

RAE

1. **TIPO DE DOCUMENTO:** Trabajo de grado para optar por el título de PSICÓLOGA
2. **TÍTULO:** Diseño de un Programa de Prevención basado en la estrategia de Universidades Saludables
3. **AUTOR:** Juliana González Chacón
4. **LUGAR:** Bogotá, D.C
5. **FECHA:** Agosto de 2020
6. **PALABRAS CLAVES:** Prevención, Universidades Saludables, Servicios de salud en Universidades.
7. **DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO:** El objetivo principal de este proyecto fue diseñar los componentes de programa de prevención basado en la estrategia de universidades saludables dirigido a estudiantes de la universidad de San Buenaventura, sede Bogotá; para esto se elaboró inicialmente la estructura del programa basado en el modelo Precede-Procede, posteriormente se diseñaron los módulos de prevención en: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo (depresión), conducta suicida, consumo de alcohol, drogas y tabaco; y por último se elaboró la propuesta de la estrategia de marketing digital para dar a conocer e implementar el programa.
8. **LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:** Calidad de Vida
9. **METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio de tipo instrumental ya que fue encaminado al desarrollo de un tipo de material, en este caso el programa de Prevención.
10. **CONCLUSIONES:** Al implementar el programa “La san buena te cuida” se espera que la comunidad estudiantil pueda identificar los diferentes factores de riesgo asociados con conductas que afectan la salud tanto física como mental, por esto es de gran importancia que las estrategias planteadas en el presente documento sean implementadas con gran rigurosidad y que la facultad de Psicología en conjunto con el departamento de bienestar trabajen en conjunto para llevar a cabo las actividades que aquí se proponen y ampliar el alcance del programa. Se sugiere que para el desarrollo y la implementación de este programa se reúnan los directivos de la Facultad de Psicología, la vicerrectoría académica y el Departamento de Bienestar para identificar las políticas que sería necesario considerar al momento de implementar el programa, ya que el desarrollo exitoso de este depende en gran parte de la estructuración y recursos institucionales que se le asignen.

Diseño de un Programa de Prevención basado en la estrategia de Universidades

Saludables

Juliana González Chacón¹

Jorge Oswaldo González Ortiz, Ph.D.

Asesor de trabajo de grado



Universidad de San Buenaventura, Bogotá

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Programa de Psicología

15 de Mayo de 2020

¹ Estudiante de décimo semestre del Programa de Psicología de la Universidad de San Buenaventura, Bogotá. Informe final del seminario de trabajo de grado. La correspondencia concerniente a este documento puede ser enviada Jorge Oswaldo González, Facultad de Psicología de Psicología, Universidad de San Buenaventura. E-mail: jgonzalez@usbbog.edu.co

Tabla de contenido

Resumen 6

Objetivos 44

Objetivo General 44

Objetivos Específicos 44

Definición de Variables 45

Método 51

Tipo de estudio 51

Instrumentos 52

Ficha de datos sociodemográficos y académicos. (Ver Apéndice A). 52

AMAS-C: Escala De Ansiedad, Manifiesta En Estudiantes Universitarios. Adaptacion colombiana. 52

Escala de desesperanza de Beck (1988) 52

Inventario de Depresión de Beck-II. 52

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). 53

Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) 53

EVEA (Escala de Valoración del Estado de Ánimo) 54

Cuestionario ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) 54

APGAR Familiar 54

Test de Habilidades para la vida 55

Procedimiento 55

Consideraciones éticas 56

Resultados 57

Estructura del programa 58

Fase 1. Diagnóstico Social. 58

Fase 2. Diagnóstico epidemiológico. 59

Fase 3. Diagnóstico Comportamental y ambiental. 59

Diseño de los módulos 62

Tabla 1 56

Módulo de Prevención. Trastornos de Ansiedad 56

Tabla 2 71

Módulo de Prevención. Trastornos depresivos 71

Tabla 3 74

Módulo de Prevención. Conducta Suicida 74

Tabla 4 85

Módulo de Prevención. Consumo de tabaco, alcohol y SPA 85

Diseño de la propuesta de Marketing Digital 88

Elementos de diseño. 88

Imagen 1. Paleta de colores para el diseño de las piezas gráficas. 89

Imagen 2. Icono del programa “LA SANBUENA TE CUIDA” 89

Piezas digitales. 90

Imagen 3. Banner Web, aquí se mencionan los módulos de prevención que se trabajarán en el programa. 91

Imagen 4. Pieza informativa sobre el programa 91

Imagen 5. Pieza informativa sobre el módulo de Prevención de Trastornos de Ansiedad 92

Imagen 6. Pieza informativa sobre el módulo de Prevención de Trastornos Depresivos 92

Imagen 7. Pieza informativa sobre el Módulo de prevención de Conducta Suicida 93

Imagen 8. Pieza informativa sobre el Módulo de prevención de Consumo de Tabaco, Alcohol y SPA 93

Contenido. 94

Tabla 5 94

Parrilla de contenido 94

Discusión 99

Referencias 88

Apéndices 103

Apéndice A 103

Apéndice B 105

Apéndice C 106

Apéndice D 107

Apéndice E 111

Apéndice F 113

Apéndice G 115

Apéndice H 116

Apéndice I 121

Apéndice J 122

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue diseñar un programa de prevención “*LA SANBUENA TE CUIDA*” basado en la estrategia de Universidades Saludables dirigido a los estudiantes de la Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá. Se realizó un estudio de tipo instrumental ya que se diseñaron cada uno de los módulos que componen el programa y sus diferentes características. Se diseñó la estructura del programa basado en el modelo *Precede-Procede*, posteriormente se diseñaron los módulos de prevención de trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo (depresión), conducta suicida, consumo de alcohol, drogas y tabaco; y por último se diseñaron las bases de la estrategia digital que se deberá implementar para la promoción del programa. Se realizaron algunas recomendaciones para la implementación efectiva del programa presentado.

Palabras claves: prevención, Universidades Saludables, servicios de salud en universidades.

Abstract

The purpose of the present investigation was to design a program for the prevention of illnesses "*LA SANBUENA TE CUIDA*" based on the strategy of Healthy Universities aimed at students of the University of San Buenaventura, Bogotá. An instrumental study was carried out since each of the modules that make up the program and its different characteristics were designed. The structure of the program was designed based on the Precede-Procede model, later the modules for the prevention of anxiety disorders, mood disorders (depression), suicidal behavior, alcohol, drug and tobacco consumption were designed; and lastly, the foundations of the digital strategy to be implemented to promote the program were designed. Some recommendations were made for the effective implementation of the presented program.

Key words: disease prevention, psychoactive substances, Healthy Universities, health services in universities.

Diseño de un Programa de Prevención basado en la estrategia de Universidades

Saludables

La salud es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de un país y para la vida, tenemos el deber como personas y como ciudadanos, de preservarla, tanto a través del autocuidado, como a través del fomento de entornos y ambientes saludables (Villavicencio, 2013, sección de la Presentación, párrafo 3).

Históricamente han sido más los esfuerzos para curar la enfermedad que para prevenirla. En muchos escenarios se desconoce o se ignora la importancia de esta última, y en realidad su trascendencia y valor es tal que gracias a ella se fomentan estilos de vida saludables que incrementan y mantienen el bienestar y desarrollo social de las personas y determinan, en parte, su calidad de vida. Sin embargo, estos no nacen de una decisión individual aislada del contexto social, sino que dependen de hábitos, costumbres y conductas propias de una cultura, conductas que pueden ser modificadas a través de herramientas como la educación para la salud (Tobón & García, 2004) y estrategias como la de universidades saludables.

En primer lugar, la concepción que se ha tenido acerca de la salud ha ido cambiando a través del tiempo y conforme a la cultura. Es así como en el mundo griego existían dos corrientes diferenciadas: la escuela platónica y la escuela hipocrática. La primera atribuía la enfermedad a interpretaciones divinas bajo un principio no material (el alma divina o pneuma) que afectaba los órganos, es decir, la enfermedad era causada por castigo de los

dioses y se curaba por medio de cantos y rituales simbólicos (no con medicamentos). Por su parte, la escuela hipocrática, en oposición a dicha interpretación, desacralizó las enfermedades y propuso una causa natural para estas, planteando que el origen se encontraba en el medio externo y en la incidencia de las características personales. Hipócrates defendió la existencia de cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra; dicho esto, la salud y la enfermedad, así como el temperamento de cada persona, era consecuencia del equilibrio o desequilibrio de los humores (Lain, 1975).

No obstante, en la Edad Media, bajo la autoridad e influjo de la Iglesia Católica renació la interpretación mística de las enfermedades: se atribuían a la ira de Dios o a las hazañas del demonio. Mientras tanto, la medicina del mundo árabe señalaba seis principios que incidían en el mantenimiento de la salud o provocaban la enfermedad, a saber: el aire puro, la moderación en la comida y la bebida, el descanso y el trabajo, el sueño y la vigilia, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales (Díaz, 2010).

Pero no fue sino hasta la llegada del Renacimiento que, con el nuevo sistema capitalista y el avance cultural y científico, volvieron las enseñanzas de la escuela hipocrática y de la medicina árabe y se fomentó la investigación médica con el fin de obtener respuestas prácticas a los problemas de salud de ese entonces. No obstante, en el siglo XX la medicina y la biología se unieron más, lo que permitió que se conociera a profundidad sobre el sustrato material de las enfermedades, llegándose a la conclusión de que existen transformaciones en los órganos, tejidos y células que influyen en los procesos bioquímicos del organismo. Por consiguiente, al llegar el siglo XXI domina el paradigma genético respecto a las explicaciones y tratamiento de la enfermedad (Ibid., 2010).

En contraposición a esta mirada reduccionista frente a los problemas de salud, surgió un modelo desde las disciplinas sociales que propone una génesis multicausal, en otras palabras, que no interviene solo lo genético, sino que este interactúa con lo social y lo psicológico. A partir de aquí diversas disciplinas, en especial la psicología, han contribuido al campo de la salud, terreno antes exclusivo de la medicina (Morales, 1999).

En 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) en su Carta Constitucional define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 1), poniéndose en evidencia el nuevo paradigma biopsicosocial. La OMS es un organismo especializado que tiene como fin último “alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud” (p. 1), es por ello que algunas de sus funciones son: a) actuar como autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional, b) establecer y mantener colaboración eficaz con las Naciones Unidas, los organismos especializados, las administraciones oficiales de salubridad, las agrupaciones profesionales y demás organizaciones que se juzgue convenientes, c) ayudar a los gobiernos, a su solicitud, a fortalecer sus servicios de salubridad, d) proporcionar ayuda técnica adecuada y, en casos de emergencia, prestar a los gobiernos la cooperación necesaria que soliciten, o acepten; entre muchas otras actuaciones establecidas en su Constitución.

A pesar de que la OMS marcó un hito con su concepción de salud, pues por primera vez se la definía en términos positivos y se incluyeron las áreas mental y social, muchos autores, entre ellos Terris (citado en Salleras, 1985), no estuvieron de acuerdo con tal noción. Según el epidemiólogo estadounidense debería eliminarse la palabra “completo” de la definición de la OMS debido a que tanto la salud como la enfermedad no son absolutos, hay

grados. Asimismo, postula que la salud tiene un aspecto subjetivo y otro objetivo, siendo el primero el bienestar y, el segundo, la capacidad de funcionar. A la enfermedad también le adjudica un aspecto subjetivo (el malestar) y un aspecto objetivo (el que afecta la capacidad de funcionar). Por esta razón, Térris (1990), propone definir la salud como “un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (p. 15).

Del mismo modo, para Oblitas (2010) la salud es entendida como el bienestar físico, psicológico y social, que va mucho más allá del esquema biomédico, y abarca la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. “No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo” (p. 3). Por su parte, Gómez y Rabanaque (2000) señalan que la salud es considerada, *a priori*, como “uno de los grandes valores individuales y colectivos, al que las personas e instituciones dedican una parte importante de sus recursos, tanto materiales como intelectuales” (p. 3), dicho de otra forma, es un derecho que tienen las personas y que debe conservarse.

En la evolución de las distintas definiciones que se le ha dado a la salud se diferencian varios modelos que mantienen mayor o menor vigencia hoy en día. Entre estos cabe mencionar el modelo sobrenatural, donde la salud depende de fuerzas sobrenaturales; el modelo biológico, que explica la salud y la enfermedad a partir de cambios biológicos u orgánicos; el modelo ecológico-tradicional, que reconoce la influencia de una tríada: agente, huésped y medio ambiente; y finalmente, el modelo biopsicosocial, que maneja una

concepción holística de interrelaciones complejas y establece la salud-enfermedad en un marco de proceso multicausal (Acevedo, Martínez, & Estario, 2007).

El último modelo en mención reconoce que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo cual altera, a su vez, la vulnerabilidad del individuo ante los procesos patológicos. Este paradigma señala que la calidad del bienestar psicológico y físico depende de los hábitos de vida. Esto significa que, en efecto, las creencias, actitudes y hábitos cotidianos representan un aspecto vital en cuanto a salud y enfermedad (Oblitas, 2010).

Igualmente, existen más modelos de salud, como el propuesto por Heiby y Carlson en 1986 (citado en Oblitas, 2010), denominado modelo interactivo de conducta saludable. En este se distinguen tres tipos de variables independientes:

1. Las situacionales, en las que se encuentra el apoyo social que se recibe de otros, los modelos sociales a los que la persona se expone, las evaluaciones externas, entre otros factores que aumentan o suprimen conductas saludables.
2. Las personales, como las creencias, percepciones, motivaciones, etc., que influyen notoriamente en la adopción y mantenimiento de pautas saludables.
3. Las consecuencias anticipadas de las conductas saludables con relación a los costos y beneficios percibidos.

Un último modelo por resaltar, pero no por ello el menos importante, es el diseñado por Lalonde (1974), ministro canadiense de sanidad, modelo que, por cierto, se considera clásico para establecer los determinantes del estado de salud. Según Lalonde, el nivel de

salud de una comunidad está sujeto a la interacción de cuatro subsistemas o factores: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de asistencia sanitaria (Aguilar, 2001).

En primer lugar, la biología humana viene condicionada por la carga genética y los factores hereditarios; el medio ambiente hace referencia a los hechos externos al cuerpo sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control; por su parte, el estilo o los hábitos de vida pueden condicionar negativamente la salud, por ejemplo, con una alimentación inadecuada, consumo de sustancias nocivas, el sedentarismo, conductas de riesgo en sexualidad y adicciones, en otras palabras, los hábitos de vida sanos o insanos son uno de los principales condicionantes en el proceso de salud-enfermedad; y respecto al sistema de asistencia sanitaria, este es entendido como el conjunto de centros, recursos humanos, medios económicos y materiales, tecnologías, etc., supeditado por variables como la accesibilidad, eficacia y efectividad, buena praxis, cobertura, entre otros (Acevedo, Martínez & Estario, 2007).

Generalmente se piensa que la salud solo hace referencia a aspectos físicos, casi nunca se incluyen aspectos psicológicos y conductuales. Es importante resaltar que, además de la medicina, una de las disciplinas que se ha interesado en cuestiones de salud ha sido la psicología. En la Segunda Guerra Mundial, cuando se comenzaron a realizar intervenciones clínicas, los psicólogos percibieron que a veces los problemas mentales iban acompañados de problemas físicos. También la medicina iba aceptando esta idea, lo que hizo que con el tiempo se venciera la dicotomía físico-mental o mente-cuerpo planteada por Descartes. Fue entonces como empezaron a surgir técnicas de modificación de la conducta (con su respectivo

movimiento psicológico), y esto permitió que en años ulteriores se diera paso a la medicina conductual y a la psicología de la salud (Oblitas, Becoña, & Vázquez, 2000).

