

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL ASOCIADOS A DEPRESIÓN EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS¹

PREVENTION PROGRAM OF PSYCHOSOCIAL RISK FACTORS
ASSOCIATED WITH DEPRESSION IN COLLEGE STUDENTS

Aguilar Rincón, N.; Robayo Bohórquez, P.² Urrego Betancourt, Y.³

Universidad Piloto de Colombia



Palabras claves:

Factores de riesgo psicosocial, depresión, estrategias de afrontamiento y habilidades sociales.

Keywords:

Psychosocial risk factors, depression, coping and social skill strategies.

Recibido: 05/03/2011

Aprobado: 15/06/2011

RESUMEN

© flickr - Kalexanderson

La presente investigación evalúa el efecto de un programa de prevención de factores de riesgo psicosocial asociados a depresión en estudiantes universitarios entre 16 y 40 años de la Fundación de Educación Superior San José (FESSJ), se inició un proceso diagnóstico en el primer semestre de 2010, al cual el departamento de Bienestar de la Fundación San José aplicó el inventario de depresión Beck a 929 estudiantes y obtuvo una puntuación elevada que permitió identificar los factores de riesgo relevantes que dieron paso al desarrollo del programa en cuatro grandes categorías: regulación emocional, autoestima, solución de problemas y asertividad. Este programa se aplicó a una muestra de 30 estudiantes de la (FESSJ), y por medio de análisis estadísticos se evidenció una leve disminución en los factores de riesgo, al identificar un efecto positivo en la modificación de conductas asociadas a depresión.

-
1. Proyecto de investigación llevado a cabo para el Programa de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia. Grupo de Investigación Pentalfa..
 2. Participan como investigadores principales los estudiantes de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia: Aguilar Rincón, N., Robayo Bohórquez, P.
 3. Directora del proyecto de investigación. Correo electrónico: Yaneth-urrego@unipiloto.edu.co

ABSTRACT

The following research evaluates the effect of a prevention program of psychosocial risk factors associated with depression in college students aged between 16 and 40 from the Higher Education Foundation San Jose (FESSJ) which began a diagnosis process in the first half of 2010, where the Department of Welfare of the Foundation San Jose applied the Beck Depression Inventory to 929 students, obtaining a high score, which identified the relevant risk factors leading to the program development into four major categories: emotional regulation, self-esteem , Troubleshooting and assertiveness, this program was applied to a sample of 30 students of the (FESSJ) through statistical analysis, a slight decrease in risk factors was evident, identifying a positive effect on changing behaviors associated with depression.

Introducción

La ocurrencia de tres casos de suicidio presentados en años anteriores motivó a la Fundación de Educación Superior San José (FESSJ) a dar inicio a una evaluación por medio de la aplicación del Inventario de Beck, instrumento que valora los niveles de depresión. Con esta motivación, 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 ca-

rreras. A partir de los resultados obtenidos se hizo un análisis de los 21 ítems que componen el inventario, con el objetivo de identificar los más significativos con relación al riesgo psicosocial y la tendencia depresiva que se presenta en los estudiantes. Con base en estos resultados, se desarrolla el presente programa de aplicación grupal que pretende prevenir los factores de riesgo psicosocial asociados a depresión en estudiantes universitarios.

