



Revista Psicologia e Saúde

E-ISSN: 2177-093X

-

Universidade Católica Dom Bosco
Brasil

Londoño Arredondo, Nora Helena; Jaramillo Estrada, Juan Carlos; Castaño Arroyave,
María Camila; Rivera Morales, Diana Patricia; Berrio Rojas, Zulma; Correa Londoño,
Diana

Prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios
Revista Psicologia e Saúde, vol. 7, núm. 1, enero-junio, 2015, pp. 47-55
Universidade Católica Dom Bosco

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=609866378007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios

Prevenção da depressão e da ansiedade em estudantes universitários

Prevention of depression and anxiety in college students

Nora Helena Londoño Arredondo¹

Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

Juan Carlos Jaramillo Estrada

Universidad CES, Medellín, Colombia

María Camila Castaño Arroyave

Diana Patricia Rivera Morales

Zulma Berrio Rojas

Diana Correa Londoño

Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

Resumen

El objetivo de la investigación fue evaluar el impacto del programa de prevención para la depresión y la ansiedad a través del desarrollo del pensamiento crítico y estrategias en solución de problemas en estudiantes universitarios de primeros semestres. Método: se utilizó un diseño cuasi-experimental, evaluación pre-test y post-test, y grupo control. Participaron 60 estudiantes de dos universidades de Colombia que cursaban su primer año de formación (25% hombre y 75% mujeres), edad promedio 18.5 años; grupo experimental n=31, grupo control n=29. El programa tuvo una duración de 10 sesiones. Los instrumentos utilizados fueron el CES-D (Rodloff y Locke, 1986), SCL-90 (Derogatis, 2002), el cuestionario de Acontecimientos estresantes (Connor-Smith y Calvete, 2004), ATQ (Kendall, Howard y Hays, 1989), ASSQ (Kendall y Hollon, 1989). Resultados: se identificaron cambios significativos en los indicadores clínicos de depresión, ansiedad, pensamientos negativos y valoración de acontecimientos vitales en el grupo experimental. Conclusiones: el programa de prevención de la depresión y la ansiedad a través del modelo del desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático, es efectivo en jóvenes universitarios del primer año de formación, en la medida que disminuye significativamente los indicadores de depresión y ansiedad, los pensamientos negativos y la valoración de los acontecimientos vitales.

Palabras-clave: Prevención; Depresión; Ansiedad; Pensamiento crítico; Diálogo socrático.

Resumo

O objetivo da pesquisa foi avaliar o impacto do programa de prevenção para a depressão e a ansiedade através do desenvolvimento do pensamento crítico e estratégias de solução de problemas com estudantes universitários de primeiros semestres. Método: foi utilizado um desenho quase experimental, avaliação de pré-teste e pós-teste e grupo de controle. Participaram 60 estudantes de duas universidades da Colômbia que cursavam o primeiro ano de formação (25% homens e 75% mulheres), com média de idade de 18.5 anos; grupo experimental n=31, grupo controle n=29. O programa teve a duração de 10 encontros. Os instrumentos utilizados foram o CES-D (Rodloff y Locke, 1986), SCL-90 (Derogatis, 2002), o questionário de Acontecimentos estressantes (Connor-Smith y Calvete, 2004), ATQ (Kendall, Howard y Hays, 1989), ASSQ (Kendall y Hollon, 1989). Resultados: foram identificados mudanças significativas nos indicadores clínicos de depressão, ansiedade, pensamentos negativos e valorização de acontecimentos vitais no grupo experimental. Conclusões: o programa de prevenção de depressão e ansiedade através do modelo de desenvolvimento do pensamento crítico e do diálogo socrático, mostrou-se efetivo nos jovens universitários do primeiro ano de formação, na medida em que diminui significativamente os indicadores de depressão e ansiedade, os pensamentos negativos e a valorização dos acontecimentos vitais.

Palavras-chave: Prevenção; Depressão; Ansiedade; Pensamento crítico; Diálogo socrático.

Abstract

The research aim was to evaluate the impact of a prevention program for depression and anxiety through the development of critical thinking and problem solving strategies in first-semester college students. Method: A quasi-experimental design, assessment pre-test and post-test and control group was used. Involving 60 students from two universities of Colombia who were in their first year of training (25% male and 75% female), mean age 18.5 years; experimental group n = 31, control group n = 29. The program lasted 10 sessions. The instruments used were the CES-D (Rodloff y Locke, 1986), SCL-90 (Derogatis, 2002), Stressful Events Questionnaire (Connor-Smith y Calvete, 2004), ATQ (Kendall, Howard y Hays, 1989), ASSQ (Kendall y Hollon, 1989). Results: Significant changes were identified in the clinical indicators of depression, anxiety, negative thoughts and assessment of life events in the experimental group. Conclusions: The prevention program for depression and anxiety through the development of critical thinking and Socratic dialogue is effective in young students of the first year of training, as it significantly decreases the indicators of depression and anxiety, negative thoughts and life events appraisalment.

Key-words: Prevention; Depression; Anxiety; Critical thinking; Socratic dialogue.