Sin embargo, fue hasta 1978 que se constituyó formal e institucionalmente esta última, cuando varias disciplinas de la psicología (como la social y la clínica) se reunieron para formar la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA) (Ibid., 2000). A partir de aquí se han propuesto diversas definiciones, siendo una de las más aceptadas por la división 38 de la APA (denominada Psicología de la Salud) la de Matarazzo (1980), quien la describió como: “el agregado de las contribuciones educativa, científica y profesional de la disciplina de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y disfunciones relacionadas” (p. 815).

Por su parte, Carrobles (1993) define a la psicología de la salud como una especialidad de la psicología que dirige su interés hacia los problemas de la salud y que tiene por objetivo prevenir la aparición de estos o rehabilitarlos, trabajando desde la metodología científica y teniendo en cuenta que uno de los determinantes de la salud y la enfermedad es el comportamiento.

Otra definición es la propuesta por León, Medina, Barriga, Ballesteros y Herrera (2004), quienes señalan que la psicología de la salud es una disciplina que busca “mejorar la salud de las personas sanas, evitar o eliminar la enfermedad y, cuando esta sea inevitable, reducir sus efectos sobre el bienestar personal” (p. 1). A esto se le suma la mejora de los

sistemas de vigilancia y cuidado de la salud, así como la formulación de políticas de salud con el fin de mejorar las condiciones de vida y la educación de las personas, reconociéndose de este modo el origen multifactorial de la salud y el trabajo intersectorial e interdisciplinar para tratar los temas de salud.

De acuerdo con Fusté-Escolano (citado en Oblitas, 2010), es sabido que existen diferencias individuales respecto a la susceptibilidad, respuesta y recuperación de la enfermedad. Hay personas que presentan una predisposición a padecer enfermedades víricas, mientras que otras, así se encuentren expuestas, permanecen sanas; de igual manera, hay personas que se recuperan rápido de las mismas enfermedades que a otras les causa más inconvenientes, incluso en diversos ámbitos de la vida. Tales diferencias individuales no son solo genéticas, pues, aunque es un predisponente de la enfermedad no es determinante de la misma; es aquí donde entran en juego factores psicosociales que interactúan con lo biológico para desencadenar o no la afección.

Uno de los aspectos psicosociales a destacar son los estilos de vida los cuales, sin duda, influyen en la consecución de una vida saludable o malsana. Tal como establece Gil Roales-Nieto (1998), los estilos de vida se definen como una moral saludable cuya responsabilidad recae sobre el individuo o sobre este junto con la administración pública, según el ámbito cultural. No es meramente cuestión de hábitos personales, sino que los estilos de vida están conectados con la forma en que una sociedad organiza el acceso a la información, a la cultura y a la educación. Dicho de otro modo, como menciona Fusté-Escolano (citado en Oblitas, 2010), es “una forma de vivir que tanto individual como colectivamente y de forma cotidiana, permite una mejora de calidad de vida” (p. 29).

Cuando se habla de calidad de vida, es preciso aclarar que no existe una única definición ni tampoco una sola forma de evaluarla. En 1995, Felce y Perry encontraron modelos conceptuales de calidad de vida y a los tres conceptos que había propuesto Borthwick-Duffy en 1992, adicionaron una cuarta. Así, la calidad de vida es definida como:

1. La satisfacción experimentada por la persona con sus condiciones vitales.
2. Calidad de vida como satisfacción con la vida.
3. La combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de vida de una persona junto con la satisfacción personal de esta.
4. La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por escala de valores, aspiraciones y expectativas personales (Gómez & Sabeh, s.f.).

Las condiciones de vida se determinan por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento y lugar determinado, y por el grado de desarrollo logrado por su comunidad; esto es, que tienen un sustrato físico natural, modificado por variables sociales, económicas y tecnológicas (Acosta, 2008). Dicho concepto es oportuno no solo para entender mejor lo que concierne a calidad de vida, sino que también ayuda a la comprensión del nacimiento de la salud pública.

Un antecedente directo de la salud pública es la construcción de casas con cañería, desagües y baños públicos por parte del imperio romano y su aporte a las políticas públicas a través de la institucionalización de hospitales y clínicas. Por otro lado, en la Edad Media se abre paso a la higiene colectiva puesto que el baño era necesario para conmemorar la

resurrección y se llevó acabo la difusión de los principios Hipocráticos y las ideas de Galeno que resumían la forma en la que se debía vivir y las reglas que había que guardar, sin embargo, las condiciones fueron distintas por la llegada de las traducciones de los tratados antiguos de medicina e higiene de los árabes. Cabe mencionar la relevancia de los musulmanes y su concepción de hospitales y políticas de subsidios a los enfermos hospitalizados. De la Edad Media surgieron muy pocos avances en salud pública, no obstante, durante este periodo nació el concepto de cuarentena que se sigue aplicando hoy en día con el fin de evitar la expansión de epidemias (Restrepo, 2001).

De acuerdo con la misma autora, en el Renacimiento se destaca a Fracastoro, quien es considerado como el primer epidemiólogo debido a la importancia que le da a las enfermedades epidémicas y sus mecanismos de transmisión. Asimismo, se menciona el descubrimiento de América y el gusto por el consumo de tabaco como los sucesos más negativos en la historia de la salud pública. Junto con lo anterior, existieron grandes cambios en el siglo XVIII, ya que se enfatiza sobre la importancia de la salud física y mental, además de la promoción de estas; a pesar de ello, se generaron movimientos diferentes creando así una corriente absolutista y autoritaria en la que el Estado debía hacer posible la salud por medio de leyes y regulaciones políticas. De igual forma, se destacan documentos con declaraciones, informes de conferencias y planteamientos que posibilitan la recolección de estrategias, mecanismos y principios que han facilitado la acción de la nueva salud pública.

Como se pudo evidenciar, la historia de la salud pública se enfoca en el poder, la política, el Estado, las instituciones y la profesión médica. Es una historia donde la medicina pública intenta ofrecer soluciones a enfermedades del mundo moderno y donde los problemas

de salud no son individuales sino colectivos, en otras palabras, desde la salud pública se estudian las acciones políticas para preservar o restaurar la salud colectiva a partir de evaluaciones epidemiológicas que conllevan a iniciativas de parte del Estado o de algunos sectores de la comunidad misma (Armus, 2012).

Una definición amplia sobre salud pública es la propuesta por Winslow (1920) quien, en primer lugar, la precisa como ciencia y arte; además, incluye en su concepto tanto la prevención de enfermedades como el fomento de la salud y la eficiencia física y mental, todo lo anterior organizado por una comunidad para el saneamiento del medio, el control de las infecciones transmisibles, la educación en higiene personal, la organización de los servicios médicos y de enfermería para un diagnóstico temprano (prevención primaria) y, por último, el desarrollo de un mecanismo social que garantice a cada persona un nivel de vida digno en pro de la conservación de la salud.

En 1990, Milton Terris realizó una adaptación de la definición de Winslow, declarando que la salud pública es:

La ciencia y el arte de prevenir las dolencias y las discapacidades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las enfermedades infecciosas y no infecciosas, así como las lesiones; educar al individuo en los principios de higiene personal, organizar los servicios para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y para la rehabilitación, así como desarrollar la maquinaria social que le asegura a cada

miembro de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud (Acosta, 2008, p. 15).

Otra definición de salud pública que, a propósito, incluye los mismos elementos que propone Winslow, es la ofrecida por Hanlon (citado en Álvarez & Kuri, 2018), quien menciona que la salud pública “se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados” (Capítulo 4), esto con el fin de contribuir al desarrollo del individuo y de la sociedad.

Por su parte, Frenk (1992) establece que el término salud pública tiene muchos significados ambiguos. En la historia se han destacado cinco definiciones: la primera hace una analogía entre el adjetivo “pública” y la acción gubernamental, es decir, el sector público; la segunda incluye tanto la participación del gobierno como de la comunidad, es decir, el “público”; la tercera hace referencia a los servicios no personales de salud incluyendo aquellos que se aplican al ambiente, como el saneamiento, y los que se aplican a la colectividad, como la educación para la salud; la cuarta definición va más allá del anterior debido a que le agrega una serie de servicios personales con fines preventivos dirigidos a grupos vulnerables; y la quinta manifiesta que la expresión “problema de salud pública” se usa informalmente para hablar sobre padecimientos de alta frecuencia o peligrosidad.

Dentro de las diversas definiciones de salud pública existentes, además de las mencionadas, cabe destacar finalmente la que propone la Organización Panamericana de la Salud (OPS). De acuerdo con la OPS y la OMS (2002), la salud pública “es el esfuerzo

organizado de la sociedad, principalmente a través de sus instituciones de carácter público, para mejorar, promover, proteger y restaurar la salud de las poblaciones por medio de actuaciones de alcance colectivo” (p. 47).

Según Restrepo (2001) entre las disciplinas de la salud pública se encuentran: la Política Social, la Educación, la Sociología, la Psicología, la Epidemiología, la Comunicación, el Mercadeo Social, la Filosofía y la Economía. Respecto a la psicología, como lo menciona Arrivillaga (2009), es una disciplina de múltiples objetos con bases epistemológicas distintas, pero lo que une a los distintos objetos es su carácter individual y privado, en contraste con lo colectivo y público, lo que permite una integración entre esta disciplina y la salud pública.

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante que la psicología, como disciplina científica y aplicada, participe en la construcción de modelos conceptuales y el desarrollo o diseño de estrategias que favorezcan la salud y el bienestar de las poblaciones (Lotion, 1991). La psicología tiene el imperativo ético de reducir el sufrimiento humano, promoviendo la calidad de vida y la búsqueda del desarrollo óptimo tanto en individuos como en colectividades (Arrivillaga, 2009).

En el nuevo orden global, “la creación de bloques económicos, la reducción del aparato estatal, la democratización creciente de nuestras sociedades, la explosión tecnológica y la revalorización de lo social” son ejes centrales en la toma de decisiones y en las políticas sociales del Estado y la comunidad, de manera que se logre dar respuesta a las demandas contemporáneas (OPS, 2000).

Con el fin de impulsar el desarrollo conceptual de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), en Enero de 1997 el Consejo Ejecutivo de la OMS decidió realizar un estudio internacional por medio de la técnica Delphi con el fin de redefinir el concepto de FESP y así lograr obtener un consenso internacional sobre las características principales de estas funciones; para este estudio se consultaron tres rondas consecutivas 145 expertos en salud pública de diferentes nacionalidades (Muñoz et al., 2000).

Las FESP establecidas son, a saber:

1. Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.
2. Monitoreo de la situación de salud.
3. Promoción de la salud.
4. Salud ocupacional.
5. Protección del ambiente.
6. Legislación y regulación en salud pública.
7. Gestión en salud pública.
8. Servicios específicos de salud pública.
9. Atención de salud para grupos vulnerables y poblaciones de alto riesgo (Muñoz et al., 2000, p. 128).

Para el presente trabajo de grado es pertinente profundizar sobre la primera función esencial de la salud pública: Prevención, vigilancia y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles. En cuanto a la prevención de la enfermedad, la OMS (citada en Vargas, Villegas, Sánchez & Holthuis, 2003) la define como las “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (p. 45). De acuerdo con estos autores, antes que nada, para la reducción de los factores de riesgo de una enfermedad, es necesario identificar las causas; lo anterior, partiendo de que la enfermedad está condicionada por diversos factores que influyen sobre el individuo y que son modificables.

En la década de los 50, Leavell y Clark (citados en Blanco & Maya, 2005) propusieron tres niveles de prevención que hasta nuestros días son utilizados: la prevención primaria, que comprende la promoción de la salud y va orientada a proteger poblaciones vulnerables frente a los factores que puedan perjudicar su salud; la prevención secundaria, la cual incluye tanto el diagnóstico precoz como el tratamiento oportuno y la prevención de secuelas. En este nivel se realizan intervenciones en la etapa presintomática para impactar en las etapas iniciales de la enfermedad y así evitar complicaciones. Por último, la prevención terciaria, que se utiliza para reducir el daño, evitar secuelas y muertes prematuras. Este nivel se vincula con la rehabilitación física, psicológica, social y laboral.

De acuerdo con Flórez, (2007):

Para incorporar la dimensión psicológica al campo de la promoción y de la prevención en salud, lo primero que se debe hacer es identificarla con precisión, reconocer su naturaleza, y valorar el aporte que esta dimensión le agrega a las demás dimensiones (biológica, social, cultural) para obtener resultados de salud en la población (p. XVIII).

Desde la psicología se brindan numerosos modelos que, para fines prácticos y de organización, se dividirán en cuatro categorías: modelos conductuales, modelos cognitivos, modelos cognitivos-conductuales y modelos cognitivos-sociales. Dentro de los modelos conductuales se puede mencionar el Modelo de información-motivación-habilidades conductuales (Fisher & Fisher, citado en Barra, 2001) el cual postula que la información de salud, la motivación para actuar según esta información y las habilidades conductuales para actuar, son determinantes de la iniciación y mantenimiento de las conductas de salud. Dicho esto, utilizar este modelo implica identificar los contenidos específicos de información, motivación y habilidades conductuales para una conducta de salud específica en una población específica.

Otro modelo conductual es el de Aproximación de Procesos a la Acción Saludable (HAPA) (Schwarzer, 1995) que distingue entre una fase motivacional del cambio (metaintención), una fase de preacción del cambio (planificación) y una fase volitiva o de control de la acción, en la que se evidencia el inicio, el mantenimiento o la recuperación de la acción. En este modelo, el principal proceso psicológico es la autoeficacia, que varía en cada una de las fases.

Asimismo, dentro de esta categoría se destaca la Teoría del Control de la Acción (TCA) (Kuhl, 1985) y la Teoría del Rubicón de las Fases de la Acción (TRFA) (Heckhausen, citado en Flórez, 2007) los cuales diferencian entre los procesos psicológicos que intervienen en la toma de decisiones y los que hacen parte de la consecución de la meta. La TCA analiza en especial los procesos volitivos necesarios para superar las contingencias situacionales que deben resolverse para lograr la meta. Además, le da importancia a los procesos de control conductual, imprescindibles en la fase posterior a la toma de decisiones.

Por su parte, el modelo Prisa-No (Flórez, 1997) se utiliza para programas de autocontrol con el fin de modificar algún aspecto del comportamiento (alimentación, ejercicio, estrés, etc.). Los componentes de este modelo son: Planteamiento del problema y propósitos específicos, Recolección de información, Identificación del patrón de comportamiento, búsqueda de Soluciones, Adopción de una solución, Nivelación de los resultados y, posteriormente, Orden sobre decisiones de cambio.

Por otra parte, dentro de los modelos cognitivos se puede señalar el Modelo de creencias de salud (Sheeran & Abraham, 1995) que propone las creencias individuales como lazo que une a los factores sociales externos con la probabilidad de llevar a cabo un determinado comportamiento saludable. Dichas creencias son evaluaciones que hace la persona sobre diferentes eventos y determinan si la conducta saludable es atractiva o no. Por otro lado, la Teoría de Motivación a la Protección (TMP) (Rogers, 1975) sugiere que la motivación es un factor antecedente al proceso conductual de afrontamiento de la amenaza y que esta motivación surge como resultado de dos evaluaciones cognitivas, la evaluación de amenaza y la evaluación de afrontamiento.

Por el contrario, según Witte (1992), autora del Modelo de Procesamiento Paralelo Extendido (MPPE), la TMP solo sirve para la predicción de los casos en que el afrontamiento es exitoso y efectivamente se realiza la conducta adaptativa; en otras palabras, cuando la interacción entre la evaluación de amenaza y la evaluación de afrontamiento favorece la solución del problema. La autora señala que este modelo solo muestra un aspecto del afrontamiento, pero no se refleja el proceso de control del miedo.

De acuerdo con el MPPE, cuando la persona no controla la amenaza mediante el afrontamiento de solución de problemas, resulta en un proceso de control del miedo que nace de la amenaza mediante acciones propias de un afrontamiento emocional. Es por esto que el MPPE añade dos constructos: motivación protectora y motivación defensiva, que a su vez subyacen en dos procesos, proceso de control de la amenaza y proceso de control del miedo. Es decir, el MPPE destaca el papel motivacional del miedo que, en determinado grado, conduce a una acción (Witte, 1992).