La depresión

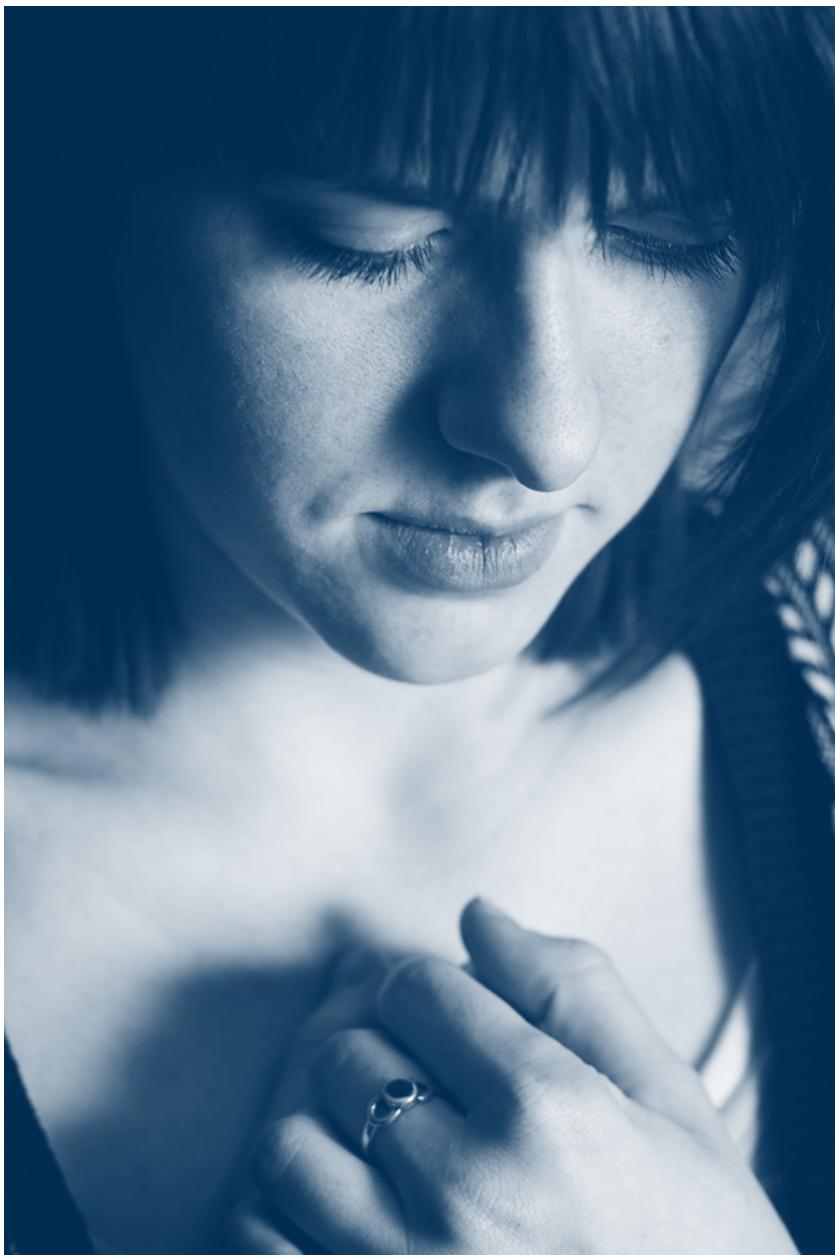
Las conductas de riesgo psicosocial individual en los estudiantes de la Fundación de Educación Superior San José (FESSJ), así como las que conducen a la depresión, son el principal objetivo de esta investigación que busca instaurar un programa de prevención de conductas depresivas en la población universitaria de 16 a 40 años.

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, desórdenes alimenticios, falta de energía, sentimientos de culpa, frustración, dificultad para

concentrarse, ideación y conductas suicidas. Los síntomas más evidentes son: llanto recurrente, irritabilidad y arranques de ira o insultos a los demás; pérdida de peso; pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento, los cuales provocan deterioro social, laboral, afectivo y académico en los individuos (DSM-IV-TR, 2002).

Al respecto, 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 a las personas y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población sin diferencia de género, edad o nivel socioeconómico, lo que





© Stock.XCHNG - Glenda Otero

la convierte 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.

Por otra parte, Beck (1976) habla de los pensamientos distorsionados y les asigna 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.

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

Seligman (1975) hace su aporte al afirmar que la depresión se articula con la indefensión, a la cual define como un estado psicológico que se genera cuando las situaciones son incontrolables o cuando su probabilidad de ocurrencia es la misma, ocurra o no una determinada respuesta. Esta teoría se postuló a partir de estudios experimentales relacionados con el aprendizaje animal y los efectos que en los animales producía una serie de choques eléctricos de los que 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 desprimidos, estado que recibió el nombre de desamparo o indefensión aprendida, que es definida a través de tres déficits:

- 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 emitirlas disminuirá en el futuro.
- 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 de manera proactiva.
- Déficit a nivel emocional: se evidencian consecuencias de los actos suficientemente aversivas, como para que se produzcan desórdenes conductuales y fisiológicos propios de un estado de ansiedad y miedo, seguido de depresión.



