de lo habitual.
- 1. Me siento mas inquieto o tenso de lo habitual
- 2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
- 3. Estoy tan inquieto o agitado que siempre tengo que estar haciendo algo.

12) Pérdida de interés

- 0. No he perdido interés en otras personas.
- 1. Estoy menos interesado en otras personas de lo que solía estar.
- 2. He perdido la mayor parte de mi interés en los demás.
- 3. He perdido todo interés en los demás.

13) Indecisión

- 0. Tomo decisiones como siempre.
- 1. Dejo de tomar decisiones más frecuentemente que antes.
- 2. Tengo mayor dificultad que antes en tomar decisiones.
- 3. Ya no puedo tomar ninguna decisión.

14) Desvalorización

- 0. No siento que ya no sea valioso.
- 1. No me considero tan valioso como antes.
- 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3. Siento que no valgo nada.

15) Pérdida de energía

- 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1. Me cuesta un mayor esfuerzo empezar a hacer algo.
- 2. Tengo que hacer un gran esfuerzo para hacer cualquier cosa.
- 3. No puedo hacer ningún tipo de trabajo.

16) Cambios en los hábitos del sueño

- 0. Puedo dormir tan bien como antes.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. a. Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volver a dormir.
b. Duermo mucho más de lo habitual
- 3. a. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir.
b. Duermo la mayor parte del tiempo

17) Irritabilidad

0. No me irrito más ahora que antes.
1. Me enojo o irrito más fácilmente ahora que antes.
2. Me siento mas irritado de lo habitual.
3. Me irrito todo el tiempo.

18) Cambios en el apetito

0. Mi apetito no ha variado.
1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
2. a. Mi apetito es mucho menor que antes.
b. Mi apetito es mucho mayor que antes.
3. a. Ya no tengo nada de apetito.
b. Quiero comer todo el tiempo.

19) Pérdida de peso

0. Últimamente no he perdido mucho peso, si es que perdí algo.
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 6 kilos.

20) Cansancio o fatiga

0. No me canso más de lo habitual.
1. Me canso más fácilmente de lo que solía cansarme.
2. Me canso al hacer cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado para hacer cualquier cosa.

21) Pérdida de interés en el sexo

0. No he notado cambio reciente de mi interés por el sexo.
1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
3. He perdido por completo mi interés por el sexo.

Apéndice C. Cuestionario de regulación emocional

REGULACION EMOCIONAL: Marque con una equis (x) cual seria su forma de actuar frente a las situaciones enunciadas o cual ha sido según su propia experiencia en cuenta la regulación emocional responda. No existen preguntas buenas ni malas solo se espera identificar su respuesta emocional.

ÍTEM	pocas veces	Algunas veces	Frecuentemen	tiempo/siempr e
1. A menudo me siento triste y no comprendo la razón				
2. Tengo reacciones de llanto o deseos de llorar				
3. Tengo momentos de irritabilidad ante las dificultades				
4. Atiendo mis asuntos con tranquilidad				
5. Evito las discusiones y me concentro en dar soluciones				
6. Puedo atender los inconvenientes, aun los más difíciles				
7. Pienso antes de actuar al asumir situaciones difíciles de atender				
8. Me detengo y pienso que puedo mejorar para estar bien conmigo				

9. Soy coherente con lo que pienso hacer y lo que hago				
10. Ante una situación pienso en las consecuencias antes de actuar				
11. Trato de ahorrar energía en situaciones sin importancia				
12. Me siento tranquilo asumiendo responsabilidades				
13. Cuando algo me inquieta me siento agitado				
14. Al sentirme amenazado en una situación, grito				
15. Cuando siento miedo pienso que será pasajero				

Apéndice D. Evaluación taller regulación emocional

EVALUACIÓN DEL TALLER Fecha_____

A continuación se presentan unas preguntas para evaluar y retroalimentar el taller de manejo de la emocionalidad. Marque con una equis (X) la respuesta que considere correcta.

1. Se dice que las emociones se evidencian por tres canales de respuesta que son
 - a. Emociones primarias, secundarias y sentimientos
 - b. Lo que digo, lo que veo, lo que escucho
 - c. Cualquier respuesta del organismo
 - d. Lo que siento, lo que pienso, lo que hago

2. De acuerdo a la situación que imagino, describa que sintió al inicio del ejercicio, viéndose en un espacio tranquilo y al imaginarse la situación que lo llevo a alterarse como lo soluciono.