En el caso del Proceso de Adopción de Precauciones (PAP) (Weinstein, 1988) que se entendería como prevención, se habla de un modelo cognitivo que plantea la adquisición de una conducta saludable por medio de cinco etapas que, a su vez, están sujetas a la percepción que tiene la persona de la severidad de un riesgo y su vulnerabilidad personal frente al mismo. Las etapas que comprende el modelo son, en primer lugar, la etapa de Susceptibilidad, donde la persona tiene información sobre el riesgo para la salud; luego, en la etapa de Severidad, se tiene información acerca de la probabilidad significativa del riesgo para los otros; en la etapa de Efectividad se reconoce la susceptibilidad personal al riesgo; en la etapa de Decisión

Personal se lleva a cabo la acción y, por último, en la etapa de Acción, la persona realiza la conducta saludable.

Respecto a los modelos cognitivo-conductuales cabe mencionar el Sistema Cognitivo-Afectivo de Personalidad (CAPS) (Mischel & Shoda, 1995) y el Modelo transteórico del comportamiento en salud (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994). El primero permite entender la interacción entre la personalidad y variables psicológicas como las creencias, expectativas, decisiones y planes de acción, para determinar el curso del desarrollo de un comportamiento saludable complejo. Reconoce que las consistencias o estabilidades se evidencian en la interacción entre las situaciones en que la persona se comporta y el comportamiento *per se*. Según los autores de este modelo, las unidades que conforman los CAPS son: los códigos personales o esquemas cognoscitivos, que sirven para establecer categorías sobre sí y el mundo; las expectativas y creencias (incluyendo las de autoeficacia); los afectos y emociones (incluyendo las respuestas fisiológicas); las metas y los valores; y por último, las competencias o habilidades, los planes y las habilidades autorregulatorias.

En cuanto al Modelo Transteórico del comportamiento en salud (Prochaska, Norcross & DiClemente, 1994), este tiene una mirada multidimensional al cambio incluyendo las etapas, los procesos y las variables psicosociales intermediarias de este. Las etapas del cambio representan la temporalidad de los cambios, los procesos del cambio son las actividades que realiza la persona para modificar la conducta o la cognición deseada, y las variables psicosociales hacen referencia a las tentaciones, la autoeficacia y los balances decisionales.

Finalmente, el último grupo de la clasificación propuesta es la de los modelos cognitivo-sociales. Uno de ellos es el Modelo de la Acción Razonada (TAR) (Fishbein & Ajzen, 1975) la cual señala que las personas, a partir del análisis que hacen sobre la información disponible, toman decisiones que afectan su conducta. Se plantea que las actitudes están determinadas por las creencias y que estas actitudes (hacia la conducta y hacia los pares o normas subjetivas) determinan, al mismo tiempo, las intenciones conductuales. No obstante, al exponer que la conducta está bajo el control de la intención y que esta depende de las actitudes, se dejan de lado los comportamientos que requieren habilidades especiales, recursos u oportunidades, que no siempre están a disposición de la persona.

Lo anterior llevó a que se creara un tercer factor, el control conductual percibido, lo que hizo que el modelo incluyera la Teoría de Acción Planeada (TAP) (Ajzen, 1985). De acuerdo con la TAP, la percepción de control que tiene la persona sobre los requisitos necesarios para la ejecución de la conducta depende de sus creencias sobre el acceso a dichos recursos y sobre el potencial de estos para facilitar o no la ejecución. Con la inclusión de este factor se abarcan no solo los comportamientos voluntarios sino aquellos que no dependen de esta voluntad individual, que son, de hecho, la mayoría de los comportamientos saludables.

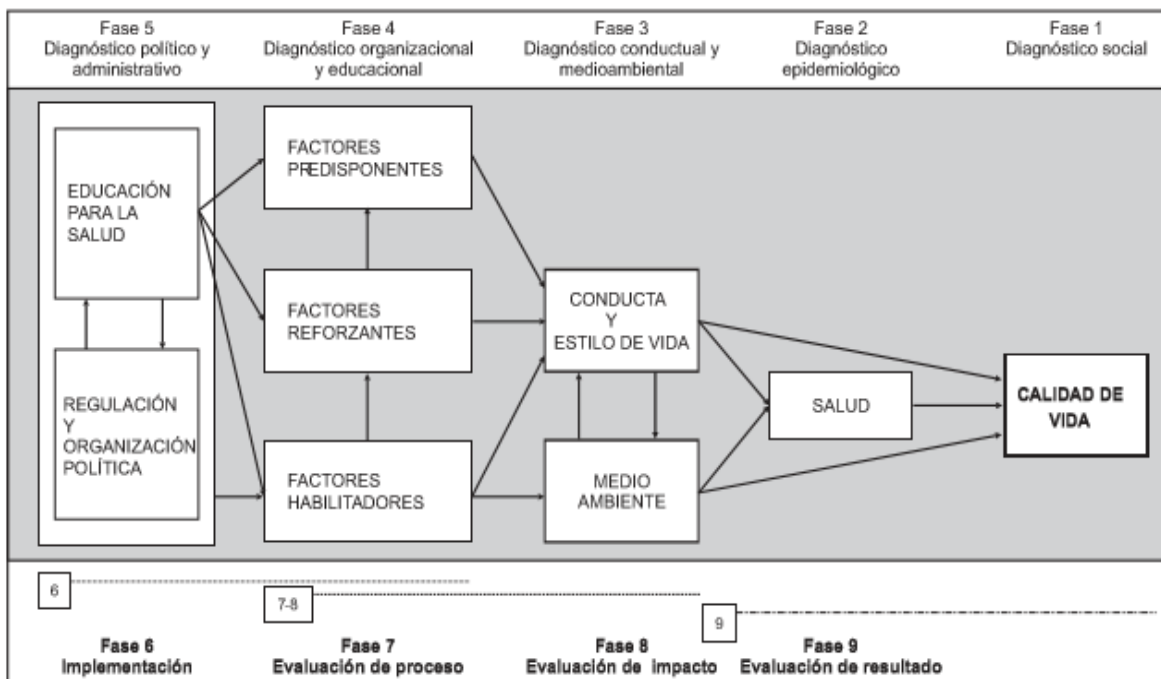
Finalmente, dentro de esta categoría se encuentra la Teoría de la autoeficacia (Bandura, 1977), creada como modelo unificador para explicar el cambio conductual. Este define la expectativa de autoeficacia como la convicción que tiene la persona sobre su capacidad para llevar a cabo una conducta que produzca un resultado. Lo anterior da pie al inicio de un proceso de afrontamiento, determina la cantidad de esfuerzo que se va a invertir y el mantenimiento de la acción a pesar de los obstáculos presentados. Esto se observa solo

cuando se tienen las habilidades requeridas para la acción y esta conlleva al incentivo deseado. Bandura propone la experiencia vicaria, la persuasión verbal y los estados fisiológicos como tres fuentes generadoras de autoeficacia, además de la experiencia misma del individuo. Por su parte, la expectativa de resultado es la evaluación que hace la persona sobre si una conducta puede llevar o no al resultado esperado.

Por último, es preciso destacar el modelo Precede-Procede (Green & Kreuter, 1991) ya que es una herramienta que sirve para elaborar un diagnóstico amplio teniendo en cuenta diversos determinantes de la salud y al mismo tiempo permite la participación activa de la población. Igualmente, desde este modelo es posible diseñar estrategias de intervención pertinentes según los factores que influyen en la salud de grupos específicos.

Según González, Grijalva, Montiel y Ortega (2018), el modelo Precede-Procede (o Preceed-Proceed, en inglés) propone que “la salud y las conductas están determinadas por elementos biológicos, ambientales y de estilos de vida” (p. 5). Se trata de un modelo de Educación para la Salud que agrupa la participación de múltiples disciplinas. Dado que la salud y los riesgos en salud están determinados por más de un factor, es menester un apoyo multidimensional y multisectorial con el fin de generar acciones efectivas (García, Owen & Flórez, 2005).

Además, este modelo hace hincapié en el intento de “empoderar a los individuos a través de la reflexión, motivación y desarrollo de habilidades para manejar los factores predisponentes, facilitadores y capacitadores, y así solucionar los problemas de salud de la comunidad y mejorar su calidad de vida” (González, Grijalva, Montiel & Ortega, 2018, p. 5), tal como se evidencia en la siguiente gráfica.



Gráfica 1. Fases propuestas por el modelo Precede-Procede para el diseño de un programa de educación para la salud que se utilice en actividades de promoción o de prevención (Adaptado de Green & Kreuter, 1991, p. 44).

En la gráfica anterior también se muestran las fases que comprende el modelo, siendo el punto de partida la fase de *diagnóstico social* (fase 1 de Precede) donde se analiza la situación actual de calidad de vida de la población. A continuación sigue la fase de

diagnóstico epidemiológico (fase 2 de Precede), en la cual se ligan los problemas de salud con decisiones que contribuyan a la mejora de la calidad de vida; posterior a esto sigue la fase de *diagnóstico conductual y medioambiental* (fase 3 de Precede), que sugiere priorizar factores conductuales y ambientales relacionados con los problemas de salud; la fase de *diagnóstico organizacional y educacional* (fase 4 de Precede), donde se seleccionan algunos factores predisponentes, capacitantes y reforzantes para ser modificados de modo que se obtengan cambios en el comportamiento y en el medio ambiente que contribuyan al logro de los resultados epidemiológicos deseados (Flórez, 2007).

La fase que prosigue es la de *diagnóstico político y administrativo* (fase 5 de Precede), en la cual se toman decisiones para la ejecución de los programas teniendo en cuenta la cultura organizacional, las políticas institucionales sobre la promoción de la salud y los recursos disponibles para el desarrollo de las acciones educativas. Las últimas fases (de Precede) corresponden al “periodo de *implementación* de un programa (fase 6), e implica la realización de una *evaluación* permanente del *proceso de ejecución* del programa (fase 7), de su *impacto* a corto y mediano plazo (fase 8), y de su *resultado* a largo plazo (fase 9)” (Flórez, 2007, p. 27).

Según la OMS (1986):

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. El cuidado del prójimo, así como el planteamiento holístico y ecológico de la vida, son esenciales en el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud (pp. 3-4).

Como se ha podido evidenciar a lo largo de este marco, las diferentes estrategias de prevención son fundamentales para alcanzar un estado de salud y bienestar óptimos, trabajando en la mejora de los determinantes de la salud como los estilos de vida y entornos saludables (Fernández, 2006).

Respecto a los entornos saludables, son más atractivos los escenarios donde las actuaciones se puedan realizar de forma integral y se facilite la inserción de estrategias, como es el caso de las ciudades o municipios; allí las comunidades tienen mayor capacidad de influir en los cambios que los pueden llevar a una mejor calidad de vida. De ahí que se hable de ciudades saludables, pueblos saludables, barrios saludables, comunidades saludables y espacios saludables que incluyen regiones sanitarias, mercados, lugares de trabajo, prisiones, hospitales, escuelas y hasta universidades donde se busca crear una nueva cultura de la salud (Restrepo & Málaga, 2001).

Las Ciudades Saludables tuvieron su origen en el año 1984 en Toronto, Canadá, promovidas por la OMS como necesidad de aplicar los principios de la promoción de la salud a nivel local. “Este proyecto tenía como finalidad fomentar la salud de las ciudades, de su medio ambiente y de sus habitantes, contando como recursos fundamentales la creatividad de los gobiernos locales y la participación de la comunidad, propiciando una acción multisectorial en salud” (Acosta, 2008, p. 20).

Conforme al Ministerio de Salud de Colombia (2017), el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 fue el primer instrumento jurídico en el país en hablar de las Ciudades Saludables como “una estrategia para generar hábitos de vida saludable y mitigar la pérdida de años de vida saludable por condiciones no transmisibles” (p. 14).

Según Restrepo y Málaga (2001), en lo que respecta al escenario educativo se ha consolidado en especial el movimiento de Escuelas Saludables, organizado en los años 80 por la OMS en Europa, extendido ya en muchos países bajo el liderazgo de la OMS y la OPS. “Para los trabajadores de la salud se abre así mismo un nuevo campo de trabajo que facilita el cumplimiento de objetivos de educación para la salud, y de incremento de la responsabilidad social en sectores diferentes al de la salud” (p. 45). Por extensión del concepto de escuelas, surgieron las universidades saludables (US) alrededor del mundo.

De acuerdo con la OPS (s.f.), las universidades saludables “se basan en los principios de ciudades saludables escuelas promotoras de la salud, que priorizan iniciativas de promoción de la salud, dirigidas a la Universidad como entorno, más que como estrategias de cambio de hábitos de cada persona en particular”.

Las US brindan un entorno donde hay oportunidad de disfrutar de una alimentación sana y existe la posibilidad de practicar actividad física con frecuencia. Del mismo modo, se otorga gran valor a aspectos psicosociales como el respeto, la solidaridad y la no violencia entre y dentro de cada estamento de la comunidad universitaria; desaniman el consumo de drogas y se preocupan por la seguridad de sus miembros (Lange & Vio, 2006).

Las acciones de la de la salud en el ámbito de la educación superior comprenden el desarrollo de:

1. Normativas y políticas institucionales para propiciar ambientes favorables a la salud.
2. Acciones de formación académica profesional en promoción de la salud y educación para la salud, y otras modalidades de capacitación a la comunidad universitaria.
3. Acciones de investigación y evaluación en promoción de salud.
4. Acciones de educación para la salud, alfabetización en salud, y comunicación para la salud y el desarrollo.
5. Oferta de servicios preventivos, cuidado y promoción de la salud.
6. Opciones de participación para el desarrollo de habilidades, liderazgo y abogacía en salud entre los integrantes de la comunidad universitaria.
7. Acciones con alcance familiar y comunitario.
8. Otras instancias institucionales y sociales de promoción de la salud, basadas en el reconocimiento e imperativos del enfoque de los determinantes sociales de la salud, que

contribuyan a la salud, al cambio social, al bienestar y a la calidad de vida de la comunidad universitaria y el ambiente externo (OPS, s.f.).

La primera Conferencia Internacional de Universidades Promotoras de Salud (UPS o Universidades Saludables-US) se dio en Lancaster, Inglaterra, en el año 1996, auspiciado por la OMS. Años más tarde, en el 2007, se constituyó oficialmente la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS) en la ciudad de Juárez, México, como parte de los resultados del III Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud en esa ciudad. Sin embargo, la secretaría técnica para los países de las Américas se encuentra en el Centro colaborador de la OPS/OMS de la Universidad de Puerto Rico. Cada dos años se realizan encuentros de las universidades comprometidas con la promoción de la salud e intercambian experiencias (Ibid., s.f.).

La RIUPS (2007), en su carta constitutiva (Artículo 4) estableció las siguientes funciones, a saber: participar en la organización de las reuniones internacionales bianualmente, promover el reclutamiento y la adhesión de nuevas UPS como miembros de la RIUPS, mantener la documentación de las reuniones y actividades de las UPS, vigilar el cumplimiento de los criterios para ser una UPS, proveer apoyo para el monitoreo y evaluación de las experiencias de las UPS, y finalmente, disseminar las experiencias y lecciones aprendidas con las UPS (p. 3).

A nivel nacional, en el año 2010 se creó la REDCUPS (Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior y Universidades Promotoras de Salud), que nace inspirada precisamente por el movimiento internacional de Universidades Promotoras de

Salud con el fin de dar paso a lo establecido en la Carta de Ottawa de 1986. Es, en otras palabras, una Red coordinada por las IES y Universidades, que hace alianzas estratégicas con otras entidades que comparten el mismo objetivo sin perder autonomía ni orientación a favor de la promoción de la salud. Dentro de sus retos se plantearon avanzar en el tema de la PS, proyectarse como país a nivel internacional, optimizar recursos en beneficio de la formación y cualificación de procesos y, además, avanzar en un proyecto común que permita fortalecer la posibilidad de aportar desde las universidades a la salud del país (REDCUPS, s.f.).