Locus de control

Se define cuando el individuo percibe que la conducta está 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 él mismo quien controla sus actos y por ende las conse-

cuencias de sus acciones, así que sus conductas son reforzadas (locus de control interno). Al contrario, el individuo considera que todos los refuerzos son dependientes de factores externos independientes de sus propias acciones (locus externo) (Latorre, 1994).

Factor de riesgo

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, comportamental, sociocultural, económico) pueden sumarse unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos y producir un fenómeno de interacción (MacMahon, 1996).

Estos factores están referidos al contexto del sujeto, que puede tener circunstancias personales que tienen como resultado una depresión, por ejemplo, una muerte, un cambio brusco en el modo de vida, un accidente, según las estrategias de afrontamiento que cada persona posea. Por otra parte, los factores de protección son características del individuo, el cual puede tener autoestima, relaciones interpersonales y comunicación familiar adecuadas 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 en los aspectos individual, emocional, familiar, social y cultural.

Factor de riesgo individual

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 y las experiencias tempranas de pérdida interpersonal, que llevan a la persona a desarrollar la memoria con esquemas negativos y baja autoestima, mientras dejan 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, sentimientos 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, son habituales los sentimientos de incapacidad para mejorar su vida y su situación personal, además carecen 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 la convivencia, influencia en los valores, comportamientos y actitudes de todos los miembros de la familia, intensidad de los vínculos interpersonales, roles atribuidos, diferencias de opinión en las decisiones, diferencias de edad y sexo (Milner, 1999). Los factores de riesgo medioambientales que sobresalen en la familia como la pobreza, la violencia, el conflicto armado y las enfermedades contagiosas evidencian un impacto negativo en la salud mental en el ámbito mundial (Unicef, 2006).

Factores de riesgo sociales

Hace referencia a distintas situaciones sociales que pueden generar estrés y frustración en los individuos, pueden producirse sentimientos



de indefensión debidos al nivel socioeconómico y el grado de escolaridad, lo que los incapacita para escapar de una determinada situación, del desempleo o de un empleo precario, del estrés laboral, de las condiciones de vivienda (hacinamiento, falta de higiene), de la 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 impregnán distintos estamentos de la sociedad a través de valores, principios, prejuicios, mitos, estereotipos, etc., en los que está arraigada la creencia sobre la privacidad de la familia, el castigo físico como parte de la educación y las actuaciones, en ocasiones, irresponsables (Juste & Morales, 1997).

La salud es un estado en el cual se tiene bienestar físico, mental y social, en el que 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 (Organización Mundial de la Salud - OMS, 1946). Por otra parte, la salud mental hace referencia a las potencialidades humanas y a las habilidades personales como el nivel cognitivo, autoestima, estrategias en solución de problemas, trabajo en equipo y en general bienestar emocional, personal y mental (Hosman, 1997, citado por Urrego, 2008).

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

En estudios acerca de la depresión en Colombia con estudiantes universitarios, se determina que el ingreso a la universidad afecta en la medida en que hay exigencias académicas, dificultades en el desarrollo del aprendizaje y adquisición de

destrezas que pueden generar situaciones de fracaso o éxito por la intensidad horaria, la exigencia de los docentes, las presiones de grupo, la competitividad entre los compañeros y los cambios en el ciclo de sueño y vigilia, que pueden afectar las 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).

Los adolescentes colombianos, igual que los jóvenes de América Latina y el mundo, se exponen a diario 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, 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 negativo y positivo (Ministerio de la Protección Social, 2003).

Flórez (1992) plantea los aspectos que se deben considerar para el diseño e aplicación de un manual del programa, que es una herramienta para modificar factores de riesgo comportamental de diversos trastornos, a fin de 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: 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.

La prevención primaria es la estrategia que da lugar al conocimiento de causas, incidencias, características y consecuencias de la depresión por medio de sensibilización, concientización, difusión e información de la salud mental. Por otro lado, la prevención secundaria busca disminuir la incidencia y frecuencia de la depresión de la población en general (Galli, 1997).