3. Sugerencias y/o observaciones

Agradecemos su colaboración.

Apéndice E. Autoconcepto forma A (AFA).

CUESTIONARIO AFA AUTOCONCEPTO FORMA A

Este cuestionario sirve para evaluar la autoestima y auto-concepto con el fin de saber su opinión acerca de si maneja adecuadamente la autoestima o n, en diferentes momentos.

En este cuestionario no hay preguntas correctas o incorrectas, por medio de una serie de preguntas escogerá cualquier opción de respuestas, hay tres tipos de respuesta

1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nunca

	Siempre	Algunas veces	Nunca
1 Es difícil para mí mantener los amigos(as)	1	2	3
2 me pongo nerviosos(a) cuando me llama alguna profesor(a)	1	2	3
3 Digo la verdad aunque me perjudique	1	2	3
4 Tengo buenas ideas	1	2	3
5 Mi familia me considera alguien importante	1	2	3
6 Cuando me porto mal en clase, me siento disgustado(a)	1	2	3
7 Me desanimo cuando algo me sale mal	1	2	3
8Hago bien los trabajos escolares	1	2	3
9Me avergüenzo de muchas cosas que hago	1	2	3

10 Puedo dibujar bien	1	2	3
11 Soy lento(a) en terminar los trabajos escolares	1	2	3
12 Soy nervioso	1	2	3
13 Me pongo nervioso(a) cuando hablo en clase	1	2	3
14 Hago cosas a mano muy bien	1	2	3
15 Me preocupo mucho por todo	1	2	3
16 Me gusta mi forma de ser	1	2	3
17 Con frecuencia soy voluntario(a) en la escuela	1	2	3
18 Duermo bien en la noche	1	2	3
19 Detesto la escuela	1	2	3
20 Mis profesores me consideran inteligente y trabajador(a)	1	2	3
21 Tengo muchos amigos	1	2	3
22 Soy un chico(a) alegre	1	2	3
23 Soy torpe en muchas cosas	1	2	3
24 Me gustan las peleas y las riñas	1	2	3
25 La gente me tiene manía	1	2	3
26 Mi familia esta decepcionada de mí	1	2	3
27 Soy criticado(a) en casa	1	2	3
28 Olvido pronto lo que aprendo	1	2	3

29 Consigo fácilmente amigos(as)	1	2	3
30 Pierdo mi paciencia fácilmente	1	2	3
31 Trabajo mucho en clase	1	2	3
32 Juego con mis compañeros(as)	1	2	3
33 Tengo miedo de algunas cosas	1	2	3
34 Me enfado si los demás no hacen lo que yo digo	1	2	3
35 Soy violento(a) con mis amigos(as) y familiares	1	2	3
36 Soy honrado(a) con los demás y conmigo mismo(a)	1	2	3

Apéndice F. Imágenes de autoconcepto.

Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Apéndice G Caso de superación personal

Pintora sin brazos. “La vida no le ha sido fácil para esta mujer de 30 años. Nació sin sus extremidades superiores y con las piernas más cortas de lo normal; sus padres la abandonaron y tuvo que pasar su infancia en un colegio junto a otros niños minusválidos, “éramos niños de exposición”. Sin embargo, no se resignó y, con 19 años, viajó sola a Londres donde consiguió diplomarse en Bellas Artes y convertirse en una pintora reconocida. Ha tenido que soportar exclusiones y miradas de rechazo por ser diferente, pero ha sabido ver el lado positivo es madre y ahora es feliz junto a su hijo de tres años”.

Apéndice H. Evaluación taller AFA

EVALUACIÓN DEL TALLER Fecha_____

A continuación se presentan unas preguntas para evaluar y retroalimentar el taller de Autoestima. Marque con una equis (X) la respuesta que considere correcta.

1 Frente a una persona que acabo de conocer, me comporto:

- a. Tal y como soy
- b. Como quisiera ser
- c. Como el mas popular de mis amigos

2. Que se requiere para que haya una adecuada autoestima

- a. Reconocer que tantas cualidades poseo
- b. Determinar cuanto me quiero o cuanto me desprecio
- c. Examinar a los demás y comparame

3 para sentime completo debería ser:

- a. Más atractivo físicamente
- b. Más feliz con lo que soy
- c. Más parecido a los demás

4. Sugerencias y/o observaciones

Apéndice I. Inventario de estilos de afrontamiento

INVENTARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Este cuestionario sirve para evaluar como se siente usted, que hace y que piensa cuando se enfrenta a situaciones problemáticas que le producen estrés o ansiedad.