Como se mencionó antes, hay universidades que se han interesado en crear proyectos orientados a trabajar sobre los estilos de vida y el entorno, y han diseñado programas para la comunidad universitaria a propósito de la promoción de la salud.

De acuerdo con un estudio realizado por Lederer y Oswalt (2017), los estudiantes universitarios estadounidenses son vistos como una población prioritaria única y los campus universitarios son ideales para promover y proteger la salud y el bienestar de estos. Se destaca que es necesario trabajar más para avanzar en la distribución de información investigativa y la práctica de la salud en la universidad, puesto que se encuentran estudios en los que los participantes hacen parte de una muestra por conveniencia cuando deberían ser considerados su propio contexto de desarrollo, sus necesidades y su entorno para posteriormente implementar estrategias de promoción y prevención personalizadas.

Martínez y Balaguer (2016) realizaron un estudio sobre la experiencia de un modelo de UPS en la Universitat de Catalunya, España. Este fue creado para promover una universidad más saludable por medio de intervenciones, programas, evaluación, formación e

investigación en salud en todas las políticas. Se buscó cambiar la distribución poblacional de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Para ello se identificaron los factores facilitadores del entorno para las conductas saludables (como la dieta y la actividad física) y/o de riesgo (consumo de tabaco, alcohol, etc.); así como de los factores reforzadores y predisponentes de las conductas. Además, se trabajó en conjunto con el Vicerrectorado y la Dirección de Comunicación para acceder a la comunidad universitaria en su totalidad. Los autores encontraron que el modelo resulta útil en cuestión de promoción de la salud en la cultura universitaria, sus políticas y planes de estudio.

Por su parte, Sánchez y De Luna (2015) en un estudio que realizaron sobre hábitos de vida saludable en universitarios españoles encontraron que los jóvenes tienen una alta presencia de creencias favorables sobre estos pero no los practican. En general, no tienen buenos hábitos alimentarios, pues consumen dietas con alto contenido calórico, además, no practican ejercicio físico, tienen un elevado consumo de alcohol, tabaco y marihuana; y en cuanto a la sexualidad, a pesar de que existen creencias, información y motivaciones que podrían favorecer prácticas más sanas, los estudiantes no las tienen y se exponen.

En la investigación realizada por Martínez et al. (2018) se revisó la sección de Universidad Saludable de la página web de la Universidad de Alicante, la Universidad Miguel Hernández, la Universidad de Valencia, la Universidad Politécnica de Valencia y la Universidad Jaume I. Del mismo modo, fueron entrevistados distintos informadores clave con el fin de analizar las actividades sobre promoción de la actividad física (AF) desarrolladas por las universidades mencionadas y evaluar la necesidad de implantar un servicio de AF dentro del ámbito universitario. Se encontró que estas universidades

establecen estrategias que ayudan a la adquisición de prácticas y hábitos saludables por medio de la realización de diversos talleres y cursos de formación dirigidos hacia el aprendizaje de la importancia que tiene la AF sobre la salud y la implementación de dichos hábitos. Sin embargo, los entrevistados reportan que dichas actividades no resultan suficientes para que la población logre un estado completo de bienestar, salud y calidad de vida.

En la Universidad de Chile se implementaron centros de documentación y se llevaron a cabo seminarios y reuniones para incorporar el concepto de Promoción de la Salud en los programas de pregrado y postgrado. Otra experiencia en Chile es la Red Universitaria de Promoción y Autocuidado, la cual trabaja actividades dirigidas hacia estudiantes de educación superior respecto al uso y abuso de drogas, VIH/SIDA, tabaco y alcohol. Por otra parte, se promueve la reducción del hábito de fumar y la práctica de deportes dentro de la universidad; se distribuye material educativo, dictan talleres y charlas sobre alimentación, actividad física, tabaco y consumo de otras sustancias. Algunas universidades manejan temas como el embarazo no deseado, programas de desarrollo personal, el estrés en estudiantes y el personal (Lange & Vio, 2006).

En un estudio experimental realizado por Prado y Celinda (2015) en la Universidad Peruana de Ciencias e Informática, se da cuenta de los efectos del programa Personal Resources Management (PRM) en la inteligencia emocional de 48 estudiantes dentro del marco de Universidades Saludables. El programa se aplicó solo al grupo experimental y se produjeron efectos significativos en los componentes intrapersonal, interpersonal y adaptabilidad de la inteligencia emocional. Empero, no se obtuvieron los efectos esperados en los componentes de manejo de estrés y estado de ánimo.

En otra investigación realizada en Perú, esta vez en la Pontificia Universidad Católica del Perú, se analizaron y describieron las prácticas de salud de 155 estudiantes en sus primeros años de estudio. Como resultado se obtuvo que la mayoría de los alumnos presentan conductas saludables, no obstante, hay porcentajes significativos de alumnos que presentan algunas conductas de riesgo como la poca o nula actividad física, escaso o nulo cuidado preventivo de su salud, poco consumo de agua, frutas y verduras, consumo excesivo de alcohol y consumo de tabaco (Becerra, 2016).

De igual manera, en una investigación llevada a cabo por Bastías y Stiepovich (2014) sobre los estilos de vida de estudiantes universitarios iberoamericanos, se encontró que son vulnerables comparados con la población general, y lo que es más preocupante, son personas que tienen el conocimiento sobre las conductas que son favorables para su salud, sin embargo, no perciben el riesgo y son quienes menos efectúan dichas conductas. Los porcentajes varían según el país, pero existen constantes en todos los grupos. Por ejemplo, el sobrepeso y la obesidad es mayor en hombres que en mujeres, especialmente en Brasil, y considerando todo el grupo es mayor en España, Colombia y Chile; respecto a la actividad física, se muestra una alta prevalencia de sedentarismo en República Dominicana y en algunas ciudades chilenas; el consumo de alcohol y tabaco es alto y similar en los grupos estudiados, mientras que el consumo de drogas presenta un bajo porcentaje en general, excepto en Colombia, donde el consumo es mayor que en estudiantes chilenos o españoles.

De acuerdo con Haro, Lescay y Arguello (2016), en Cuba se prepara a las nuevas generaciones para que adopten conductas para el cuidado de la salud individual y colectiva como parte de su formación integral de la personalidad, lo cual favorece a su vez el desarrollo

de habilidades y hábitos para adquirir estilos de vida saludables. Esto se establece en el Sistema Educativo Cubano a través de los contenidos de salud del currículo y en la labor formativa de la institución escolar junto con las agencias socializadoras.

Pacheco, Michelena, Mora y Miranda (2014) estudiaron la calidad de vida y su relación con la salud en estudiantes universitarios cubanos, encontrándose que el 32,9% de la muestra percibe que tiene una calidad de vida menos favorable de forma general y que las personas con sobrepeso se ven cuatro veces más afectadas en su calidad de vida. Además, se observó que el determinante de salud que se ve más alterado en los estudiantes es la biología humana, no obstante, aquellos que tuvieron una percepción desfavorable presentaron mayores manifestaciones clínicas de enfermedades, hábitos tóxicos y uso inadecuado del tiempo libre o problemas docentes.

Ocaña (2016) llevó a cabo un estudio comparativo de la construcción de una UPS en la Pontificia Universidad Católica del Ecuador (PUCE) y la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia (PUJ). En dicha investigación se observó que el rol que tienen los estudiantes en cuanto a su participación es distinto en ambas universidades, esto es, en el caso de la PUCE, los estudiantes tienen un rol pasivo, mientras que en la PUJ los estudiantes tienen un rol activo. La primera universidad en mención no ha implementado estrategias gubernamentales que permitan alcanzar el propósito de ser saludable; además no implementan un modelo participativo, puesto que realizan actividades estudiantiles aisladas “dependientes de voluntades individuales y no institucionales” (p. 15). Por su parte, la PUJ implementa estrategias para que los estudiantes participen tanto directa como indirectamente.

De acuerdo con Caro y Rebolledo (2017), la práctica habitual de la actividad física (AF) mejora las funciones físicas y mentales y está asociada a la calidad de vida. Sin embargo, a pesar de los beneficios conocidos, la mayoría de la población colombiana es inactiva y el porcentaje de universitarios que realizan AF es bajo. Según lo que estos autores encontraron en su estudio, esta práctica está condicionada por la motivación interna, la condición física, la disponibilidad de tiempo y el soporte social. Algunos de los factores motivadores en los universitarios son el gusto por el deporte, el espíritu competitivo, la imagen corporal, el manejo del estrés y las ventajas para la salud; por otra parte, las barreras más frecuentes que les impiden realizar AF son la pereza, el miedo a lesionarse, la falta de escenarios deportivos y la inseguridad del entorno.

Estupiñán y Uribe (2019) estudiaron la influencia de la actividad física en el manejo del estrés académico en estudiantes de cuarto semestre de la Universidad Cooperativa de Colombia, sede Bucaramanga. En dicha investigación se encontró que la AF es muy baja en la mayoría de los participantes, a excepción de la facultad de Psicología, y asimismo se evidencia que la tendencia a sufrir estrés es alta. Sin embargo, existen aspectos a nivel cognitivo-afectivo que aumentan o disminuyen las percepciones positivas sobre los beneficios psicológicos que trae la AF, tales aspectos se asocian a la autoestima, la percepción corporal, la sensación saludable, los niveles de activación, la depresión y el cansancio, que *per se* pueden generar estrés.

En un estudio desarrollado por Gaviria (2016) se da a conocer la experiencia de la Universidad de Antioquia como UPS. El proceso comenzó en Bienestar Universitario teniendo en cuenta, en primer lugar, la promoción de la salud sexual y la afectividad, el

autocuidado en salud y el Programa para la salud psicofísica. En el 2010 se introdujo el concepto de UPS con sus ejes: investigación, transversalización del currículo y participación estudiantil. Cabe destacar que “la voluntad política institucional y de los actores comprometidos es un factor clave de éxito para garantizar su continuidad” (p. 14).

Por su parte, García (2018) realizó un estudio cuya finalidad fue caracterizar las creencias de salud de 1505 estudiantes pertenecientes a programas académicos de pregrado de la Corporación Universitaria Lasallista de Manizales. Se encontró que los estudiantes tienen prácticas de riesgo relacionadas con alimentación, autocuidado, sexualidad, actividad física y salud oral; de igual modo, se detectó consumo de sustancias psicoactivas, sobre todo de las legales; se observó una tasa baja de embarazos y un mediano uso y conocimiento de anticonceptivos. Se encontraron percepciones favorables hacia la salud pero una autopercepción de la salud negativa y poca adherencia a prácticas saludables. Se destaca que los jóvenes tienen redes de apoyo y dinámicas familiares fortalecidas.

En la Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá, de acuerdo con el Director de Bienestar Institucional, el programa lo conforman las áreas de Deportes, Cultura y Salud Integral, y cada una de estas se compone de programas, estrategias y actividades que buscan dar cumplimiento a la visión que tiene la universidad: favorecer la calidad de vida de todos los miembros de la comunidad bonaventuriana. Respecto a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, estas son desarrolladas con el apoyo de las auxiliares de enfermería con quienes se orienta a toda la comunidad frente al tema de hábitos de vida saludable por medio de diversas actividades como las charlas relacionadas con alimentación saludable y salud sexual y reproductiva, o haciendo campañas de donación de sangre (de 3 a

5 jornadas en el año) en compañía de las alianzas que se tienen con algunas identidades promotoras de salud (IPS) (Cely, 2019).

Del mismo modo, el departamento de Bienestar Institucional se apoya con la Secretaría de Integración Social, la Subdirección de Juventudes, la Secretaría de Salud Distrital y la Secretaría Local de Salud para llevar a cabo programas de promoción y prevención en la institución con psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros, entre otros, tratando así de desarrollar en la universidad lo que se está realizando a nivel distrital. Lo anterior está enmarcado en un programa que se denomina *A tu salud Sanbuena* desde el cual se ejecutan todas estas actividades. También apoyan algunas iniciativas sobre los programas académicos de forma que se capacita a los estudiantes por medio de talleres para actuar de manera correcta en situaciones específicas.

Finalmente, resalta que se realizan campañas de salud, jornadas de salud y ferias saludables; se vinculan con diversas entidades que están encaminadas a desarrollar actividades de salud y posicionamiento de marca; se dan a conocer los programas que se llevan a cabo en la universidad a los estudiantes y los beneficios de estos; y se trabajan temas como la salud emocional, manejo de conflictos, frustración y otros elementos que vayan en contra de la salud de quienes habitan en este campus.

Las universidades, además de titular profesionales, deben ser un lugar que fomente el desarrollo de la persona y promueva hábitos que impacten en la formación de los estudiantes avanzando hacia una educación integral desde un enfoque biopsicosocial. Es importante comprender cómo se han construido, mantenido o modificado los hábitos y estilos de vida

con relación a la salud con el fin de diseñar intervenciones teniendo en cuenta las necesidades específicas de los estudiantes, y además de ello, brindar herramientas que les permitan afrontar las demandas del medio en que conviven (Campo, 2015).

Al respecto, Bannasar (2012), señala que:

La Universidad puede y debe desempeñar un papel fundamental para la promoción de estilos de vida saludables, ya que la juventud es el grupo mayoritario que la conforma. La mayoría de los estudiantes universitarios se encuentran en una etapa de la vida de gran importancia para la salud (entre la edad adolescente y la edad adulta), en la que se desarrollan y se consolidan los estilos de vida (saludables o perjudiciales), crece la toma de decisiones y la independencia. Además, la Universidad en sí, es una institución con un gran poder de influencia social, y por tanto, puede favorecer la promoción de la salud en la sociedad. En ella se forman los futuros profesionales que configurarán los servicios de la comunidad (p. 19).

Las Universidades tienen características especiales de suma importancia en un país puesto que educan, investigan e innovan. Igualmente, es valioso que la comunidad estudiantil sea consciente de la importancia de adoptar conductas y hábitos saludables para un mayor bienestar y desarrollo humano, y que se genere una nueva cultura que fomente la salud. No obstante, cabe aclarar que “el foco de la estrategia está en construir ambientes físicos, psíquicos y sociales que influyan en mejorar la calidad de vida de la comunidad universitaria, más que concentrarse en modificar los estilos de vida individuales” (Lange & Vio, 2006, p.

10), en otras palabras, gracias a un entorno y a una cultura saludable las personas pondrán en práctica conductas saludables.

La iniciativa de las Universidades Saludables (US) tiene beneficios para sí misma, para los miembros de la comunidad y sus familias, dentro de estos beneficios se encuentra la posibilidad de atraer mayor cantidad de estudiantes, disminuir el ausentismo de estudiantes, favorecer las relaciones interpersonales, mejorar la percepción de calidad de vida durante el estudio, y a largo plazo puede generar cambios a nivel nacional puesto que los estudiantes egresados de las US fomentarán cambios a favor de la salud en los entornos donde vivan, estudien o trabajen (Lange & Vio, 2006).

Implementar una US es vital porque puede influir positivamente en la vida y salud de la comunidad por medio de sus políticas y prácticas. Además, en ese entorno se vive una parte importante de la vida, y la modificación de este ambiente incide en el logro de estilos de vida saludables y el desarrollo de autonomía, pensamiento crítico, responsabilidad consigo mismos y ante los demás, en cuestiones de salud (Ibíd., 2006).

En este orden de ideas, los beneficios de implementar la estrategia de Universidades Saludables son contundentes. La comunidad estudiantil bonaventuriana podrá contar con una mejor calidad de vida y, de igual modo, podrá ser promotora de conductas saludables a nivel familiar, en sus próximos entornos laborales y en la sociedad en general. De acuerdo con lo anterior, surge la pregunta problema que se resolverá en la presente investigación.