La regulación emocional y la activación fisiológica

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

La regulación emocional se considera 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 alcanzar satisfacción con los sentimientos positivos y tratar de evitar y/o esconder los afectos más nocivos. La regulación supone un paso más allá, ya que consiste en percibir, sentir y vivenciar el estado afectivo propio, sin ser abrumado o sentirse afectado (Chóliz & Tejero, 1995).

Tipos de emociones

La mayoría de los expertos e investigadores en el tema de las emociones concuerdan que existen básicamente dos tipos: las emociones primarias y las emociones secundarias. Las emociones primarias son aquellas que se desencadenan como respuesta ante 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, ya que según la situación expuesta se genera una respuesta a la que cada quien debe enfrentarse (Markovitz, Matthews, Kannel, Cobb & D'Agostino, 1993).

Autoestima

Puede definirse como la autoevaluación de las cualidades que componen el concepto del yo, al considerar a la persona como un todo, además se relaciona con la función evaluadora que caracteriza el autoconcepto. Se considera como un esquema con contenido negativo. Si se trata de una baja autoestima, hay un incremento de 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 sí mismo ("yo soy débil", "Yo soy poco inteligente") (Showers, 2000; Smith & Petty, 1995; Fennell, 1997, citados por Riso, 2006).

Por otro lado, se encuentran dos factores importantes a tener en cuenta: el autoconcepto,

definido como la visión de sí mismo, formada por experiencias directas y evaluaciones hechas por otras personas, es también visto como autorrepresentación que los individuos utilizan dentro de diferentes contextos de la vida como la familia, el trabajo y lo social (Andersen & Cyranowski, 1994), y la autoeficacia, definida como los juicios que el individuo hace de sí mismo con relación a sus capacidades y con base en 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 su capacidad para desempeñarse en una tarea, alcanzar una meta o superar un obstáculo (Bandura, 1987).





© Stock.XCHNG - Nihan Aydin

Los problemas o situaciones problemáticas son fenómenos de la vida cotidiana y ocurren a diario, son situaciones reales o imaginarias a las que se le debe encontrar solución. El grado de importancia o de dificultad de los mismos 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 se define el entrenamiento en solución de problemas como un procedimiento que 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 fases: identificar que hay un problema, definirlo y delimitarlo, buscar opciones de solución, tomar una decisión, poner en práctica y mantener la solución.

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, lo que produce consecuencias positivas, refuerzo positivo y evita 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 que facilita o inhibe la solución de problemas, según el valor de la respuesta emocional, que da un mayor control al reconocimiento, opciones y evaluación de la ejecución. El conocimiento de las respuestas emocionales se hace importante en el momento de entrenar las habilidades sociales para facilitar el afrontamiento (reestructuración cognitiva, autoinstrucciones y técnicas de relajación o desensibilización) (Zurilla & Gofried, 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, 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 al aumentar el riego de morbi-mortalidad, cuando incluye el uso excesivo de sustancias nocivas como alcohol, drogas 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. En el campo teórico, la aproximación se basa en dos modelos de decisión: la teoría de la utilidad esperada, en la que la elección de la conducta se analiza en una relación costo/beneficio y la 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, que tienen como objetivo la expresión de una forma adecuada para mejorar la comunicación. Cuando una persona tiene dificultades para expresar sus sentimientos en contextos sociales, no es assertiva. 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 más utilizados son la capacidad de expresar sentimientos negativos (aserción negativa) y la expresión de sentimientos positivos (aserción positiva), por ello es adecuado tener aserción básica, ser enfáticos y contar con una confrontación con relación a lo que se piensa y siente, por ejemplo, el saludo, el contacto visual, la postura física, la disposición de escucha, el

mantenimiento de una comunicación y la tonalidad de voz (Lange & Jakubowski, 1976).

Las investigaciones acerca de las habilidades sociales se han centrado en tres variables: lo cognitivo, lo autónomo y lo conductual, que son factores que intervienen de manera simultánea en la conducta inadecuada, pues integran lo que el individuo siente, piensa y hace; en ellos, 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 sujeto socialmente no habiloso 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) y toma de decisiones (búsqueda, selección de respuesta y ejecución) (Schwart & Gottman, 1976).

Método

Diseño

El diseño es A-B-A de tipo cuasiexperimental, que consiste en establecer una línea base del estado emocional de la población por medio del inventario de Beck (pretest); luego se aplica la intervención experimental (programa de preventión) y por último se determina el efecto de la intervención, a partir de una nueva evaluación de la línea de base (postest).