Introducción

Las universidades que incorporan en sus proyectos educativos y laborales el desarrollo humano y mejora de la calidad de vida de quienes allí estudian o trabajan, son consideradas como universidades promotoras de salud. Sus intereses se enfocan cada vez más en la identificación de factores de riesgo y protección de tipo personal e interpersonal de los jóvenes y los docentes en el contexto universitario. De esta manera, aspectos como la recreación, el deporte, los hábitos de sueño, de alimentación, la sexualidad, los comportamientos adictivos relacionados con sustancias psicoactivas ilegales y alcohol, son cada vez más abordados en las investigaciones en el ámbito educativo. En los últimos años, se destaca el interés por identificar la percepción que tienen los jóvenes de los riesgos en la salud con la intención de modificar las percepciones de riesgo. A través de la participación en programas de prevención y promoción en salud relacionadas con el cuidado, se ha buscado que los jóvenes adquieran o aumenten conductas protectoras relacionadas con hábitos saludables (Poveda y Arroyave, 2014).

En Colombia, el trabajo desde las universidades para el mejoramiento de los estilos y hábitos saludables se genera en la medida que se promueve una cultura enfocada a la salud y la promoción, facilitando cambios y rompiendo esquemas a un sistema desesperanzado y acostumbrado a reaccionar ante la enfermedad. Estos procesos requieren acompañarse de políticas públicas claras, con objetivos y propósitos definidos que rescaten el concepto de salud tal como fue planteado en la carta de Ottawa (1986) más allá del no estar enfermo, para abarcar de manera implícita, explícita e integral, lo físico, lo social, lo económico, lo emocional y lo espiritual de cada persona. Se hace necesario que la universidad genere espacios y grupos de investigación que promuevan y generen estrategias para formar hábitos saludables (Romero y Ortiz, 2014). Las habilidades para la vida orientadas al desarrollo para la juventud se orientan a la confianza en sí mismo, liderazgo, eficacia y autoeficacia, capacidades en los jóvenes en solución de problemas y toma de decisiones, desarrollo de sus potencialidades y responsabilidad. De acuerdo con la Fundación Jacobs, Organizaciones Asociadas, Hanbury y Malti, estas habilidades son importantes para el desarrollo de los niños y los jóvenes. Les permite ser adultos sanos, responsables productivos. La promoción de habilidades para la vida se convierte en un recurso clave para mejorar el desarrollo positivo y productivo de los jóvenes (Jacobs Foundation, Hanbury y Malti, 2011).

Así, las Universidades tienen la capacidad de generar beneficios para sí mismas, para sus miembros y sus familias, y promover conocimientos, habilidades y destrezas para implementar estilos de vida saludables (Vio y Lange, 2006). Las universidades, a través de

los centros de atención de Bienestar Institucional y los centros de atención externos para la comunidad, se benefician de los programas académicos de las áreas de salud y humanidades, a través de los trabajos conjuntos en los que se manifiestan los compromisos para la implementación de servicios de atención y para la investigación.

En los marcos normativos, las instituciones educativas son consideradas como actores que participan dentro del sistema de salud. Estos lineamientos tienen como objeto fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a través de un modelo de prestación del servicio público en salud. En el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud, permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable. Se pretende que los servicios sean de mayor calidad, incluyentes y equitativos. De manera particular, se identifica la necesidad por mejorar el compromiso frente a la salud mental y responsabilizar a los diferentes autores y al propio individuo del cuidado de su salud y del fortalecimiento de las competencias para la vida (Congreso de Colombia, 2011).

Específicamente para la salud mental, el objeto de la ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención integral en salud mental en el ámbito del SGSSS. El compromiso con la salud mental debe ser cada vez más reforzada desde la universidad, dado que allí es donde se desarrollan competencias para la vida, habilidades para resolver los problemas del día a día y adaptarse a las demandas sociales y económicas. Los proyectos educativos deben fomentar el desarrollo de competencias como ciudadanos respetuosos de sí mismo, de los demás y de lo público, haciendo énfasis en la promoción de la salud mental (Congreso de la Colombia, 2013).

De acuerdo con el informe sobre años de vida ajustados según discapacidad, entre los 20 problemas principales, para todas las edades, figuran tres trastornos psiquiátricos: los depresivos unipolares, las lesiones auto-infringidas y los trastornos por consumo de alcohol (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). El trastorno del estado de ánimo recurrente incrementa de manera sustancial rasgos patológicos de personalidad, ansiedad y abuso de sustancias (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Se estima que la depresión mayor afecta al 7% de la población, con una razón entre 1.5 – 3 mujeres por cada hombre (APA, 2013, p. 165). Para la ansiedad generalizada, se identifica una prevalencia del 9% a lo largo de la vida y 2.9% en los últimos 12 meses (APA, 2013, p. 223). La fobia específica alcanza una prevalencia de hasta el 9% en los Estados Unidos, en Europa de alrededor del 6% y en Asia, África y

Latinoamérica hasta el 4% (p. 199).

En Colombia, la depresión tiene una prevalencia de un 12.9% (hombres 10.2%, mujeres 14.9%) y la ansiedad de un 24% (hombres 19.5%, mujeres 27.6%) (Ministerio de la Protección Social, 2005). En el Primer estudio poblacional de salud mental en Medellín de 2011-2012, realizado por la Universidad CES, la Universidad de Harvard y la Secretaría de Educación de Medellín, se informó de una prevalencia de sintomatología depresiva del 11,4% (hombres 7.5%, mujeres 13.7%), con una razón de 1.8 mujeres por cada hombre, y de una prevalencia de un 6.8% para la sintomatología ansiosa (hombres 12.7%, mujeres 19.4%) con una razón de 1.5% mujeres por cada hombre (Torres, 2012).