No existen respuestas buenas o malas. Simplemente piense en que medida actúa usted en esas situaciones de la manera como se afirma en cada ítem. Encierre en un círculo el número que desee de acuerdo con la siguiente clave:

0 En absoluto 1 En alguna medida 2 Bastante 3 En gran medida

Piense detenidamente en la última ocasión en que se enfrentó a una situación verdaderamente difícil y rodee la categoría que expresa EN QUE MEDIDA ACTUA USTED COMO SE AFIRMA EN EL ITEM.

1	Me concentro exclusivamente en pensar que sería lo más apropiado que debo hacer a continuación.	0	1	2	3
2	Me dedico totalmente al trabajo o a otra actividad para olvidarme de lo demás	0	1	2	3
3	Me propongo encontrar algo positivo que remedie la situación	0	1	2	3
4	Hablo con alguien para averiguar más sobre la situación	0	1	2	3
5	Me critico o semoneo a mi mismo	0	1	2	3
6	No intento quemar de inmediato todos mis cartuchos sino que dejo alguna posibilidad abierta	0	1	2	3
7	Confío en que ocurra un milagro	0	1	2	3
8	Sigo adelante como si nada me hubiera pasado	0	1	2	3

9	Intento guardar para mí mis sentimientos	0	1	2	3
10	Busco alguna esperanza (intento mirar las cosas por el lado bueno)	0	1	2	3
11	Duermo más de lo habitual	0	1	2	3
12	Manifiesto mi enojo a las personas responsables del problema	0	1	2	3
13	Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona	0	1	2	3
14	Busco la ayuda de un profesional	0	1	2	3
15	Cambio, maduro como persona	0	1	2	3
16	Me echo la culpa por lo ocurrido	0	1	2	3
17	Elaboro un plan de acción y lo sigo	0	1	2	3
18	Acepto la segunda posibilidad mejor de solución, inferior a la ideal para mí	0	1	2	3
19	Me doy cuenta que yo puedo ser la causa del problema	0	1	2	3
20	Salgo de esa experiencia mejor de lo que entré	0	1	2	3
21	Hablo con alguien que podría hacer algo concreto con mi problema	0	1	2	3
22	Intento sentirme mejor comiendo, bebiendo, fumando, tomando drogas o medicamentos	0	1	2	3
23	Intento no actuar demasiado pronto, ni dejarme llevar por mi primer impulso	0	1	2	3
24	Cambio algo para que las cosas salgan bien	0	1	2	3
25	Evito estar con la gente en general	0	1	2	3
26	Rehúso pensar en el problemas por mucho tiempo	0	1	2	3

27	Consulto a algún pariente o amigo y respeto su consejo	0	1	2	3
28	Oculto a los demás lo mal que están las cosas para mi	0	1	2	3
29	Le cuento a alguien como me siento	0	1	2	3
30	Me mantengo firme y peleo por lo que quiero	0	1	2	3
31	Se lo que hay que hacer, así que redoblo mis esfuerzos para conseguir que las cosas marchen bien	0	1	2	3
32	Me niego a creer lo que ha ocurrido	0	1	2	3
33	Propongo un par de soluciones diferentes para ese problema	0	1	2	3
34	Intento que mis sentimientos no interfieran demasiado en la toma de decisiones	0	1	2	3
35	Deseo que ojala sea posible cambiar la forma en que me esta ocurriendo el problema	0	1	2	3
36	Deseo que ojala sea posible cambiar la forma en que me estoy sintiendo	0	1	2	3
37	Cambio algo de mi, de tal forma que pueda enfrentarme mejor a la situación	0	1	2	3
38	Sueño o imagino otro tiempo y otro lugar mejor que el presente	0	1	2	3
39	Deseo que la situación se desvanezca o termine de algún modo	0	1	2	3
40	Fantaseo o imagino el modo en que podría cambiar las cosas	0	1	2	3
41	Deseo ser una persona mas fuerte y optimista de lo que soy	0	1	2	3
42	Pienso cosas irreales o fantásticas (como ganame la lotería) que me hagan sentir mejor	0	1	2	3

Apéndice J. Problema de lógica

Caballos. El caballo de Mac es más oscuro que el de Smith, pero más rápido y más viejo que el de Jack, que es aún más lento que el de Willy, que es más joven que el de Mac, que es más viejo que el de Smith, que es más claro que el de Willy, aunque el de Jack es más lento y más oscuro que el de Smith. ¿Cuál es el más viejo, cuál el más lento y cuál el más claro?