Participantes

La investigación se llevó a cabo con estudiantes universitarios de tercer semestre del programa de ingeniería industrial y la colaboración activa de la directora del programa. La muestra seleccionada fue de 20 estudiantes, con edades comprendidas entre 16 y 40 años, de niveles socioeconómicos 1 y 2.

Instrumentos

- Inventario autoaplicado de depresión de Beck: se utilizó la adaptación de Brenlla (2006), de la segunda versión (Beck, 1987), el cual describe diversos síntomas, con el fin de detectar de manera temprana la depresión. Está compuesto de 21 ítems, con escala de tipo Likert, en un rango de 0 a 3.

- Regulación emocional: (Aguilar, K. Robayo, P. (2011) con validación de dos jueces. Reconoce emociones primarias y secundarias por medio de los tres canales de respuesta frente a situaciones cotidianas: fisiológico, cognitivo y conductual. 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.

- Autoconcepto: Forma A (AFA). (Mussitu, G., García, F. & Gutiérrez, M., 1981). Evalúa la manera como el individuo percibe sus cualidades y defectos frente a los demás en cuatro áreas de la vida: académica, social, económica y familiar. Está compuesto por 36 ítems, con un rango de 0 a 108.

- Inventario de estilos de afrontamiento: se utilizó la adaptación de Vitalino y sus colaboradores (1985), de la versión original de Folkman & Lazarus (1980). Este evalúa las estrategias de afrontamiento y la capacidad de solucionar problemas de un individuo en cinco estilos centrados en: solución de problemas, búsqueda de soporte social, evitación, autoculpabilización y fan-



tasioso; está compuesto por 42 ítems, con un rango de 0 a 63.

• Escala de asertividad (Rathus modificado): sus autores son: Carrasco, Clemente & Llanova (1984); evalúa las respuestas

asertivas en los aspectos cognitivo, autónomo y conductual, que se asumen en situaciones personales, familiares, sociales y laborales; está compuesto por 18 ítems, con un rango de 0 a 90.

Procedimiento

• Fase I: Prediagnóstico: en 2010, se aplicó el 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 en el año 2006 llevaron al suicidio de dos personas de esa comunidad educativa y establecer medidas preventivas.

• Fase II: Diseño: se elaboró pretest-postest de la prueba Beck para identificar línea de base y luego la evaluación e intervención para cada uno de los facto-

res de riesgo. El diseño 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 de manera voluntaria la participación por medio del consentimiento informado. Se dio inicio a la aplicación de la técnica de intervención (programa de prevención), según el cronograma.

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). A partir de ellos se obtuvo un Alfa de Cronbach, que indicó: Beck pretest 0,858 - nivel bueno de confiabilidad. Emoción pretest 0,765 - nivel aceptable de confiabilidad. AFA Pretest 0,767 - nivel aceptable de confiabilidad. Afrontamiento pretest 0,801 - nivel bueno de confiabilidad. Asertividad pretest 0,450 - nivel de fiabilidad no aceptable.

Para el análisis estadístico se identificaron los resultados en el pretest y el postest de cada factor de riesgo psicosocial, para determinar si hay modificación de conductas y pensamientos depresivos después de la intervención. Se hizo la descripción de las tablas que contienen media, mediana, moda y desviación estándar.

Comparación de los resultados en el primer semestre de los años 2010 y 2011 (Beck)

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

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

Resultados 2011 Beck

Los ítems que disminuyeron son: el 5 (sentimiento de culpa), que decreció 20%, lo que indica que los sentimientos de culpa son menores ante situaciones adversas; el ítem 8 (autocrítica) disminuyó 15%, lo que evidencia un favorable efecto en el manejo de la autocrítica; el ítem 10 (llanto) disminuyó 5%, lo que muestra un cambio significativo en los deseos de llorar o estados de tristeza; el ítem 17 (irritabilidad) disminuyó 10%, lo que indica que hay un adecuado manejo de emociones y de la conducta irritable.