En la población universitaria los principales motivos de consulta lo constituyen la depresión y la ansiedad. La prevalencia de depresión reportada por múltiples estudios realizados en población universitaria oscila entre el 25% y el 58%, y ello está determinado en parte por los diferentes instrumentos utilizados para su medición. Amézquita, González y Zuluaga (2003) encontraron una prevalencia del 49.8% para depresión y 58.1% para ansiedad y 41% para ideación suicida en el estudio realizado en Colombia con 625 estudiantes, utilizando los inventarios de ansiedad y depresión de Beck. Balanza, Morales y Guerrero (2009) identificaron 55.6% de depresión y 47.1% de ansiedad en 700 estudiantes universitarios aplicando la escala de ansiedad y depresión de Goldberg. El estudio reportó que las mujeres eran quienes presentaban mayor riesgo de problemas depresión (OR.: 1.98 IC 95% 1.43 -2.76) y ansiedad (OR: 2.30 IC 95% 1.65-3.19).

Con relación a las variables cognitivas asociadas con la depresión y la ansiedad, diferentes creencias disfuncionales y esquema desadaptativos han sido asociados. Para la depresión, los esquema de vulnerabilidad y autocontrol insuficiente y las creencias de trastornos de la personalidad histriónico y esquizoide son predictivos, y para la ansiedad los esquemas de vulnerabilidad, defectuosidad y dependencia y las creencias de personalidad límite (Londoño, Palacio y Acosta, 2011). Dentro de los factores de riesgo, los pensamientos negativos y distorsionados son variables en las que ha enfatizado la terapia cognitiva como causales de síntomas depresivos (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y sobrevaloración cognitiva de peligro y amenaza y de bajas estrategias en afrontamiento como causales de síntomas de ansiedad (Beck, Emery y Greenberg, 1985). Por lo tanto, un programa de prevención debería estar sustentado a través de la intervención de los pensamientos negativos y la sobrevaloración de las amenazas, peligro. Las propuestas de prevención orientadas al desarrollo de habilidades para la vida incluyen el desarrollo del pensamiento crítico como uno de los ejes centrales para el desarrollo de los

jóvenes y su adaptación a las diferentes situaciones que enfrentan en la vida, permitiéndoles identificar cómo se sienten ante ciertas situaciones. Estas habilidades permiten que el joven relacione la situación con sus emociones y actitudes, y **éstas con** las conductas de riesgo hacia el consumo de sustancias psicoactiva (Gómez y Arias, 2007; Velásques, 2012).

Paul y Elder (2003) han propuesto un programa de desarrollo del pensamiento crítico, considerando que al mejorar la calidad de los pensamientos se mejoraría la calidad de vida de las personas. El programa de prevención basado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático fue efectivo en el estudio de Londoño, Palacio y Acosta (2011) para la prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios, y en el estudio de Broadbear y Keyser (2000) para la prevención del consumo de sustancias. Por ende, se trabaja con el modelo de pensamiento crítico (Paul y Elder, 2003), el cual se fundamenta en la relación entre la calidad de vida y la calidad de los pensamientos. Se argumenta que gran parte de los pensamientos son arbitrarios, distorsionados, parcializados, desinformados o prejuiciosos. De acuerdo con Paul y Elder (2003), “El pensamiento crítico es un modo de pensar - sobre cualquier tema, contenido o problema - en el cual el pensante mejora la calidad de su pensamiento al apoderarse de las estructuras inherentes del acto de pensar y al someterlas a estándares intelectuales” (p. 4). Paul, orienta una práctica para la vida diaria, estructurando una guía para ser aplicada de manera sistemática y gradual por las personas. Específicamente con relación a la personalidad, considera indispensable remodelar el carácter, negociar con el ego, redefinir la manera como se ven las cosas, contactarse con sus emociones y analizar las influencias de grupo sobre su vida (Paul y Elder, 2000; Elder y Paul, 2000). Estas prácticas se consideran de gran aporte para un programa de prevención en salud mental, y específicamente encaminados a la intervención de los factores cognitivos (esquemas y pensamientos automáticos) y de personalidad (creencias centrales).

El programa se diseñó para realizarse con grupos ya conformados de los primeros semestres de los diferentes programas de dos Universidades. La población elegida para el estudio se justificó principalmente por la edad, adolescentes y jóvenes que experimentan cambios representativos en sus vidas con demandas sociales de conformación de nuevos grupos y exigencias académicas que requieren de estrategias de afrontamiento para adaptarse a las demandas del medio. Investigaciones previas reportan que los estudiantes de primeros semestres son los que más solicitan los servicios psicológicos en los servicios de Bienestar institucional (Londoño, Palacio y Acosta, 2011).