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los componentes de programa de prevención basado en la estrategia de universidades saludables dirigido a estudiantes de la universidad de San Buenaventura, sede Bogotá?

Objetivos

Objetivo General

Diseñar los componentes de programa de prevención basado en la estrategia de universidades saludables dirigido a estudiantes de la universidad de San Buenaventura, sede Bogotá

Objetivos Específicos

1. Elaborar la estructura del programa basado en el modelo Precede-Procede.
2. Diseñar los módulos de prevención en: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo (depresión), conducta suicida, consumo de alcohol, drogas y tabaco.
3. Diseñar la propuesta de la estrategia de marketing digital para dar a conocer el programa

Definición de Variables

| Nombre variable | Definición operacional | Categorías de la variable | Escala de medición | Estadísticos a calcular |
|-----------------|--|--|--------------------|--|
| Edad | Años cumplidos desde el nacimiento a la fecha del estudio, verificado por el documento de identidad. | Ninguna. | Razón | Media, mediana, moda, DS, percentiles, cuartiles, etc. |
| Sexo | Característica que distingue una mujer de un hombre y que se encuentran en la cedula de ciudadanía. | 1= Femenino. 2= Masculino. | Nominal | Número y porcentaje. |
| Estrato | Estrato social en la que se ubica la persona, identificado en un recibo de servicios públicos. | 1= Bajo-bajo. 2= Bajo. 3= Medio-bajo. 4= Medio. 5= Medio-alto. | Ordinal | Número y porcentaje. |

 6= Alto.

| Programa | Programa académico | 1= Psicología. | Nominal | Número | y |
|----------|---|--|---------|-------------|---|
| | en el que se encuentra matriculado. Se verifica por medio del carnet de la universidad. | 2= Licenciatura en Educación para la Primera Infancia. | | porcentaje. | |
| | | 3= Licenciatura en Filosofía. | | | |
| | | 4= Licenciatura en Teología. | | | |
| | | 5= Ingeniería de Sistemas. | | | |
| | | 6= Ingeniería Electrónica. | | | |
| | | 7= Ingeniería Aeronáutica. | | | |
| | | 8= Ingeniería Mecatrónica. | | | |
| | | 9= Ingeniería Multimedia. | | | |

10= Ingeniería de

Sonido.

11= Economía.

12= Administración de

Empresas.

13= Contaduría

Pública.

14= Ciencia Política.

15= Derecho.

16= Relaciones

Internacionales.

| Semestre | Nivel de estudios | 1= Primero. | Ordinal | Número | y |
|----------|-------------------------|-------------|---------|-------------|---|
| | formal que tiene la | 2= Segundo. | | porcentaje. | |
| | persona al momento | 3= Tercero. | | | |
| | de la aplicación de los | 4= Cuarto. | | | |
| | instrumentos. Se | 5= Quinto. | | | |
| | preguntará por medio | | | | |
| | de la Ficha de datos | | | | |

| | | | | |
|-----------------|--|---|---------|--|
| | sociodemográficos y académicos. | 6= Sexto. 7. Séptimo. 8= Octavo. 9= Noveno. 10= Décimo. | | |
| Estado civil | Condición sentimental actual de la persona. Se preguntará por medio de la Ficha de datos sociodemográficos y académicos. | 1= Soltero 2= Casado 3= Viudo 4= Separado | Nominal | Número y porcentaje. |
| Número de hijos | Cantidad de hijos que tiene la persona al momento de la aplicación de los instrumentos. Se preguntará por medio de la Ficha de datos sociodemográficos y académicos. | 0= Sin hijos. 1= Un hijo. 2= Dos hijos. 3= Tres hijos. 4= Cuatro o más hijos. | Razón | Media, mediana, moda, DS, percentiles, cuartiles, etc. |

| | | | | |
|--|--|---------|-------|--|
| Trastornos de ansiedad | Se mide por puntajes que van desde 0 a 60 de acuerdo con el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). | Ninguno | Razón | Media, mediana, moda, DS, percentiles, cuartiles, etc. |
| Trastornos del estado de ánimo (depresión) | Se evalúa teniendo en cuenta cuatro puntuaciones entre 0 (nada) y 10 (mucho) que cuantifican los estados de ánimo triste-depresivo, ansioso, alegre e iracundo-hostil de la persona evaluada en el momento en que se administra la EVEA. | Ninguno | Razón | Media, mediana, moda, DS, percentiles, cuartiles, etc. |
| Conducta suicida | Cuestionario ¿Estoy en riesgo? | Ninguno | Razón | Media, mediana, moda, |

| | | | | | |
|------------------------------------|---|--|-------|---|-------------------------------------|
| | | | | | DS, percentiles, cuartiles, etc. |
| Consumo de alcohol, tabaco, drogas | Se considera desde 3 o menos (10 o menos para alcohol) como Riesgo Bajo hasta 27 o más como Riesgo Alto según el cuestionario ASSIST. | 3 o menos (10 o menos para alcohol)= Riesgo Bajo. 4-26 (11-26 para alcohol)= Riesgo Moderado. 27 o más= Riesgo Alto. | Razón | Media, mediana, moda, DS, percentiles, cuartiles, etc. | |

Método

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de tipo instrumental. Este tipo de estudio engloba aquellos trabajos encaminados al desarrollo de algún tipo de material, ya sean pruebas o instrumentos; así mismo puede implicar el diseño, adaptación o estudio de las propiedades psicométricas de estos (Montero & León, 2002). El diseño del Programa se basó en los parámetros brindados por el Ministerio de Salud para la operación de programas preventivos (Ministerio de salud y protección social, 2015); igualmente se tuvieron en cuenta los lineamientos establecidos en la estrategia de Universidades Saludables diseñada por la OPS (Lange, I. & Vio, F. 2013).

De igual manera, se tuvo en cuenta el modelo Precede-Procede propuesto por Green y Kreuter (1991) para el diseño del programa, entre ellas: (a) diagnóstico de calidad de vida, (b) tamizaje de factores de riesgo epidemiológicos, (c) priorización de factores conductuales y ambientales asociados con los problemas de salud, (d) adopción de modelos motivacionales y volitivos la generación comportamientos saludables, (e) diagnóstico político y administrativo en la USB para la implementación de políticas saludables, (f) implementación y (g) evaluación.

Instrumentos

Ficha de datos sociodemográficos y académicos. (Ver Apéndice A).

AMAS-C: Escala De Ansiedad, Manifiesta En Estudiantes Universitarios. Adaptación colombiana.

Escala de administración individual, cuya finalidad es la evaluación de la ansiedad (inquietud, hipersensibilidad, ansiedad fisiológica, preocupaciones sociales, estrés, ansiedad ante los exámenes, temor al envejecimiento y mentira). Está compuesto por 49 reactivos concernientes a cinco subescalas (Inquietud/hipersensibilidad, ansiedad fisiológica, preocupaciones sociales/concentración, ansiedad ante los exámenes y mentira). En su adaptación a población colombiana, cuenta con validez de constructo y de contenido, y con un Alpha de Crombach de 0.86.(Andres & Caicedo, 2013) (Ver Apéndice B).

Escala de desesperanza de Beck (1988)

Utilizado para evaluar trastornos afectivos y emocionales. Constituye una medida del nivel de pesimismo del individuo. Consta de 20 ítems que hacen referencia a las expectativas negativas que tiene el sujeto sobre sí mismo y sobre el futuro. La valoración de cada ítem es del tipo V-F. El coeficiente de confiabilidad alfa de Crombach es de 0.83 (González, 2009). (Ver Apéndice C).

Inventario de Depresión de Beck-II.

Cuestionario de autorreporte que consta de veintiún ítems que evalúan la gravedad de la sintomatología depresiva en adultos y adolescentes con una edad mínima de 13 años. En

cada ítem, la persona debe elegir la frase que mejor describe su estado durante las últimas dos semanas entre un conjunto de cuatro alternativas, que se encuentran ordenadas de menor a mayor gravedad. En su adaptación chilena, mostró un alto grado de consistencia interna ($\alpha=0,91$) y una adecuada correlación test-retest ($r=0,66$), con alta consistencia interna y diversos indicadores de validez (Melipillán Araneda et al., 2008). (Ver Apéndice D).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Diseñado por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970). Es un auto informe sencillo, breve y útil para la valoración de la sintomatología ansiosa. Se compone de cuarenta ítems formulados en términos afirmativos y negativos (para evitar la aquiescencia). Cada subescala se conforma por un total de 20 ítems en un sistema de respuesta Likert de 4 puntos según la intensidad. El coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach es de 0.93 y los niveles de consistencia interna oscilan entre 0.84 y 0.93 (Fonseca, Paino, Sierra, Lemos & Muñiz, 2012) (Ver Apéndice E).

Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)

Cuestionario autoadministrado para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo. Consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia. Ha sido validada y traducida al castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87 y la fiabilidad es de 0.80 (Sierra, 2017). (Ver Apéndice F).

EVEA (Escala de Valoración del Estado de Ánimo)

Es un autoinforme creado por Sanz (2001) que se conforma por 16 ítems compuestos por una escala gráfico tipo Likert de 11 puntos (de 0 a 10) que presenta en su margen izquierdo una corta afirmación que describe un estado de ánimo. Las subescalas de la EVEA (ansiedad, depresión, hostilidad y alegría) muestran índices adecuados de consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach entre 0.88 y 0.93, y una fiabilidad test-retest entre 0.55 y 0.88. (Ver Apéndice G).

Cuestionario ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Es una prueba de tamizaje para la detección de consumo de Productos del tabaco, Alcohol, Cannabis (marihuana), Cocaína, Estimulantes de tipo anfetamínico, Sedantes hipnóticos (Benzodiacepinas), Alucinógenos, Inhalantes, Opioides, y otras drogas. Esta prueba fue diseñada bajo el auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) para ser utilizada en el ámbito de la atención primaria de salud. Consiste en un cuestionario de papel y lápiz, que está conformado por ocho preguntas y el tiempo de respuesta es de aprox. diez minutos. El cuestionario es culturalmente neutral, por lo que puede usarse en gran variedad de culturas. De acuerdo con Tiburcio et al. (2016) esta prueba tiene una fiabilidad test-retest entre 0.58 y 0.90, y una consistencia interna de 0.80. (Ver Apéndice H).

APGAR Familiar

Muestra la percepción que tiene una persona respecto al funcionamiento de la unidad familiar en un momento determinado. Este instrumento fue creado por Smilkstein (1978) y

evalúa cinco funciones básicas de la familia: Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos. La validación muestra índices de correlación que oscilan entre 0.71 y 0.83 (Suárez & Alcalá, 2014). (Ver Apéndice I).

Test de Habilidades para la vida

Diseñado y validado por Díaz, Rosero, Melo y Aponte (2013). Consta de 10 dimensiones que corresponden a las diez habilidades para la vida propuestas por la OMS en 1993 y además tiene 4 indicadores por cada dimensión y 2 ítems por cada indicador para un total de 80 ítems, realizados con direccionalidad positiva y negativa para disminuir la aquiescencia. La escala utilizada es tipo Likert con 5 opciones de respuesta.). (Ver Apéndice J).

Procedimiento

Fase 1. Se diseñaron los módulos de prevención trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo (depresión), conducta suicida, consumo de alcohol, drogas y tabaco.

Fase 2. Se diseñó la propuesta del material gráfico, digital e interactivo que se usará para la promoción del programa de prevención

Fase 3. Se diseñó la estructura del Programa de prevención de la comunidad estudiantil de la USB Bogotá.

Fase 4. Se analizaron los resultados/productos diseñados

Fase 5. Se realizaron las conclusiones del proyecto y algunas recomendaciones para su implementación.

Consideraciones éticas

De acuerdo con la Resolución Número 8430 de 1993 artículo 11, el presente trabajo de grado se categoriza como una investigación sin riesgo puesto que es un estudio que no incluye participantes ni se realiza intervención y/o modificación intencionada sobre variables biológicas. También se tomarán en consideración el artículo 46 del Código Deontológico y Bioético del Psicólogo y los artículos 2 y 3 de la Ley 1090 del 2006 para asegurar que los registros de los datos recolectados sean conservados en condiciones de seguridad y personas ajenas a la investigación o a la institución no tengan acceso a estos. De igual forma, se tendrá en cuenta el artículo 18 y 25 del código mencionado, ya que en esta investigación no se hará uso de procedimientos que no estén lo suficientemente contrastados según los límites del conocimiento científico vigente y, finalmente, se ofrecerá la información adecuada sobre los problemas que se abordarán, los objetivos propuestos y el método establecido a la institución con la que se trabajará.

Resultados

Previamente al diseño del programa, se creó una cuenta de Gmail, especialmente para el programa, con el fin de tener un espacio en el que se pueda organizar, almacenar y gestionar toda la información relacionada con el programa para que esta se encuentre al alcance de todas las personas involucradas en el programa.

Usuario: pyppsicologiausbbog@gmail.com. *Contraseña:* jogonzalez

En el *Drive* de esta cuenta se podrá acceder a toda la información pertinente relacionada con el programa: formularios de inscripción y datos de los coordinadores y participantes del programa, todo el material de comunicación que hace parte de la estrategia digital del programa (logos, piezas, paleta de colores, documentos editables, parrilla de programación, etc.), cada uno de los módulos con sus respectivas referencias e información bibliográfica y material de apoyo para la implementación de cada uno, y por último, se podrá encontrar una carpeta en donde se encuentran todas las pruebas/cuestionarios, con sus respectivos manuales y material de apoyo.

Se espera que la cuenta pyppsicologiausbbog@gmail.com, sea usado con fines informativos y de comunicación exclusivamente de temas relacionados con el programa, será un espacio específico al cual puedan dirigirse los estudiantes que tengan dudas respecto a los componentes, contenidos, actividades que se lleven a cabo.

Estructura del programa

Se realizó el diseño de la estructura del programa por medio de la adaptación de las fases de la etapa *Preceed* del modelo *Precede-Proceed* al programa de prevención “*La Sanbuena te cuida*”, esto ya que el modelo reconoce la importancia de la participación de la comunidad en la implementación de este tipo de programas. Este consta de 5 fases en las que se busca identificar las variables ambientales, educacionales, epidemiológicas, comportamentales, organizacionales, políticas y administrativas con las problemáticas detectadas.

Fase 1. Diagnóstico Social.

El principal objetivo de esta fase será determinar la situación actual de calidad de vida de los estudiantes de la universidad en relación con los recursos y fortalezas que presenten en el ámbito social, económico, cultural y medioambiental, de igual manera con las necesidades y dificultades que presenten en estas dimensiones; se deberán evaluar indicadores objetivos y subjetivos a nivel familiar y comunitario. Este ejercicio deberá realizarse tanto a nivel grupal como individual, aplicando diferentes instrumentos y herramientas; entre estas: *Ficha de datos sociodemográficos y académicos*. (Ver Apéndice A), el *APGAR Familiar* (Ver Apéndice I), y Test de habilidades para la vida (Ver Apéndice J).

Al finalizar esta fase se deberá tener claridad respecto a los diferentes problemas que afectan la calidad de vida familiar de los estudiantes, así como las diferentes variables que afectan su percepción e interacción con la comunidad (entorno universitario).

Fase 2. Diagnóstico epidemiológico.

En esta fase se deberá realizar un análisis y contraste de la información epidemiológica existente; en primera instancia se deberán revisar los informes epidemiológicos respecto a las diferentes variables que afectan la salud de las comunidades estudiantiles (consumo de alcohol, tabaco y SPA, depresión, y suicidio) a nivel local, estos se podrán obtener en los informes y estudios realizados por el ministerio de salud, y el observatorio de drogas de Colombia; posterior a esto, se deberá recolectar la información respecto a estos comportamientos, puntualmente en la comunidad estudiantil bonaventuriana acudiendo a los entes pertinentes como bienestar universitario, el PAOE, y el CAP (Centro de Atención Psicológico).