En cuanto a los ítems que se mantuvieron en el rango de depresión moderada (19-29) están: el ítem 2 (pesimismo) indica que los pensamientos pesimistas no tuvieron variaciones, el ítem 12 (perdida de interés) indica que se mantienen estables el interés social y la preocupación por las personas; el ítem 18 (cambios en el apetito) evidencia 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: el ítem 7 (disconformidad con uno mismo) indica desconfianza en la ejecución de cualquier tarea; el ítem 20 (cansancio o fatiga) muestra 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 5%, lo que significa que el interés por el sexo tiene menor importancia en el individuo.

Resultados regulación emocional

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

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

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

Resultados autoconcepto forma A (AFA)

Las escalas que se mantuvieron en el rango de autoestima adecuada son: académica, en un rango de 23-33; la escala económica, 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, lo que indica que cuenta con una adecuada autoestima frente a la interacción social.

Según los resultados, se obtienen niveles adecuados en la escala de autoestima del pretest frente al postest, lo que indica que reconocen su propia identidad frente a sí mismos y frente a los

demás, también evalúan sus cualidades y defectos para sentirse aceptados en su entorno.

Resultados estilos de afrontamiento

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 disminuyó 15%, lo que demuestra que los sujetos perciben que la modificación de sus conductas se debe a cambios personales y que no requiere ayuda de fuentes externas.

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 deben enfrentar y no buscan evadirlas.

La escala de estilo de afrontamiento basado en autoculpabilización disminuyó en el rango 2 (bastante) 10%, lo que significa que se reducen sentimientos de culpa ante situaciones desfavorables, lo que 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) 10%, lo que muestra que el sujeto delega los eventos a situaciones viables y reales, esto se relaciona con la escala de autoculpabilización, porque el sujeto determina hasta dónde tiene responsabilidad en sus actos y dónde inicia el efecto de factores externos.

Resultados prueba asertividad Rathus modificada

En general, los datos revelan que los niveles de asertividad en el rango 31-60 (asertividad media) incrementaron 5%, lo que indica 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 está relacionado con el lapso de tiempo 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 con los objetivos establecidos en esta investigación, se hace un análisis respecto al comportamiento de las variables de estudio.

De acuerdo con el 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 con relación al pretest no presentaron cambios significativos; se evidenció mayor dificultad en la prueba de assertividad, esto relacionado con 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, por ello hay que tener en cuenta la exposición a modelos agresivos o a vínculos sociales inseguros y a experiencias tempranas de pérdida interpersonal, que llevan a la persona a desarrollar en la memoria esquemas negativos y baja autoestima y a dejar de lado el apoyo familiar y del contexto en general. Esto se evidencia en la prueba de Beck, en la que los resultados en cuanto al factor de inconformidad con sí mismo, al igual que la sensación de fatiga o cansancio cuando se ejecutan las actividades normales del día, permanecieron elevados; sumado a esto, persistió el desinterés en la actividad sexual, relacionados con inestabilidad de los vínculos afectivos y sociales y con esquemas de autoexigencia en busca de 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, sentimientos de inadecuación e infelicidad y un locus de control externo que identifica los acontecimientos que suceden como resultado independiente de sus actos.

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; influencia en los valores, comportamientos y actitudes de todos los miembros de la familia; intensidad en los vínculos interpersonales; roles atribuidos; diferencias de opinión en las decisiones; diferencias de edad y sexo (Milner, 1999). En relación con la autoestima, los estudiantes evalúan el área familiar como fuente de apoyo y como 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, en los que 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 sentimientos de indefensión en cuanto al nivel socioeconómico y al 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), la carencia de apoyo del contexto social (amigos, vecinos e instituciones) (Milner, 1999). Los resultados de la prueba de afrontamiento indican que los estudiantes, cuando cuentan 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, al contrario, éste busca elementos para proteger su autoconcepto frente al contexto social.

Los factores de riesgo culturales se refieren 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 impregnán distintos estamentos de la sociedad a través de valores, principios, prejuicios, mitos, estereotipos, etc., y en los que permanecen arraigadas las creencias sobre la privacidad de la familia, el castigo físico como parte de la educación y las formas de actuar en ocasiones irresponsables (Juste & Morales, 1997). Está muy relacionado con los resultados obtenidos en la prueba de assertividad, ya que evidencia niveles inadecuados, porque las creencias y estilos de vida en el entorno de los estudiantes les limitan las nuevas oportunidades de modificar los esquemas cognitivos; por esta razón, no es posible una adecuada ejecución de las habilidades.