El objetivo de la investigación fue evaluar el impacto del programa de prevención para la depresión

Tabla 1
Distribución de la muestra con relación al grupo (experimental y control)

Válidos	Experimental n=31	Control n=29
Sexo		
Hombres	7 (22.6%)	8 (27.6%)
Mujeres	24 (77.4%)	21 (72%)
Estrato		
Alto	11 (35%)	10 (34.5%)
Medio	15 (48.4%)	13 (44.8%)
Bajo	5 (16.1%)	6 (20.7%)
Estado civil		
Soltero	28 (90,3%)	27 (93,1%)
Casados/unión libre	3 (9.7%)	2 (6.9%)
Programas		
Arquitectura	17 (54.8%)	3 (10%)
Psicología	14 (45.2%)	7 (24.1%)
Fisioterapia		10 (34%)
Prehospitalaria		9 (32%)

y la ansiedad a través del desarrollo del pensamiento crítico y estrategias en solución de problemas en estudiantes universitarios de primeros semestres.

Método

Se utilizó un diseño cuasi-experimental, medición pretest-posttest y grupo control.

Población y muestra

Participaron en el estudio 60 estudiantes de dos universidades de Colombia que cursaban su primer año de formación (25% hombre y 75% mujeres), edad promedio 18.5 años. En el grupo experimental participaron 31 estudiantes y en el grupo control 29. La Tabla 1 describe la distribución de la muestra con relación a las variables sociodemográficas.

La edad promedio de los participantes fue 19.22 (desviación 3.75; edad mínimo 16 y máximo 37). El rango de edad de mayor frecuencia fue entre 16 a 20

años de edad (Tabla 2).

Instrumentos

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos, Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D; Radloff y Locke, 1986). Comprende 20 ítems relacionados con el humor, el comportamiento y la percepción, que fueron considerados relevantes en estudios clínicos sobre depresión (Radloff, 1977). Fue construida siguiendo los criterios para la elaboración de escalas tipo Likert de 4 puntos, que van desde 0 (rara vez o ninguna de las veces) a 3 (la mayor parte o todo el tiempo). Consta de 20 reactivos representativos de los componentes más importantes de la sintomatología depresiva, y de acuerdo con el análisis factorial de la escala, los reactivos quedan agrupados en cuatro factores: a) afecto depresivo, b) afecto positivo, c) actividad somática, y d) relaciones interpersonales. Puntuaciones altas indican mayor gravedad de la sintomatología depresiva, y a partir de 16 se considera un significativo para el trastorno depresivo (González, Stewart, Ritter y Loring, 1995; Radloff y Locke, 1986). Para Colombia, se sugieren puntos de corte de 20 para tamizaje y 30 para diagnóstico de depresión (Camacho, Rueda-Jaimes, Latorre, Navarro-Mancilla, Escobar, Franco, 2009).

Cuestionario de 90 Síntomas Revisado, Symptom Check List 90 (SCL-90R; Derogatis, 2002). Inventario autoadministrado que consta de 90 ítems. Evalúa 9 dimensiones sintomatológicas

Tabla 2
Rango de edad

Rango de edad	Frecuencia
16 – 20	44
21-25	11
26-30	4
31-37	3

primarias: Somatización (12 ítems), Obsesividad compulsiva (10 ítems), Sensibilidad interpersonal (9 ítems), Depresión (13 ítems), Ansiedad (10 ítems), Hostilidad (6 ítems), Ansiedad fóbica (7 ítems), Ideación paranoide (6 ítems) y Psicoticismo (10 ítems); aparte, incluye 7 dimensiones adicionales que constan de 1 ítem cada una (pérdida del apetito, aumento del apetito, insomnio de conciliación, alteraciones en el mantenimiento del sueño, despertar prematuro, sentimientos de culpa y pensamientos de muerte) y proporciona 3 índices globales (índice de sintomatología general -GSI-, índice de alteración de los síntomas positivos -PSDI- y el total de síntomas positivos -PST). Para el presente estudio se aplicaron las escalas de Ansiedad y Ansiedad fóbica. Los datos normativos y las propiedades psicométricas para estudiantes universitarios chilenos en las escalas de ansiedad reportaron un puntaje bruto de 2.35 y 1.7 para el percentil 70 y de 2.8 y 2 para el percentil 75, en los trastorno de ansiedad generalizada y fóbica respectivamente. No se presentaron diferencias entre los hombres y las mujeres (Gempp y Avendaño, 2008).

Acontecimientos estresantes (Connor-Smith y Calvete, 2004). El cuestionario está conformado por una primera parte sobre Estrés Vital que consta de los 11 primeros ítems, éstos acontecimientos son relacionados con la separación de los padres, dificultades académicas o problemas de salud, y la segunda parte del cuestionario es acerca de Estrés Social que cuenta con 10 ítems (12 al 21), comprenden una amplia gama de acontecimientos estresantes interpersonales; ambas partes cuentan con un listado corto de estresores seleccionados de la Escala de Acontecimientos Percibidos para Adolescentes (Adolescent Perceived Events Scale, APES; Compas, Davis, Forsythe y Wagner, 1987), adaptados por Connor-Smith y Calvete (2004) para España.