Respuesta: El más viejo el de Mac, el más lento el de Jack y el más claro el de Smith

Apéndice K. Problema Hipotético

Un ave pequeña que sabiendo de la inminente llegada de la época invernal se resistía a emigrar hacia el sur ya fuera por sentirse solo en el vuelo, por ver su destino tan lejano, por no saber con que se encontraría mas adelante, aplazaba y aplazaba la decisión. Cuando decidió marchar era ya muy tarde, el invierno había llegado y decidió volar, fue allí mientras volaba que el frío calo tan hondo en su cuerpo que le impidió el movimiento y cayo en un campo con espera de la muerte. Cuando estaba en el suelo pasaba por ahí una vaca y el trato de buscar ayuda pero se da cuenta que esta no lo ve y solo quiere defecar, con tan mala suerte para el ave de encontrarse debajo de ella, al tratar de moverse se da cuenta que va pasando un gato al que puede pedirle ayuda

¿Qué podría hacer esta ave? ¿Que solución tomaría? morir de frío, buscar ayuda, esperar, porque?

Respuesta: El ave podrá recibir sobre si mismo gran cantidad de excremento el cual aunque cubra todo su cuerpo estará caliente y lo ayudara a sobrevivir, si por el contrario pide ayuda tendrá que percibir el riesgo que esto implica, donde el gato lo libere puede convertirse en su cena.

Apéndice L. Registro de experiencia en la solución de problemas

Situación	Pensamiento (que pensé)	Emoción (que sentí)	Conducta (que hice)	Resp. Fisiológica (como me sentí)

Apéndice M. Caso cotidiano

Usted que como persona cumple con varias actividades diarias decide ingresar a estudiar y como estudiante universitario que es, empieza a evidenciar las obligaciones académicas que tiene y que estas pueden absorber otras áreas de su vida por el tiempo que invierte en entregar trabajos de calidad que lo formen como el profesional que desea ser, evalúe alguna de estas situaciones en su vida y responda:

Qué haría si tiene un trabajo importante en la universidad que implica reunirse con sus compañeros y trabajo autónomo (lo cual requiere bastante tiempo) pero además como todas las personas le surgen invitaciones a otros compromisos que también demandan algo de tiempo, como paseo de fin de semana con su familia, salir a cine con su novia(o), fiesta con los viejos amigos, actividades de integración conciertos, salidas, compras, etc.

Aunque hay otro factor importante a tener en cuenta que no ha entregado trabajos a tiempo ni grupales ni individuales, se ausenta con bastante frecuencia. El día de cierre de trimestre, la profesora no tiene ninguna calificación numérica, excepto un 1(unos) conceptual que refleja que ha desatendido a las clases y no ha cumplido con los objetivos mínimos como estar en las evaluaciones, entrega de notas y por estar en cierre del corte la profesora se ve en la obligación de pasar la nota que tiene. ¿Para sentirse satisfecho, que decisión va a tomar?

Apéndice N. Evaluación taller estilos de afrontamiento

EVALUACIÓN DEL TALLER Fecha _____

A continuación se presentan unas preguntas para evaluar y retroalimentar el taller de entrenamiento en solución de problemas. Marque con una equis (X) la respuesta que considere correcta.

1. Según el entrenamiento en solución de problemas, el paso a seguir luego de presentarse un problema es:
 - a. Gritar, decir, pensar, “tengo un problema”
 - b. Comprender que todos tienen problemas y se pueden afrontar
 - c. Definir que tan grave es el problema
 - d. Pensar que no puedo hacer nada para este problema
 2. Se definen 5 etapas en la solución de problemas, donde dar paso a una, implica tener la anterior superada, para que la solución sea la adecuada y se evite volver atrás. Si tiene un problema y paso a definir las alternativas para solucionarlo, elija que etapa dejó de atender.
 - a. Definir el problema
 - b. Tomar una decisión
 - c. Buscar mayor número de posibles alternativas
 - d. Verificar que la solución fue efectiva
 3. Que características deben tener las alternativas de solución
 - a. Ser bien definidas así no haya cantidad
 - b. Que haya una gran cantidad así sean inviables, mas adelante se definen por su calidad
 - c. Deben ser generales para que abarquen mayores soluciones
 4. Sugerencias y/o observaciones
-

Apéndice O. Cuestionario de asertividad Rathus modificado

CUESTIONARIO DE ASERTIVIDAD

Rathus Modificado

El presente inventario consta de 19 ítems; usted deberá marcar el grado en que cada uno de ellos, le es característico o lo describe, mediante la siguiente escala:

5 Muy característico de mí, muy descriptivo.

4 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.