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 haber dependencia entre los diferentes factores, esto relacionado con la experiencia y las creencias de cada individuo.

No obstante, el pensamiento es exagerado porque tienen la creencia que no es necesaria la ayuda externa para dar solución a sus problemas y dejan de lado la influencia del contexto, que puede ser debilitador o fortalecedor de la conducta, según la vulnerabilidad de la persona, por este motivo, son necesarios procesos en los que el individuo piense en posibilidades de solución que involucren el ambiente (Urrego, 2007).

La prevención primaria es la estrategia que permite conocer las causas, las incidencias, las carac-

terísticas y las consecuencias de la depresión, por medio de 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, como es prevenir conductas depresivas, al evidenciar las causas que alteran los estados de ánimo, por medio de experiencias que sensibilizaron y concientizaron a los estudiantes y les otorgaron estrategias que promueven la salud mental.

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

Conclusiones

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

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 comportamentales y cognitivos, al desarrollar estrategias de aceptación de sí mismos 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, lo que permite modificar los esquemas cognitivos.

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

La depresión es un problema de salud pública, por esto tiene gran 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, sin olvidar tener en cuenta también el aspecto sociocultural como elemento importante para el inicio del trastorno.

Los resultados del factor emocional en la prueba Beck presentan ítems que permanecen altos: pérdida de placer en actividades cotidianas y disconformidad consigo mismo, esto puede estar relacionado con un patrón de conducta en la población.



Referencias bibliográficas

- Aguilar, K. Robayo, P. (2011). *Inventario Regulación emocional*. Con validación de dos jueces.
- 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., Sandin, B., Ramos, L. (1995). *Manual de psicopatología*. México: MacGraw-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 & Llanova (1984). *Escala de asertividad Rathus modificada*.
- 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.
- 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 sociotrópicos. *Psicothema*. Vol. 16, No. 2, pp. 235-240.
- Fundación San José (2007). *Investigación en síntomas depresivos de los estudiantes de la fessanjoce*. Bogotá: Fessanjoce - Bienestar Institucional.
- Flórez, A. Luis. (1992). *Una metodología para el desarrollo de un programa de intervención en psicología de la salud*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Galli, E. (1997). *Alcmeón 22*, Vol. VI, No. 2, septiembre, pp. 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. No. 3.
- 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, R. C. (2005). *El manejo de la agresividad: manual de tratamiento completo para profesionales*. Bilbao: Editorial Desclée de Bruwer S. A.
- Latorre, J. Benelt, P. (1994). *Psicología de la salud, aportaciones para los profesionales*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Montoya, L. M., Gutiérrez, J. A., Toro, B. E., Briñón, M. A., Rosas, E., Salazar, L. E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Rev. CES Med.* 24(1): 7-17.
- Musitu, G., García, F. & Gutiérrez, M., (1981). *Cuestionario de autoconcepto Forma A (AFA)*.

- Perelló, M., Martínez, C. & Llorens, N. (2007). Eficacia y efectividad de los tratamientos psicológicos para la depresión. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos de España*, No. 76.
- Pérez, M., García, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*. Vol. 13, No. 3. pp. 493-510.
- Urrego, J. (2009). Trabajando en las conductas negativas para una ciudad positiva. *Revista Pretil*. No. 21. Vol. 7. pp. 41-56.
- Riso, W. (1988). *Entrenamiento asertivo, Aspectos conceptuales evaluativos y de intervención*. Medellín: Raya yuela.
- Riso, W. (2006). *Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico*. Bogotá: Norma.
- Sanz, J. Vázquez, C. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas*. En B. Sandin & F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología*. Vol. 2 (pp. 341-378). Madrid: McGraw-Hill.
- 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 la acción social. *Universidad Nacional*. No. 2. Vol. 1. pp. 101-124.
- Vásquez, J. (2009). *Trastorno del estado de ánimo 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 et al. (1987) *Inventario de estilos de afrontamiento*. Versión reducida de la versión original de Folkman & Lazarus, 1980.
- Zurilla, D. (1986). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Madrid: Pirámide.