Cuestionario de Pensamientos Automático, Automatic Thoughts Questionnaire Revised (ATQ-RP; Kendall, Howard y Hays, 1989). Consta de 40 ítems, 30 de los cuales hacen parte de la escala de pensamientos automáticos negativos y los 10 restantes de la escala de pensamientos automáticos positivos. Es una escala de autoregistro que determina la frecuencia de los pensamientos automáticos positivos y negativos. Las opciones de respuesta van desde “nunca” hasta “siempre”, dependiendo de la frecuencia del pensamiento. Las normas de corrección indican que cada escala debe ser calificada por separado para obtener dos valores diferentes, el de la escala de pensamientos positivos y el de pensamientos negativos.

Las puntuaciones se obtienen al sumar la respuesta dada de cada ítem de la escala correspondiente:

Ítems escala de pensamientos automáticos positivos: 3, 7, 10, 13, 16, 20, 24, 28, 32, y 37. Ítems escala de pensamientos automáticos negativos:

1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40. Los valores estadísticos para los pensamientos positivos son los siguientes: para la muestra en general: Media=37,66 (dt=7.7); hombres: media=38,65 (dt=7.12); mujeres: media=36.18 (dt=8.22). Los valores para los pensamientos negativos son los siguientes: Para la muestra en general: Media=66.23 (dt=20.39); Hombres: media=62.39 (dt=18.81); Mujeres: media=71.07 (dt=21.28) (Gómez y Arias, 2007).

Cuestionario de Automanifestaciones Ansiosas, Anxious Self-Statements Scale (ASSQ, Kendall y Hollon, 1989). Este cuestionario fue construido con el fin de investigar el lenguaje interno asociado a la ansiedad, para: a) identificar aquél que discrimina entre sujetos de alta y baja ansiedad; b) evaluar el grado en que la valoración del estrés eleva el lenguaje interno ansioso; y c) evaluar la terapia de los trastornos por ansiedad. El instrumento discrimina fiablemente entre sujetos de alta y baja ansiedad.

Procedimiento

El programa de prevención se realizó con la modalidad de taller, se centró en la prevención de la depresión y la ansiedad a través del modelo del desarrollo del pensamiento crítico y la pregunta socrática (Londoño, Palacio y Acosta, 2011; Paul y Elder, 2003), con adaptación para fortalecer estrategias para la vida y énfasis en solución de problemas (Elder y Paul, 2000; Paul y Elder, 2000).

El tiempo programado fue de 10 horas, 5 sesiones de dos horas cada una. Se les presentó a los estudiantes la investigación acompañado del consentimiento informado, y con quienes aceptaron participar voluntariamente, se les realizó la primera observación medición pre-test (O1) y se evaluaron las variables clínicas de depresión (CES-D; Radloff y Locke, 1986), ansiedad generalizada y ansiedad fóbica (SCL-90R; Derogatis, 2002), las variables de estrés (Acontecimientos estresantes; Connor y Calvete, 2004), y variables cognitivas (ATQ-RP; Kendall, Howard y Hays, 1989; ASSQ, Kendall y Hollon, 1989).

En la primera sesión se fomentó el compromiso con la salud mental con base en los programas de desarrollo mundial y del gobierno para la salud mental (Ministerio de la Protección Social, 2005; OMS, 2001; 2004a; 2004b). Las dos sesiones siguientes se orientaron a la apropiación del modelo del desarrollo del pensamiento crítico y solución de problemas (Elder y Paul, 2000; Paul y Elder, 2000, 2003), enfatizando en los elementos del pensamiento crítico, los estándares de calidad y los rasgos intelectuales. Las últimas dos sesiones se centraron en la descripción de los patrones de personalidad saludables y patológicas (Millon y Davis, 2000; Millon y Everly, 1994) y el abordaje de los factores de riesgo y protección para la

depresión y la ansiedad (Maj, López, Sato y Okasha, 2006).

Después de cada sesión, se realizaron prácticas de diálogos socráticos por escrito, sobre los temas analizados, buscando que la información fuera asimilada de manera crítica, y aplicada a las condiciones específicas de cada participante, su cultura, su familia, su estructura de personalidad, y los estresores que ha enfrentado en el último año. Los diálogos debían tener la siguiente estructura:

Primera pregunta (P1), seguida de su respuesta (R1), pregunta 2 (P2) relacionada con R1, respuesta 2 (R2) y así sucesivamente, buscando en la primera actividad un número no menor a cinco preguntas y respuestas. Para las siguientes prácticas, el número de preguntas y respuestas debería superar a la práctica previa. Los diálogos socráticos por escrito debían finalizar con Conclusiones, donde el participante realizaba una síntesis de la actividad, y luego precisar las Acciones, en las cuales concretaba las alternativas en la solución de problemas o procedimientos a seguir, buscando aplicar las estrategias para la vida cotidiana.

La segunda observación (O2), pos-test, se realizó a los tres meses después de haber finalizado los talleres. El grupo control fue evaluado en los mismos dos momentos que se evaluó al grupo experimental: O1= abril y mayo del 2013; O2= agosto y septiembre del 2013. El programa fue coordinado desde el departamento de Bienestar Institucional de la Universidad de San Buenaventura y la Universidad CES, ambas en la ciudad de Medellín.