Al final de esta fase se deberá hacer un análisis de los datos recolectados a nivel local e institucional.

Fase 3. Diagnóstico Conductual y medioambiental

En esta fase se deberán aplicar algunas encuestas e instrumentos con el fin de identificar con claridad las problemáticas puntuales que se presenten en la comunidad estudiantil bonaventuriana y así priorizar las diferentes variables conductuales y ambientales que se relacionan con los problemas de salud física y mental que se evidencien en la comunidad.

Se deberán aplicar los siguientes instrumentos: (a) *AMAS-C: Escala De Ansiedad manifiesta en estudiantes universitarios. Adaptación colombiana*, (Ver Apéndice B), (b) *Escala de desesperanza de Beck (1988)*, (Ver Apéndice C), (c) *Inventario de Depresión de Beck-II*, (Ver Apéndice D), (d) *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*, (e) (Ver Apéndice E), (f) *Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)*, (Ver Apéndice F), (g) *EVEA*

(Escala de Valoración del Estado de Ánimo, (Ver Apéndice G) y (h) Cuestionario ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) (Ver Apéndice H).

Para la aplicación de estos instrumentos se sugiere que se realicen sus adaptaciones correspondientes a formato digital, es decir que se adapten las plantillas de registro y sus ítems para que la forma de aplicación sea digital (para los instrumentos que aplique), esto con el fin de poder obtener los datos de la mayor cantidad de estudiantes posibles de una manera estratégica y que así mismo sea más eficiente tanto la recolección de los datos como su evaluación e interpretación.

Se sugiere que el desarrollo de esta fase se lleve a cabo en conjunto con el departamento de Bienestar Universitario, el PAOE y el departamento de comunicaciones de la Universidad; el departamento de comunicaciones deberá crear una pieza digital atractiva, que llame la atención invitando a los estudiantes a presentar o diligenciar las pruebas, y los colaboradores del PAOE, y Bienestar Universitario junto con la Facultad de Psicología acompañarán el proceso de la difusión del contenido por medio del correo institucional y otros medios que consideren pertinentes.

Fase 4. Diagnóstico Organizacional y educacional

En esta fase se deberá analizar la información obtenida en las 2 fases anteriores para identificar los factores predisponentes, capacitantes y reforzantes de las conductas que deban ser modificadas según los resultados obtenidos, de modo que se obtengan cambios en el comportamiento y en el medio ambiente que contribuyan al logro de los resultados epidemiológicos deseados. Se deberán identificar los factores o aspectos organizacionales de

la Universidad que puedan facilitar u obstaculizar las implementaciones de las estrategias que se implementarán en la fase *Proceed* del programa.

Fase 5. Diagnóstico político y administrativo y

En esta fase se deberán tomar decisiones para la ejecución del programa teniendo en cuenta la cultura organizacional de la universidad, así como las políticas institucionales sobre prevención y los recursos disponibles a nivel institucional para el desarrollo de las acciones preventivas que se plantean en este proyecto; para esto se deberán tener en cuenta elementos como las políticas internas de la universidad, el PEB,

Para el diagnóstico administrativo deberá realizarse un análisis de la estructura organizacional de la universidad y su funcionamiento, esto con el fin de identificar los elementos que puedan servir de apoyo para la ejecución del programa: cargos clave, departamentos que se puedan involucrar en el proyecto y que faciliten su desarrollo de manera eficiente y eficaz; en cuanto al diagnóstico político, se deberán revisar las disposiciones legales que el estado, y en particular la localidad, tienen delimitados para la implementación de este tipo de estrategias preventivas.

Diseño de los módulos

Se elaboraron uno a uno los diferentes módulos que componen el programa: Módulo de Prevención de Trastornos de ansiedad (Tabla 1), Módulo de Prevención de Trastornos depresivos (Tabla 2), Módulo de Prevención de Conducta Suicida (Tabla 3) y Módulo de Prevención de Consumo de tabaco, alcohol y SPA (Tabla 4). Se contempla que cada uno sea implementado en el transcurso de 15 semanas, sin embargo, las actividades y estrategias que se emplean en cada módulo son diferentes, por eso el tiempo en el que estas se realicen puede variar; a su vez, cada módulo cuenta con un apartado de objetivos que se pretenden alcanzar con las actividades y estrategias que se van a desarrollar.

Posterior a los objetivos, se presentan las 7 fases de las que se compone cada uno de los módulos, en estos se podrán encontrar la descripción de las actividades, los materiales o recursos que se necesitan para realizarlas y el tiempo de duración de cada uno, las fases son:

1. **Introducción al Módulo.** En esta fase, los facilitadores realizarán una introducción al módulo de trabajo, se hablará sobre los objetivos de este y su duración aproximada, también se realizará una breve descripción de las fases del módulo.
2. **Contextualización.** En esta fase, los facilitadores harán una contextualización respecto a la temática del módulo de trabajo según la temática que corresponda: definición de conceptos, sintomatologías, factores de riesgo, marco normativo; igualmente se hará mención de algunas cifras y datos importantes respecto a la temática.
3. **Evaluación.** En esta fase, los facilitadores recolectarán información relevante para identificar las características de los estudiantes que estén participando, se recopilarán datos sociodemográficos y se hará uso de diferentes instrumentos de evaluación

4. Psicoeducación. En esta fase, se realizarán diferentes sesiones en las que se realizaran actividades de psicoeducación respecto a la temática del módulo de trabajo, todas las actividades que se van a realizar, están orientadas para dar cumplimiento a los objetivos planteados al inicio de cada módulo.
5. Revisión. En esta fase, los facilitadores realizarán un proceso de evaluación con el fin de garantizar la apropiación adecuada de los conocimientos adquiridos en las fases anteriores.
6. Cierre. En esta fase, los facilitadores abrirán el espacio para preguntas finales, posteriormente se discutirán en conjunto con los participantes las conclusiones del trabajo realizado a lo largo del módulo y, por último, los facilitadores realizarán algunas recomendaciones a los participantes para que puedan aplicar todo lo aprendido en su vida cotidiana.
7. Seguimiento. En esta fase, los facilitadores convocarán a los estudiantes que participaron en las fases anteriores y les aplicarán los mismos instrumentos de evaluación utilizados en la Fase 3, con el fin de evaluar la eficacia del modelo.

Tabla 1

Módulo de Prevención. Trastornos de Ansiedad

| | | | |
|---|---|-----------------------|----------------------------|
| Objetivos del módulo | <p>Al finalizar el módulo, los participantes estarán en capacidad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caracterizar los trastornos de Ansiedad • Detectar los diferentes signos y síntomas de los trastornos de ansiedad • Identificar las respuestas de ansiedad en sus diferentes componentes: fisiológicos, emocionales, cognitivo y comportamentales • Emplear diferentes técnicas de relajación en situaciones de la vida cotidiana que así lo requieran. • Realizar de manera autónoma procedimientos de reestructuración cognitiva en situaciones de la vida cotidiana que así lo requieran. • Tomar decisiones y afrontar diferentes situaciones de manera efectiva en la vida cotidiana • Reconocer la importancia de las técnicas aprendidas y de los diferentes beneficios que estas pueden tener | | |
| Fase 1. Introducción al módulo | | | |
| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
| <p>El facilitador dará una introducción al módulo de trabajo, y realizará una breve descripción de las fases del módulo.</p> | <p>✓ Página web de P&P de la</p> | <p>15 Minutos</p> | <p>Semana #1 Día 1</p> |

| | Facultad de Psicología | | |
|---|--|-----------------|-----------------|
| | ✓ Cronograma de trabajo del módulo | | |
| Se resolverán dudas planteadas por la persona o grupo de personas que se verán beneficiados del programa respecto a la información proporcionada por el facilitador | ✓ Grupos de discusión ✓ Espacios de dialogo individuales | 15 - 20 Minutos | |
| Se solicitará a los participantes la lectura y firma del consentimiento informado para la posterior entrevista y aplicación de las pruebas en la fase de evaluación | ✓ Formato de consentimiento informado | | |
| Fase 2. Contextualización | | | |
| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
| ¿Qué es? Los trastornos de ansiedad hacen referencia a un grupo de trastornos mentales caracterizados por sentimientos de ansiedad y temor, entre estos estan los siguientes trastornos: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de angustia, trastorno de ansiedad fóbica, trastorno de | ✓ Herramientas audiovisuales (Power Point - Prezzi - Genial.ly) ✓ Material disponible en el | 1 Hora | Semana #1 Día 2 |

ansiedad social, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) y trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Organización Panamericana de la Salud, 2017).

"Drive" del programa

Según el DSMV, los trastornos de ansiedad se clasifican de la siguiente manera:

Trastorno de ansiedad por separación: Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego

Trastorno de ansiedad social (fobia social): Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (p. ej., mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (p. ej., comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (p. ej., dar una charla.

Trastorno de ansiedad generalizada: Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en

relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Síntomas

El DSM 5, determina los síntomas de los trastornos de ansiedad de la siguiente manera:

Trastorno de ansiedad por separación, se manifiesta por al menos tres de las siguientes circunstancias:

- 1. Malestar excesivo y recurrente cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego.**
 - 2. Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor**
 - 3. Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (p. ej., perderse, ser raptado, tener un accidente, enfermar) cause la separación de una figura de gran apego.**
-

-
- 4. Resistencia o rechazo persistente a salir, lejos de casa, a la escuela, al trabajo o a otro lugar por miedo a la separación.**
 - 5. Miedo excesivo y persistente o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares.**
 - 6. Resistencia o rechazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego.**
 - 7. Pesadillas repetidas sobre el tema de la separación. 8. Quejas repetidas de síntomas físicos (p. ej., dolor de cabeza, dolor de estómago, náuseas, vómitos) cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego**

Trastorno de ansiedad social (fobia social):

- 1. Miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente**
 - 2. Miedo o ansiedad provocado por situaciones sociales**
 - 3. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.**
-

4. **El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.**
5. **El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento**

Trastorno de ansiedad generalizada: La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

1. **Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.**
2. **Fácilmente fatigado.**
3. **Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.**
4. **Irritabilidad.**
5. **Tensión muscular.**
6. **Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)**

(Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Datos y cifras

- Se calcula que, en el 2015, la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3,6% (Organización Panamericana de la Salud, 2017).
 - los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (4,6% en contraste con 2,6%, a nivel mundial) (Organización Panamericana de la Salud, 2017).
 - En la Región de las Américas, se estima que hasta 7,7% de la población femenina sufre trastornos de ansiedad (3,6% de los hombres)(Organización Panamericana de la Salud, 2017).
 - El número total estimado de personas con trastornos de ansiedad en el mundo es de 264 millones en el 2015 (Organización Panamericana de la Salud, 2017).
 - En adultos de 18 a 44 años, el 9,6 presenta síntomas sugestivos de algún trastorno mental, el 52,9% tiene uno o más síntomas de ansiedad (Ministerio de Salud y Protección social, 2017)
-

Fase 3. Evaluación

| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|--|--|------------|-----------------|
| Inicialmente se realizará una entrevista en donde se preguntarán algunos datos sociodemográficos y el motivo o razón por el cual los estudiantes decidieron participar del módulo de prevención | ✓ Formulario/Cuestionario de datos sociodemográficos y académicos. (Apéndice A) | 1 Hora | Semana #2 Día 1 |
| Se les aplicará a los estudiantes el <i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</i>, con el fin de identificar la presencia de sintomatología ansiosa. | ✓ <i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</i> (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). (Apéndice E) | 20 Minutos | Semana #2 Día 2 |

Fase 4. Psicoeducación

| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|-------------|-------------------------|----------|--------------|
|-------------|-------------------------|----------|--------------|

| | | | | |
|---|---|--|------------------------|-----------------|
| Sesión #1 | En esta sesión se realizarán actividades de entrenamiento en técnicas de relajación por medio de modelamiento: | <ul style="list-style-type: none"> Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales (Ubicado en el Drive Recursos Bibliográficos) | 45 Minutos - 1 Hora | Semana #3 Día 1 |
| Técnicas de relajación | <ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento en respiración diafragmática. Entrenamiento en técnica de relajación muscular progresiva y uso de la técnica de visualización | | | |
| Sesión #2 | En esta sesión se realizarán actividades de entrenamiento en técnicas de reestructuración cognitiva: | <ul style="list-style-type: none"> Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta (Ubicado en el Drive – Recursos Bibliográficos) | 45 Minutos - 1 Hora | Semana #3 Día 2 |
| Técnicas de reestructuración cognitiva | <ul style="list-style-type: none"> Distinción entre pensamientos positivos y negativos y sus efectos sobre la emoción y la acción. Aprender a generar pensamientos positivos y sustitución de los negativos. Conocer distintas distorsiones cognitivas. | | | |
| Sesión #4 Resolución de problemas | En esta sesión se realizarán actividades de entrenamiento en resolución de problemas y toma de decisiones: <ul style="list-style-type: none"> Distinguir los distintos componentes del proceso de solución de problemas y en qué consiste cada uno de ellos. Presentación de un modelo de toma de decisiones. | <ul style="list-style-type: none"> Grupos de discusión Formatos de autorregistro | 45 Minutos - 1 Hora | Semana #4 Día 1 |

| | | |
|------------------------------|---|--|
| y Toma de decisiones. | <ul style="list-style-type: none"> • Técnica para solucionar problemas concretos | <ul style="list-style-type: none"> • Espacios de dialogo individuales |
|------------------------------|---|--|

Fase 5. Revisión

| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|---|--|------------------------------------|----------------------------|
| <p>Se realizará una breve evaluación sobre las técnicas aprendidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Técnicas de relajación: Se le solicitará a cada uno de los integrantes del grupo que muestre como se realiza cada una de las técnicas de relajación. • Técnicas de reestructuración cognitiva: Se le solicitará a cada uno de los integrantes del grupo, que de un breve ejemplo de cómo en su vida cotidiana puede diferenciar los pensamientos positivos de los negativos y que realice una pequeña reflexión sobre como esto afecta sus acciones y emociones | <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión • Formatos de autorregistro • Espacios de dialogo individuales | <p>45 Minutos - 1 Hora</p> | <p>Semana #4 Día 2</p> |

- **Resolución de problemas y Toma de decisiones: Se le solicitará a cada uno de los integrantes del grupo, que mencione una situación que identifique como problemática y enuncie los diferentes pasos por medio de los cuales le daría solución a dicha problemática.**
- Cuestionario de evaluación

Posterior a este proceso, se abrirá un espacio de discusión para reflexionar sobre los ejercicios realizados en la sesión

Se le solicitará a los estudiantes que respondan un breve cuestionario con el fin de conocer su opinión de los participantes respecto a las técnicas/estrategias que se vieron en las fases 4 y 5.