3 Algo característico de mí, algo descriptivo.

2 Poco característico de mí, poco descriptivo.

1 Muy poco característico de mí, muy poco descriptivo.

0 Nada característico de mí, nada descriptivo.

Responda con atención y tranquilidad, colocar una X, a la derecha de cada ítem, el valor con que éste lo describe. Es importante no dejar ningún ítem sin responder.

	0	1	2	3	4	5
1 La mayoría de las personas parecen ser más agresivas que yo						
2 Vacilo para tener o aceptar compromisos (salir con alguien) debido a mi timidez						
3 Cuando la comida servida en un restaurante no está hecha a mi satisfacción, me quejo al mesero.						
4 Cuido siempre de evitar dañar los sentimientos de otras personas, aún cuando sienta que he sido perjudicado e injuriado						
5 Cuando se me encomienda una tarea, insisto en conocer el por que						
6 siendo sincero, la gente se aprovecha de mí						
7 Vacilo en hacer llamadas telefónicas a establecimientos de negocios e instituciones						

8 Prefiero solicitar un trabajo o la admisión a un colegio mediante una carta que a través de una entrevista personal						
9 Siento embarazoso el devolver mercancía						
10 He evitado preguntar cuestiones por temor a aparecer estúpido						
11 Evito pelear y discutir aunque sepa que tengo la razón						
12 Si un famoso y respetado conferencista emite una expresión con la cual no estoy de acuerdo, hago que el auditorio escuche también mi punto de vista.						
13 Evito discutir sobre precios con empleados y vendedores.						
14 Soy abierto y franco respecto a mis sentimientos negativos.						
15 Frecuentemente tengo dificultades para decir NO						
16 Tiendo a ocultar mis emociones antes que hacer una escena						
17 Me quejo por un mal servicio en un restaurante o en cualquier otra parte						
18 Si una pareja que está cerca a mí, en un cine o en una conferencia estuviese conversando muy fuerte, yo les pediría que por favor no interrumpieran						

Apéndice P. Caso de pareja

Imagine que su pareja deja siempre sin tapar la crema de dientes, razón por la cual usted se molesta por la posible entrada de gérmenes. El objetivo puede ser el conseguir que la crema de dientes quede cerrada siempre que su pareja la utilice, pero se tiene la certeza que eso no se podrá conseguir.

Alternativas: Una forma fácil de conseguir el objetivo es llegar un acuerdo que cada uno use su propia crema de dientes, con el compromiso de no tocar la del otro, Suponga que su pareja no está dispuesta a aceptar ninguna alternativa

Si usted amenaza con el divorcio debe estar dispuesto a cumplirlo, jamás se debe pronunciar una amenaza o advertencia si no esta dispuesto a cumplirla. Esto no sería asertividad, sino manipulación.

Preguntarse

¿Qué es lo que trata de lograr aquí? ¿Qué hacer si la persona simplemente se niega a aceptar cualquier tipo de negociación? ¿Qué interesa más, amenazar con el divorcio o mantener oculto un tubo de crema de dientes para uso personal?

Apéndice Q. Evaluación taller asertividad

EVALUACIÓN DEL TALLER Fecha _____

A continuación se presentan unas preguntas para evaluar y retroalimentar el taller de Asertividad. Marque con una equis (X) la respuesta que considere correcta.

1 La asertividad se define como la expresión apropiada de sentimientos y de una adecuada comunicación, una forma de demostrarlo sería:

- a. Expresar diferencias de opinión en cualquier situación social
- b. Quejarse de un mal trato o un mal servicio
- c. Poseer habilidades para comunicarse cuando esta en desacuerdo

2. Se identifica una persona asertiva Porque:

- a. Maneja las emociones y enfrenta los problemas
- b. Mantenerse callado y sumiso
- c. Saber tomar decisiones y afrontarlas

3 Que características debe tener una persona asertiva

- a. Expresar los sentimientos con adecuada comunicación
- b. Tener contacto visual, postura y disposición de escucha
- c. Deben ser sociables y habladores

4 Sugerencias y/o observaciones