Resultados

Para el grupo experimental, los resultados identificaron cambios significativos en la primera observación (O1) y en la segunda o observación (O2), específicamente en los indicadores clínicos

(depresión, ansiedad generalizada y ansiedad fóbica), en las variables cognitivas (pensamientos negativos) y en la valoración del estrés (acontecimientos vitales), con puntuaciones inferiores en la evaluación post-test. No se reportaron cambios significativos en los pensamientos positivos ni en los pensamientos ansiosos, y tampoco se reportaron cambios significativos en la valoración de los estresores sociales. Para el grupo control, los resultados no identificaron cambios significativos en O1 y O2, en ninguna de las variables estudiadas (Tabla 3).

Para la depresión, el grupo experimental reportó en O1 (evaluación pre-tst) una mediana de 20.5 y en O2 (evaluación post-test) descendió a 16 ($Z=-2.942$; $p=.003$). El grupo control reportó en O1 una mediana de 16 y en O2 de 16.5 ($Z=-.213$; $p=.831$).

Para la ansiedad generalizada, el grupo experimental reportó en O1 una mediana de 1.2 y en O2 descendió a .7 ($Z=-1.974$; $p=.048$). El grupo control reportó en O1 una mediana de .8 y en O2 de .5 ($Z=-.262$; $p=.794$).

Para la ansiedad fóbica, el grupo experimental reportó en O1 una mediana de .43 y en O2 descendió a .1 ($Z=-2.503$; $p=.012$). El grupo control reportó en O1 una mediana de .14 y en O2 de .2 ($Z=-.262$; $p=.794$).

Para los pensamientos negativos, el grupo experimental reportó en O1 una mediana de 55 y en O2 descendió a 42 ($Z=-2.323$; $p=.020$). El grupo control reportó O1 una mediana de 51 y en O2 de 48 ($Z=-.457$; $p=.647$).

Para la valoración de estrés vital, el grupo experimental reportó en O1 una mediana de 16 y en O2 descendió a 11 ($Z=-2.658$; $p=.008$). El grupo control reportó en O1 una mediana de 13 y en O2 de 14 ($Z=-.161$; $p=.872$).

Discusión

Tabla 3

Análisis comparativos de la evaluación pretest-posttest para el grupo experimental y para el grupo control.

Variables	Experimental				Control				Experi	Control
	Pre-test		Post-test		Pre-test		Post-test		Z	Z
	Clinicas	Mediana	Rango	Mediana	Rango	Mediana	Rango	Mediana	Rango	
Depresión	20.5	37	15	30	16	47	16.5	30	-2.942**	-.213
Ansiedad generalizada	1.2	3	.7	3	.8	3	.5	3	-1.974*	-1.027
Ansiedad fóbica	.43	3	.1	1	.14	2	.2	2	-2.503*	-.262
Pensamientos positivos	33	37	32	25	33	33	35	38	-1.006	-.196
Pensamientos negativos	55	84	42	59	51	98	48	88	-2.323*	-.457
Pensamientos ansiosos	64.5	88	52	63	59	101	49	83	-1.817	-.392
Estrés vital	16	32	11	31	13	29	14	23	-2.658**	-.161
Estrés social	17	31	13.5	25	13	31	13	26	-1.607	.000

* $p < .05$; ** $p < .01$

El propósito del estudio fue evaluar el impacto de un programa de prevención en depresión y ansiedad en jóvenes universitarios. Se utilizó un diseño cuasi-experimental, evaluación pre-test y post-test, y grupo control. El programa tuvo una duración de 10 sesiones, donde se buscó incorporar el modelo del desarrollo del pensamiento crítico basado en el diálogo socrático. Se enfatizó en los factores de riesgo y de protección de tipo social, familiar, perfiles de personalidad patológicos y estilos cognitivos, asociados a dichos trastornos. De esta manera, y a través de la construcción de diálogos socráticos elaborados por escrito y de manera individual, se orientó para que los participantes hicieran de interlocutores a través de preguntas socráticas, para identificar factores de riesgo y de protección que tuvieran y generar acciones frente a los mismos (solución de problemas, reestructurar su pensamiento, consultar a profesionales, por ejemplo).

Los programas de prevención orientados al desarrollo del pensamiento reflexivo, y a comprometer de manera responsable a las personas con su salud mental, son propuestas del plan de desarrollo en salud mental (Ley 1616 del 2013; Congreso de Colombia, 2013), y específicamente en esta investigación su énfasis benefició en la disminución de indicadores clínicos y pensamientos negativos. Por otro lado, dado que lo fundamental del modelo del desarrollo del pensamiento crítico es incorporar suficientes elementos del pensamiento crítico en la práctica socrática (propósito, preguntas, información, conceptos, supuestos, interpretaciones, puntos de vista, implicaciones y consecuencias), asumir un compromiso con la calidad de sus pensamientos a través de los estándares de calidad (claridad, exactitud, precisión, relevancia, profundidad, amplitud, lógica, importancia y justicia) y promover rasgos intelectuales (humildad intelectual, entereza intelectual, empatía intelectual, autonomía intelectual, integridad intelectual, perseverancia intelectual, confianza en la razón e imparcialidad), algunos de estos componentes pudieron favorecer la disminución de pensamientos negativos y el cambio en la valoración de los acontecimientos vitales. La escritura en la práctica de los diálogos socráticos, contribuye a que el pensamiento sea más controlado y se logra identificar con mayor claridad las distorsiones cognitivas. Por otro lado, conducir a los participantes a que sus análisis de los problemas de la vida cotidiana se concreten en conclusiones y acciones, favorece el compromiso con su vida y con su salud mental. Adicionalmente, favorece el análisis, la capacidad de síntesis y la concentración hacia las situaciones que enfrentan en sus vidas y refuerzan la construcción de mensajes preventivos como por ejemplo hacia el consumo de sustancias psicoactivas, tal como lo plantea Velásques (2012).