Fase 6. Cierre

| | Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|---------------------|---|--|-----------------|---------------------|
| Conclusiones | Se realizará una actividad de discusión sobre las conclusiones que resultan del módulo. Se facilitará un espacio para que las personas que hayan participado, expresen sus opiniones respecto a las actividades que desarrollaron. Igualmente se socializarán las conclusiones a las que haya llegado cada participante | <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión • Formatos de autorregistro | 30 - 45 Minutos | Semana #5 Día 1 |

| | | | |
|------------------------|--|--|-----------------|
| Recomendaciones | Los facilitadores harán entrega y socialización de material informativo que contenga recomendaciones, para que los participantes puedan aplicar lo aprendido en sus actividades en el día a día, para que todas estas conductas y técnicas aprendidas se conviertan en hábitos de vida saludables. | <ul style="list-style-type: none"> • Espacios de dialogo individuales | 30 - 45 Minutos |
|------------------------|--|--|-----------------|

Fase 6. Seguimiento

| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|--|--|------------|------------------|
| Se hará uso de los mismos instrumentos de evaluación utilizados en la Fase 3, con el fin de evaluar la eficacia del modelo. | <i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</i> (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). (Apéndice E) | 20 Minutos | Semana #15 Día 1 |

Referencias

-
- Aguilar, M., Brown, E., Cardozo, F., Mejía, J., Paredes, M., Pérez, A., Reyes, M. F., Toro, J., & Zamora, P. (2020). Uso de sustancias en adolescentes y su asociación con factores de riesgo y protección. Un análisis exploratorio de la encuesta escolar a gran escala de Comunidades Que se Cuidan, Colombia. *Adicciones*, 32(2), 105–115.
- Alarcón, C. D., Varela Arévalo, M. T., Salazar Torres, I. C., Lema Soto, L. F., & Tamayo Cardona, J. A. (2012). Motivaciones Y Recursos Para El Consumo De Sustancias Psicoactivas En Universitarios. *Motivations and Resources for the Consumption of Psychoactive Substances By University Students.*, 17(1), 92–104. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=85706700&lang=es&site=ehost-live>
- Andres, R., & Caicedo, N. (2013). *Adaptación de la escala AMAS-C en estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño.*
- Arias, F., Brreiro, C., Berdullas, J., Iragui, I., Llorente del Pozo, J. M., Lopez, A., Madoz, A., Martinez, J. M., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, Á., & Villanueva, V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (Socidrogalcohol (ed.)). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.* Asociación Americana de Psiquiatría. <https://doi.org/10.1176/ajp.105.12.920>
- Bruguera, E., Casas, M., Corominas, M., & Roncero, C. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revisión En Neurociencia*, 44(1), 23–31. <https://doi.org/10.33588/rn.4401.2006222>
- Eguiluz, L., Maria, P., & Torres, C. (2017). Estrategias para trabajar con jóvenes que presentan ideas suicidas. *Integración Académica En Psicología*, 5(13), 95–106. <http://integracion-academica.org/22-volumen-5-numero-13-2017/156-estrategias-para-trabajar-con-jovenes-que-presentan-ideas-suicidas>
- Lange, Ita; Vio, Fe. (2013). *Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior.* 34.
-

www.consortio.edu.pe

- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., & Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica, 26*(1). <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000100005>
- Ministerio de Salud y Protección social. (2017). *Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud Mental*. 47. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Ministerio Nacional de Salud. (2016). *ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Abece-salud-mental-psicoactivas-octubre-2016-minsalud.pdf>
- Morales, B. N., Plazas, M., Sanchez, R., & Ventura, C. A. A. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 19*(SPEC. ISSUE), 673–683. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000700003>
- Muñoz, F., López-acuña, D., Halverson, P., Macedo, C. G. De, Hanna, W., Larrieu, M., Ubilla, S., & Zeballos, L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública : un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública, 8*(5), 126–134.
- OMS. (2018). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. In *Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas*. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Sileo, E. (2011). IMAN. Una estrategia para la prevención del suicidio en adolescentes. *Psicología Com Revista*
-

Electrónica de Psicología, 15, 1–17.

Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R., Lopez-Peña, P., McCoy, S., & Bautista-Arredondo, S. (2013). Guía para Medir Comportamientos de Riesgo en Jóvenes. *Banco Interamericano de Desarrollo, 162.*

Tabla 2

Módulo de Prevención. Trastornos depresivos

| | | | | |
|---|--|------------------------------------|-----------------|---------------------|
| Objetivos del módulo | Al finalizar el módulo, los participantes estarán en capacidad de: | | | |
| | • Caracterizar los trastornos depresivos | | | |
| | • Detectar los diferentes signos y síntomas de los trastornos depresivos | | | |
| | • Identificar los factores de riesgo de los trastornos depresivos | | | |
| | • Identificar y sustituir distorsiones cognitivas y pensamientos negativos | | | |
| | • Afrontar estados de ánimo negativos | | | |
| | • Alcanzar acuerdos con padres y compañeros | | | |
| | • Resolver disputas interpersonales | | | |
| | • Enfrentar adecuadamente los problemas | | | |
| | • Promover armonía con padres y compañeros | | | |
| • Evitar conflictos con padres y compañeros | | | | |
| Fase 1. Introducción al módulo | | | | |
| | Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
| | El facilitador dará una introducción al módulo de trabajo, y realizará una breve descripción de las fases del módulo. | ✓ Cronograma de trabajo del módulo | 15 Minutos | Semana #1 Día 1 |

| Se resolverán dudas planteadas por la persona o grupo de personas que se verán beneficiados del programa respecto a la información proporcionada por el facilitador | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Grupos de discusión ✓ Espacios de dialogo individuales | 15 - 20 | Minutos |
|---|---|----------|-----------------|
| Se solicitará a los participantes la lectura y firma del consentimiento informado para la posterior entrevista y aplicación de las pruebas en la fase de evaluación | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Formato de consentimiento informado | | |
| Fase 2. Contextualización | | | |
| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
| ¿Qué es? | | | |
| La depresión es una enfermedad que se caracteriza por una tristeza persistente y por la pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta, así como por la incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas (OMS, 2017). | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Herramientas audiovisuales (Power Point - Prezzi - Genial.ly) | 1 Hora | Semana #1 Día 2 |
| La OPS en su estudio sobre depresión y otros trastornos mentales comunes, 2017, menciona que los trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento de tristeza, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o autoestima baja, alteraciones del sueño o del apetito, fatiga y falta de concentración; esta puede ser duradera o | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Material disponible en el "Drive" del programa | | |

recurrente, y puede deteriorar sustancialmente la capacidad de la persona de desempeñar actividades o labores de la vida cotidiana.

De igual forma menciona las dos subcategorías de las que se componen estos trastornos:

Trastorno o episodio depresivo mayor: en este se presenta un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar y disminución de la energía; y dependiendo del número y gravedad de los síntomas, se puede clasificar como leve, moderado o severo.

Distimia: Es entendida como una forma persistente o crónica de depresión leve; sus síntomas suelen ser similares a los de un episodio depresivo, sin embargo, tienden a ser menos intensos y más duraderos.

Síntomas

La OMS menciona algunos de los síntomas característicos de estos trastornos: Pérdida de energía; cambios en el apetito; necesidad de dormir más o menos de lo normal; ansiedad; disminución de la concentración; indecisión; inquietud; sentimiento de inutilidad,

culpabilidad o desesperanza; y pensamientos de autolesión o suicidio (OMS, 2017).

El DSM 5, determina los síntomas de los trastornos de ansiedad de la siguiente manera:

Trastorno o episodio depresivo mayor: Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. (según refiera la persona o de información que se obtenga por parte de otras personas)

- 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días.**
 - 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.**
 - 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso; disminución o aumento del apetito casi todos**
 - 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.**
-

-
5. **Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).**
 6. **Fatiga o pérdida de energía casi todos los días**
 7. **Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).**
 8. **Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días**
 9. **Pensamientos de muerte recurrentes**

Distimia: Presencia, durante la depresión, de dos (o más) de los síntomas siguientes:

1. **Poco apetito o sobrealimentación.**
2. **Insomnio o hipersomnia.**
3. **Poca energía o fatiga.**
4. **Baja autoestima.**
5. **Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.**
6. **Sentimientos de desesperanza.**

Datos y cifras

- A escala mundial, se calcula que casi 300 millones de personas sufren depresión, lo que equivale a un 4,4% de la población mundial.(Organización Panamericana de la Salud, 2017)
- La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad; afecta más a la mujer que al hombre (OMS, 2018)
- La depresión puede afectar, y afecta, a personas de todas las edades, ocupaciones y condiciones sociales, sin embargo el riesgo de adquirirla puede incrementar a causa de la pobreza, el desempleo, acontecimientos vitales importantes como la muerte de un ser querido o la ruptura de una relación sentimental, una afección física o problemas causados por el consumo de alcohol u otras sustancias.(Organización Panamericana de la Salud, 2017)

Fase 3. Evaluación

| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|--|---|----------|-----------------|
| Inicialmente se realizará una entrevista psicológica en donde se preguntarán algunos datos sociodemográficos y el motivo o razón por el cual los estudiantes decidieron participar del módulo de prevención. | ✓ Formulario/Cuestionario de datos sociodemográficos y académicos. (Apéndice A) | 1 Hora | Semana #2 Día 1 |

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p>Se aplicará la <i>Escala de Autoestima de Rosenberg</i>, con el fin de evaluar la valoración autoestima personal de los participantes, en términos de valía personal y de respeto a sí mismo.</p> | <p>✓ <i>Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).</i> (Apéndice F)</p> | 1 Hora | Semana #2 Día 2 |
| <p>Se aplicará la <i>Escala de desesperanza de Beck</i> con el propósito de identificar y evaluar trastornos afectivos y emocionales</p> | <p>✓ <i>Escala de desesperanza de Beck (1988).</i> (Apéndice C)</p> | | |
| <p>Se aplicara la <i>Escala de Valoración del Estado de Ánimo</i> con el fin de determinar el estado de ánimo de los participantes y posibles factores de riesgo</p> | <p>✓ <i>EVEA (Escala de Valoración del Estado de Ánimo)</i>, (Sanz, 2001). (Apéndice G)</p> | 1 Hora | Semana #2 Día 3 |
| Fase 4. Psicoeducación | | | |
| <p>Sesiones #1, 2, 3 y 4</p> <p>Técnicas de reestructuración cognitiva</p> | <p>Descripción</p> <p>En esta sesión se realizarán actividades de entrenamiento en técnicas de reestructuración cognitiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distinción entre pensamientos positivos y negativos y sus efectos sobre la emoción y la acción. • Reconocimiento de distorsiones cognitivas. | <p>Técnicas e Instrumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. (Ubicado en el <i>Drive</i> – Recursos Bibliográficos) | <p>Duración</p> <p>Semana / Día</p> <p>Semana #3</p> <p>45 Minutos - Día 1 y 2</p> <p>1 Hora Semana #4</p> <p>Día 1 y 2</p> |

| | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|---|
| <p>Sesiones #5, 6, 7 y 8</p> <p>Resolución de problemas y Toma de decisiones.</p> | <p>En esta sesión se realizarán actividades de entrenamiento en resolución de problemas y toma de decisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distinción los distintos componentes del proceso de solución de problemas y en qué consiste cada uno de ellos. • Presentación de un modelo de toma de decisiones. • Técnica para solucionar problemas concretos | <ul style="list-style-type: none"> • Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. (Ubicado en el Drive – Recursos Bibliográficos) • Grupos de discusión | <p>45 Minutos - 1 Hora</p> | <p>Semana #5</p> <p>Día 1 y 2</p> <p>Semana #6</p> <p>Día 1 y 2</p> |
| <p>Sesiones #9, 10, 11 y 12</p> <p>Habilidades Sociales</p> | <p>En esta sesión se realizarán actividades de discusión y entrenamiento para el desarrollo de habilidades sociales</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Formatos de autorregistro • Espacios de dialogo individuales | <p>45 Minutos - 1 Hora (x Sesión)</p> | <p>Semana #7</p> <p>Día 1 y 2</p> <p>Semana #8</p> <p>Día 1 y 2</p> |
| Fase 5. Evaluación | | | | |
| Descripción | | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
| <p>Se realizará una breve evaluación sobre las técnicas aprendidas:</p> | | <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión | <p>2 Horas</p> | <p>Semana #9 Día 1</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Se planteará un estudio de caso en el que los participantes deberán poner en práctica sus conocimientos en reestructuración cognitiva, solución de problemas y habilidades sociales.</p> <p>Se plantearán diferentes escenarios de la vida cotidiana, en los que por medio de un juego de roles los participantes deberán darles solución utilizando las técnicas/estrategias aprendidas</p> <p>Posterior a este proceso, se abrirá un espacio de discusión para reflexionar sobre los ejercicios realizados en la sesión</p> <p>Se le solicitará a los estudiantes que respondan un breve cuestionario con el fin de conocer su opinión de los participantes respecto a las técnicas/estrategias que se vieron en las fases 4 y 5.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Formatos de autorregistro • Espacios de dialogo individuales • Juegos de roles • Estudios de caso • Cuestionario de evaluación |
|--|--|

Fase 6. Cierre

| | Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|---------------------|---|--|--------------------|------------------------|
| Conclusiones | Se realizará una actividad de discusión sobre las conclusiones que resultan del módulo. Se facilitará un espacio para que las personas que hayan participado, expresen sus opiniones respecto a las actividades que desarrollaron. Igualmente se socializarán las conclusiones a las que haya llegado cada participante | <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión • Formatos de autorregistro | 30 - 45 Minutos | Semana #10 Día 1 |

| | | | |
|------------------------|--|--|--------------------|
| Recomendaciones | Los facilitadores harán entrega y socialización de material informativo que contenga recomendaciones, para que los participantes puedan aplicar lo aprendido en sus actividades en el día a día, para que todas estas conductas y técnicas aprendidas se conviertan en hábitos de vida saludables. | <ul style="list-style-type: none"> • Espacios de dialogo individuales | 30 - 45 Minutos |
|------------------------|--|--|--------------------|

Fase 7. Seguimiento

| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|---|--|---------------|------------------------|
| Se hará uso del mismo instrumento de evaluación que se utilizó en la Fase 3, con el fin de evaluar la eficacia del modelo. | ✓ <i>Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).</i> (Apéndice F) | 20 Minutos | Semana #20 Día 1 |
| | ✓ <i>Escala de desesperanza de Beck (1988).</i> (Apéndice C) | | Semana #20 Día 2 |
| | ✓ <i>EVEA (Escala de Valoración del Estado de Ánimo), (Sanz, 2001).</i> (Apéndice G) | | Semana #20 Día 3 |

Referencias

Aguilar, M., Brown, E., Cardozo, F., Mejía, J., Paredes, M., Pérez, A., Reyes, M. F., Toro, J., & Zamora, P. (2020).

-
- Uso de sustancias en adolescentes y su asociación con factores de riesgo y protección. Un análisis exploratorio de la encuesta escolar a gran escala de Comunidades Que se Cuidan, Colombia. *Adicciones*, 32(2), 105–115.
- Alarcón, C. D., Varela Arévalo, M. T., Salazar Torres, I. C., Lema Soto, L. F., & Tamayo Cardona, J. A. (2012). Motivaciones Y Recursos Para El Consumo De Sustancias Psicoactivas En Universitarios. *Motivations and Resources for the Consumption of Psychoactive Substances By University Students.*, 17(1), 92–104. <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=85706700&lang=es&site=ehost-live>
- Andres, R., & Caicedo, N. (2013). *Adaptación de la escala AMAS-C en estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño.*
- Arias, F., Brreiro, C., Berdullas, J., Iragui, I., Llorente del Pozo, J. M., Lopez, A., Madoz, A., Martínez, J. M., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, Á., & Villanueva, V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (Socidrogalcohol (ed.)). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.* Asociación Americana de Psiquiatría. <https://doi.org/10.1176/ajp.105.12.920>
- Bruguera, E., Casas, M., Corominas, M., & Roncero, C. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revisión En Neurociencia*, 44(1), 23–31. <https://doi.org/10.33588/rn.4401.2006222>
- Eguiluz, L., Maria, P., & Torres, C. (2017). Estrategias para trabajar con jóvenes que presentan ideas suicidas. *Integración Académica En Psicología*, 5(13), 95–106. <http://integracion-academica.org/22-volumen-5-numero-13-2017/156-estrategias-para-trabajar-con-jovenes-que-presentan-ideas-suicidas>
- Lange, Iltá; Vio, Fe. (2013). *Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior.* 34. www.consortio.edu.pe
-

-
- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., & Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1). <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000100005>
- Ministerio de Salud y Protección social. (2017). *Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud Mental*. 47. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Ministerio Nacional de Salud. (2016). *ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Abece-salud-mental-psicoactivas-octubre-2016-minsalud.pdf>
- Morales, B. N., Plazas, M., Sanchez, R., & Ventura, C. A. A. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(SPEC. ISSUE), 673–683. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000700003>
- Muñoz, F., López-acuña, D., Halverson, P., Macedo, C. G. De, Hanna, W., Larrieu, M., Ubilla, S., & Zeballos, L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública : un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(5), 126–134.
- OMS. (2018). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. In *Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas*. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Sileo, E. (2011). IMAN. Una estrategia para la prevención del suicidio en adolescentes. *Psicología Com Revista Electrónica de Psicología*, 15, 1–17.
-

Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R., Lopez-Peña, P., McCoy, S., & Bautista-Arredondo, S. (2013). Guía para Medir Comportamientos de Riesgo en Jóvenes. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 162.