Los pensamientos negativos se caracterizan por procesos distorsionados donde la información se

procesa de manera ilógica, se sobregeneraliza y no se retoma diferentes puntos de vista (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). El modelo del desarrollo del pensamiento crítico enfrenta el problema del pensamiento egocéntrico (es cierto porque creo en ello, porque creo creerlo, porque siempre así lo he creído, porque me conviene creerlo) (Paul y Elder, 2003). Podría deducirse que el pensamiento egocéntrico refleja estilo cognitivo rígidos que mantienen esquemas desadaptativos y procesos distorsionados, y el programa de prevención, basado en el desarrollo del pensamiento crítico, los flexibiliza y se logran resultados en la disminución de los pensamientos negativos y en el cambio de la valoración de amenaza de los acontecimientos vitales.

Los resultados mostraron diferencias significativas entre la observación pre-test (O1) y pos-test (O2) en el grupo experimental, y en el grupo control no se reportaron cambios significativos entre ambas evaluaciones, por lo que se puede concluir que el programa fue eficaz en las variables que reportaron los cambios: indicadores clínicos (depresión y ansiedad), pensamientos negativos y la valoración de los acontecimientos vitales. Por ende, el modelo del desarrollo del pensamiento crítico de Paul y Elder (2003), aplicado a la prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios, es efectivo, y favorece la calidad de vida en la medida que mejora la calidad de los pensamientos. El modelo se ha propuesto como favorable, en la medida que conlleva a que los pensamientos sean menos arbitrarios, distorsionados, parcializados, desinformados o prejuiciosos (Crosgrave, citado por Paul y Elder, 2003). El pensamiento crítico es un modo de pensar - sobre cualquier tema, contenido o problema - en el cual el pensante mejora la calidad de su pensamiento al apoderarse de las estructuras inherentes del acto de pensar y al someterlas a estándares intelectuales” (Paul y Elder, 2003, p. 4). Dentro de las habilidades para la vida, el pensamiento crítico es fundamental en el desarrollo de los jóvenes, y favorece enfrentarse a los retos y cambios y aprender de las experiencias (Jacobs Foundations, Hanbury y Malti, 2011).

Estas prácticas se consideran de gran aporte para un programa de prevención en salud mental, y específicamente encaminados a la intervención de los factores que mantienen los problemas psicológicos: depresión y ansiedad y pensamientos negativos.

Como conclusión, el programa de prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios, basado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático favorece la disminución de los pensamientos negativos y la valoración de los acontecimientos vitales. Con relación a los síntomas, el programa mostró un impacto significativo en la disminución de síntomas depresivos y de ansiedad.

Como limitación del estudio, se considera la alta deserción de los participantes dado las limitaciones

no resueltas para realizar la evaluación pos-test (O2) en el tiempo establecido por los investigadores. Se considera que estas limitaciones se presentaron dado la prioridad que tienen los servicios de bienestar en la atención, enfocados en la programación y ejecución de múltiples actividades con los estudiantes y docentes, más que en la investigación. Por otro lado, se considera que el acceso a la población de estudiantes solo a través de los servicios de bienestar, limita la participación directa de los investigadores con los estudiantes luego de realizar el taller de prevención.

Referencia

- Amézquita, M.E., González, R.E. y Zuluaga, D. (2003). Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 32(4), 341-356.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition. DSM-5. Washington, D.C.: Autor.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales Texto Revisado*. DSM IV TR. Barcelona, España: Masson.
- Balanza, S., Morales, I. y Guerrero, J. (2009). Prevalencia de Ansiedad y Depresión en una Población de Estudiantes Universitarios: Factores Académicos y Sociofamiliares Asociados. *Clínica y salud*, 20(2), 177-187.
- Beck, A.T., Emery, G. y Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Bienestar Institucional, Universidad de San Buenaventura, Medellín (2012). *Informe Reporte de consultas 2012*. Medellín, USB.
- Bouteyre, E., Maurel, M. y Bernaud, J. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 23, 93-99.
- Camacho, P.A., Rueda-Jaimes, G.E., Latorre, J.F., Navarro-Mancilla, A.A., Escobar, M. y Franco, J.A. (2009). Confiabilidad y validez de la escala del Center Epidemiologic Studies-Depression en estudiantes adolescentes de Colombia. *Biomédica*, 29(2), Consultado en web el 17 de Marzo del 2010 en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572009000200011&script=sci_arttext
- Cámara, M. (2009). *Vulnerabilidad cognitiva al estrés en estudiantes universitarios*. Tesis Doctoral. Bilbao, España: Universidad de Deusto.
- Compas, B.E., Davis, G.E., Forsythe, C.J. y Wagner, B.M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 534-541.
- Congreso de Colombia (2011). Ley 1438.19 de enero del 2011. Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia: Congreso de Colombia.
- Congreso de Colombia (2013). Ley 1616 del 21 de enero del 2013. Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Bogotá, Colombia: Congreso de Colombia.
- Connor-Smith, J. y Calvete, E. (2004). Cross-cultural equivalence of coping and involuntary responses to stress in Spain and United State. *Anxiety, Stress, y Coping*, 17(2), 163-185.
- Derogatis, L. R. (2002). SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems. Adaptación española de J. L. González de Rivera et al. Madrid: TEA Ediciones.
- Elder, L. y Paul, R. (2000). Critical Thinking: Nine strategies for every-day life, Part II. *Journal of Developmental Education*, 24(2); 38 – 39.
- Ferrer, A. y Gómez, Y. (2004). *Evaluación e intervención en niños y adolescentes, investigación y conceptualización*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores.
- Gempp, R. y Avendaño, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia Psicológica*, 28, 39-58.
- Gómez, Y. y Arias, D.M. (2007). Propiedades psicométricas del cuestionario de pensamientos automáticos negativos y positivos (ATQ-RP) en población adolescente (pp. 13-34). En A. Jacobs Foundation, Hanbury, C. y Malti, T. (2011). *Seguimiento y evaluación de las habilidades para la vida orientadas al desarrollo para la juventud*. Zurich, Layout/Prepress/Printing
- González, V., Stewart, A., Ritter, P. y Lorig, K. (1995). Translation and validation of arthritis outcome measures into Spanish. *Arthritis and Rheumatism*, 38, 1429-1446.
- Gutiérrez, J.A., Montoya, L.P., Toro, B.E., Briñón, M.A., Rosas, E. y Salazar L.E. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *CES Medicina*, 24(1), 7-17.
- Jacobs Foundation, Hanbury, C. y Malti, T. (2011). *Seguimiento y evaluación de las habilidades para la vida orientadas al desarrollo para la juventud*. Zurich, Layout/Prepress/Printing
- Kendall, P.C. y Hollon, S.D. (1989). Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research*, 13, 81-93.
- Kendall, P.C., Howard, B.L. y Hays, R.C. (1989). Self-reference speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 193-213.
- Kendall, P.C. y Treadwell, K. R. (2007). The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 380-389.
- Londoño, N.H., Palacio, J. y Acosta, C. (2011). Predictores cognitivos, de personalidad y estrés para síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios y efectividad de un programa de prevención basado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático. Tesis doctoral. Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia.
- Maj, M., López-Ibor, J.J., Sato, M. y Okasha, A. (2006). *Detección temprana y manejo de los trastornos mentales*. Bogotá, Colombia: Noosfera Editorial.
- Millon, T. y Davis, R. (2000). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona, España: Masson.
- Millon, T. y Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Ministerio de la Protección Social (2005). *Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*. Cali, Colombia: C y C Gráficas Ltda.
- Organización Mundial de la Salud (2004a). *Prevención de los trastornos mentales*. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2004b). *Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica*. Informe compendiado. Ginebra, Suiza: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Informe sobre la salud en el mundo*. Ginebra, OMS. [En línea] Recuperado el 6 de Septiembre de 2009 de http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
- Orlandini, A. (1999). *El estrés, qué es y cómo evitarlo*. México, FC: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Park, C. L. y Adler, N. E. (2003). Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school. *Health Psychology*, 22, 627-631.
- Paul, R. y Elder, L. (2003). *La mini-guía para el pensamiento crítico. Conceptos y herramientas*. Dillon Beach, Foundation for critical thinking.
- Paul, R. y Elder, L. (2000). Critical thinking: nine strategies for everyday life, part I. *Journal of developmental education*, 24 (1), 40-41.
- Poveda, D.C. y Arroyave, P.A. (2014). Estado del arte de la estrategia universidades promotoras de salud en Colombia. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 10(1), 1-15. Consultado En:

www.tipica.org, Enero-Junio.

Radloff L.S. (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.

Radloff, L.S. y Locke, B.Z. (1986). The Community Mental Health Assessment Survey and the CES-D scale. En: Weissman M, Myers J, Ross C, editors. *Community surveys*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.

Romero, Y. y Ortiz, J. (2014). Revisión del Marco Normativo y Macrosocial para la promoción de la salud en el contexto universitario en Colombia. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 10(1), 16-32. Consultado En: www.tipica.org, Enero-Junio.

Tao, S., Dong, Q., Pratt, M. W., Hunsberger, B. y Pancer, M. (2000). Social support: Relations to coping and adjustment during the transition to university in the people's Republic of China. *Journal of Adolescent Research*, 15(1), 123-144.

Torres, Y. (2012). *Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012*. Medellín, Colombia: L. Vieco e Hijos Ltda.

Velásquez, A. (2012). *Equilibra tu vida*. Cali, DigiCaloColor S.A.S.

Vio, F. y Lange, I. (2006). *Guía para universidades promotoras de la salud y otras instituciones de educación superior*. Santiago: Ministerio de Salud.

Recibido: 10/06/2014
Última revisión: 14/05/2015
Aceite final: 20/05/2015

Nota de los autores:

Nora Helena Londoño A. - Dirección para contacto: nora.londono@usbmed.edu.co

Juan Carlos Jaramillo E. - Dirección para contacto: jjaramilloe@ces.edu.co