Tabla 3

Módulo de Prevención. Conducta Suicida

| Objetivos del módulo | Al finalizar el módulo, los participantes estarán en capacidad de: | | |
|--|--|--------------------|--------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar los signos de alerta de conducta suicida • Esclarecer las diferentes rutas de acción y de atención que hay para atender a estos casos | | |
| Fase 1. Introducción al módulo | | | |
| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
| El facilitador dará una introducción al módulo de trabajo, y realizará una breve descripción de las fases del módulo. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Página web de P&P de la Facultad de Psicología ✓ Cronograma de trabajo del módulo | 15 Minutos | Semana #1 Día 1 |
| Se resolverán dudas planteadas por la persona o grupo de personas que se verán beneficiados del programa respecto a la información proporcionada por el facilitador | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Grupos de discusión ✓ Espacios de dialogo individuales | 15 - 20 Minutos | |

| Se solicitará a los participantes la lectura y firma del consentimiento informado para la posterior entrevista y aplicación de las pruebas en la fase de evaluación | ✓ Formato de consentimiento informado | 15 Minutos |
|---|--|--|
| Fase 2. Contextualización | | |
| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración Semana / Día |
| <p>El suicidio es una conducta frecuente entre los adolescentes, actualmente se posiciona entre las primeras causas de mortalidad en la gran mayoría de los países del mundo (Sileo, 2011). Esta es una conducta que se ha investigado por varios años, y se ha encontrado que en varias ocasiones, puede ser prevenido debido a que generalmente se presentan diferentes “signos de alarma” que bien pueden ser, en forma de un comentario, alguna actitud, un gesto, un plan, etc. (Sileo, 2011).</p> <p>Por muchos años se ha creído que hablar del tema puede aumentar el riesgo o probabilidad de aparición de esta conducta, se ha probado que por el contrario puede tener efectos positivos como técnica o estrategia de prevención, ya que permite la identificación de adolescentes vulnerables, y a su nos permite conocer acerca de cómo conciben la muerte y si alguna vez lo han pensado y/o lo han intentado, así a partir de este dialogo se pueden llegar inclusive a posibles soluciones (Sileo, 2011).</p> | <p>✓ Herramientas audiovisuales (Power Point - Prezzi - Genial.ly)</p> <p>✓ Material disponible en el "Drive" del programa</p> | <p>1 Hora</p> <p>Semana #1 Día 2</p> |

El comportamiento suicida es se puede presentar por la presencia de una o más variables (individuales, familiares, socio demográfico, presencia de estímulos estresores), además están relacionados con conductas de alto riesgo que aumentan la probabilidad de un suicidio (Sileo, 2011).

Signos de alerta

Se ha demostrado que el comportamiento suicida tiene ciertos patrones de que se presentan con regularidad, y de ser detectados o identificados a tiempo pueden marcar la diferencia.

- **Generalmente comienza con ciertas ideas y pensamientos espontáneos sobre la propia muerte, y esto va acompañado posteriormente sobre cuestionamientos sobre el propio actuar en el mundo; si la situación descrita anteriormente persiste y además se refuerza en el tiempo, posteriormente se puede ver acompañada de crisis o episodios depresivos, lo que puede llevar a la planeación y al intento suicida (Eguiluz et al., 2017)**

Datos y cifras

- El suicidio está entre las primeras causas de mortalidad en los adolescentes, con una tasa que se incrementa inclusive con tendencia a aumentar en mujeres varios países(Sileo, 2011)
- Al año mueren por suicidio, alrededor de un millón de personas en el mundo, es decir, cada día cerca de 3 000 personas ponen fin a su vida, y por cada persona que se suicida, hay aproximadamente 20 más que lo intentan (Eguiluz et al., 2017). Cada vez que una persona se suicida, esto “afecta en promedio a 25 personas entre familiares, vecinos, amigos, compañeros, que conocen a la persona y se enteran del suicidio o del intento realizado” (Eguiluz et al., 2017, p. 97)

Fase 3. Evaluación

| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|--|---|----------|-----------------|
| Inicialmente se realizará una entrevista psicológica en donde se preguntarán algunos datos sociodemográficos y el motivo o razón por el cual los estudiantes decidieron participar del módulo de prevención. | ✓ Formulario/Cuestionario de datos sociodemográficos y académicos. (Apéndice A) | 1 Hora | Semana #2 Día 1 |

| | | | | |
|---|--|---|-----------------|---------------------|
| Se aplicará la Escala de desesperanza de Beck con el propósito de identificar y evaluar trastornos afectivos y emocionales | | | | |
| | | ✓ <i>Escala de desesperanza de Beck (1988. (Apéndice C)</i> | 1 Hora | Semana #2 Día 2 |
| Se aplicara la Escala de Valoración del Estado de Ánimo con el fin de determinar el estado de ánimo de los participantes y posibles factores de riesgo | | | | |
| | | ✓ <i>EVEA (Escala de Valoración del Estado de Ánimo), (Sanz, 2001). (Apéndice G)</i> | 1 Hora | Semana #3 Día 1 |
| Se el Inventario de Depresión de Beck, con el propósito de identificar y evaluar trastornos afectivos y emocionales | | | | |
| | | ✓ <i>Inventario de Depresión de Beck, IA (BDI-IA), estandarizado por Jurado et al., (1998) (Apéndice D)</i> | 1 Hora | Semana #3 Día 1 |
| Fase 4. Psicoeducación | | | | |
| | Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
| Sesiones #1, 2, 3 y 4 | En esta sesión se realizarán actividades de entrenamiento en técnicas de reestructuración cognitiva: | • Manual de Técnicas de Intervención | 45 Minutos - | Semana #4 Día 1 y 2 |

| | | | | |
|--|---|--|------------------------|--|
| Técnicas de reestructuración cognitiva | <ul style="list-style-type: none"> • Distinción entre pensamientos positivos y negativos y sus efectos sobre la emoción y la acción. Reconocimiento de distorsiones cognitivas. | Cognitivo Conductuales. (Ubicado en el <i>Drive</i> – Recursos Bibliográficos) | 1 Hora | Semana #4 Día 1 y 2 |
| Sesiones #5, 6, 7 y 8 | <p>En esta sesión se realizarán actividades de entrenamiento en resolución de problemas y toma de decisiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Distinción los distintos componentes del proceso de solución de problemas y en qué consiste cada uno de ellos. • Presentación de un modelo de toma de decisiones. • Técnica para solucionar problemas concretos | <ul style="list-style-type: none"> • Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. (Ubicado en el <i>Drive</i> – Recursos Bibliográficos) | 45 Minutos - | Semana #6 Día 1 y 2 |
| Resolución de problemas y Toma de decisiones. | | | 1 Hora | Semana #7 Día 1 y 2 |
| Sesiones #9, 10, 11 y 12 | En esta sesión se realizarán actividades de discusión y entrenamiento para el desarrollo de habilidades sociales | <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión • Formatos de autorregistro • Espacios de dialogo individuales | 45 Minutos - 1 Hora | Semana #8 Día 1 y 2 Semana #9 Día 1 y 2 |
| Habilidades Sociales | | | (x Sesión) | |

| Fase 5. Revisión | | | | |
|--|---|-----------------|---------------------|--|
| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día | |
| <p>Se realizará una breve evaluación sobre las técnicas aprendidas:</p> <p>Se planteará un estudio de caso en el que los participantes deberán poner en práctica sus conocimientos adquiridos respecto a la identificación de situaciones problema y proposición de soluciones alternativas eficaces.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión | | | |
| <p>Se plantearán diferentes escenarios de la vida cotidiana, en los que por medio de un juego de roles los participantes deberán darles solución utilizando las técnicas/estrategias aprendidas</p> <p>Posterior a este proceso, se abrirá un espacio de discusión para reflexionar sobre los ejercicios realizados en la sesión</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Formatos de autorregistro • Espacios de dialogo individuales | 2 Horas | Semana #10 Día 1 | |
| <p>Se le solicitará a los estudiantes que respondan un breve cuestionario con el fin de conocer su opinión de los participantes respecto a las técnicas/estrategias que se vieron en las fases 4 y 5.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Juegos de roles • Estudios de caso • Cuestionario de evaluación | | | |
| Fase 6. Cierre | | | | |
| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día | |
| <p>Conclusiones</p> <p>Se realizará una actividad de discusión sobre las conclusiones que resultan del módulo. Se facilitará un</p> | | 30 - 45 Minutos | Semana #10 | |

| | | | |
|------------------------|--|---|--------------------|
| | espacio para que las personas se hayan participado, expresen sus opiniones respecto a las actividades que desarrollaron. Igualmente se socializarán las conclusiones a las que haya llegado cada participante | • Grupos de discusión | Día 1 |
| Recomendaciones | Los facilitadores harán entrega y socialización de material informativo que contenga recomendaciones, para que los participantes puedan aplicar lo aprendido en sus actividades en el día a día, para que todas estas conductas y técnicas aprendidas se conviertan en hábitos de vida saludables. | • Formatos de autorregistro • Espacios de dialogo individuales | 30 - 45 Minutos |

Fase 7. Seguimiento

| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|---|---|----------|------------------|
| Se hará uso del mismo instrumento de evaluación que se utilizó en la Fase 3, con el fin de evaluar la eficacia del modelo. | ✓ <i>Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).</i> (Apéndice F) | 20 | Semana #20 Día 1 |
| | ✓ <i>Escala de desesperanza de Beck (1988).</i> (Apéndice C) | Minutos | Semana #20 Día 1 |
| | ✓ <i>EVEA (Escala de Valoración del Estado de</i> | | 2 |

| | |
|---|------------------------|
| Ánimo), (Sanz, 2001). (Apéndice G) | |
| ✓ Inventario de Depresión de Beck, IA (BDI-IA), estandarizado por Jurado et al., (1998). (Apéndice D) | Semana #20 Día 3 |

Referencias

- Aguilar, M., Brown, E., Cardozo, F., Mejía, J., Paredes, M., Pérez, A., Reyes, M. F., Toro, J., & Zamora, P. (2020).** Uso de sustancias en adolescentes y su asociación con factores de riesgo y protección. Un análisis exploratorio de la encuesta escolar a gran escala de Comunidades Que se Cuidan, Colombia. *Adicciones*, 32(2), 105–115.
- Alarcón, C. D., Varela Arévalo, M. T., Salazar Torres, I. C., Lema Soto, L. F., & Tamayo Cardona, J. A. (2012).** Motivaciones Y Recursos Para El Consumo De Sustancias Psicoactivas En Universitarios. *Motivations and Resources for the Consumption of Psychoactive Substances By University Students.*, 17(1), 92–104.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=85706700&lang=es&site=ehost-live>
- Andres, R., & Caicedo, N. (2013).** *Adaptación de la escala AMAS-C en estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño.*
- Arias, F., Brreiro, C., Berdullas, J., Iragui, I., Llorente del Pozo, J. M., Lopez, A., Madoz, A., Martinez, J. M., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, Á., & Villanueva, V. J. (2011).** *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (Socidrogalcohol (ed.)). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
-

-
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Asociación Americana de Psiquiatría. <https://doi.org/10.1176/ajp.105.12.920>
- Bruguera, E., Casas, M., Corominas, M., & Roncero, C. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revisión En Neurociencia*, 44(1), 23–31. <https://doi.org/10.33588/rn.4401.2006222>
- Eguiluz, L., Maria, P., & Torres, C. (2017). Estrategias para trabajar con jóvenes que presentan ideas suicidas. *Integración Académica En Psicología*, 5(13), 95–106. <http://integracion-academica.org/22-volumen-5-numero-13-2017/156-estrategias-para-trabajar-con-jovenes-que-presentan-ideas-suicidas>
- Lange, Ita; Vio, Fe. (2013). *Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior*. 34. www.consortio.edu.pe
- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., & Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1). <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000100005>
- Ministerio de Salud y Protección social. (2017). *Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud Mental*. 47. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Ministerio Nacional de Salud. (2016). *ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Abece-salud-mental-psicoactivas-octubre-2016-minsalud.pdf>
- Morales, B. N., Plazas, M., Sanchez, R., & Ventura, C. A. A. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(SPEC. ISSUE), 673–683. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000700003>
-

-
- Muñoz, F., López-acuña, D., Halverson, P., Macedo, C. G. De, Hanna, W., Larrieu, M., Ubilla, S., & Zeballos, L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública : un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(5), 126–134.
- OMS. (2018). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. In *Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas*. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Sileo, E. (2011). IMAN. Una estrategia para la prevención del suicidio en adolescentes. *Psicología Com Revista Electrónica de Psicología*, 15, 1–17.
- Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R., Lopez-Peña, P., McCoy, S., & Bautista-Arredondo, S. (2013). Guía para Medir Comportamientos de Riesgo en Jóvenes. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 162.
-

Tabla 4

Módulo de Prevención. Consumo de tabaco, alcohol y SPA

| Al finalizar el módulo, los participantes estarán en capacidad de: | | | |
|--|---|---|---------------------|
| Objetivos del módulo | • | Caracterizar las conductas adictivas | |
| | • | Identificar los daños y riesgos asociados al consumo de drogas | |
| | • | Caracterizar los factores de riesgo del consumo de alcohol, tabaco y SPA | |
| | • | Reconocer las señales tempranas de riesgo que pueden predecir el abuso de drogas en el futuro | |
| | • | Identificar los períodos de mayor riesgo para el abuso de drogas en la juventud | |
| | • | Identificar los factores de protección ante el consumo de alcohol, tabaco y SPA | |
| | • | Generar y promover espacios de socialización que no involucren el consumo de alcohol, tabaco y SPA | |
| Fase 1. Introducción al módulo | | | |
| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
| El facilitador dará una introducción al módulo de trabajo, y realizará una breve descripción de las fases del módulo. | ✓ Cronograma de trabajo del módulo | 15 Minutos | |
| Se resolverán dudas planteadas por la persona o grupo de personas que se verán beneficiados del programa respecto a la información proporcionada por el facilitador | ✓ Grupos de discusión ✓ Espacios de dialogo individuales | 15 - 20 Minutos | Semana #1 Día 1 |

| <p>Se solicitará a los participantes la lectura y firma del consentimiento informado para la posterior entrevista y aplicación de las pruebas en la fase de evaluación</p> | <p>✓ Formato de consentimiento informado</p> | | |
|---|---|----------------|------------------------|
| <p>Fase 2. Contextualización</p> | | | |
| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
| <p>¿Qué son las drogas, sustancias psicotrópicas, sustancias psicoactivas o SPA?</p> <p>Toda sustancia que introducida en el organismo por cualquier vía de administración (ingerida, fumada, inhalada, inyectada, entre otras) produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento (Ministerio Nacional de Salud, 2016).</p> | <p>✓ Herramientas audiovisuales diversas (Power Point - Prezzi - Genial.ly)</p> | <p>2 Horas</p> | <p>1 Hora</p> |
| <p>Clasificación de SPA</p> <p>Se pueden clasificar en tres grandes grupos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Según sus efectos en el cerebro: pueden ser depresoras o estimulantes del sistema nervioso, o ser alucinógenas. • Según su origen, pueden ser naturales, sintéticas o semisintéticas. • Según la normatividad, pueden ser ilegales o legales (Ministerio Nacional de Salud, 2016). | <p>✓ Material disponible en el "Drive" del programa</p> | | <p>Semana #1 Día 2</p> |

Conductas adictivas

Para hablar sobre conductas adictivas es importante tener en cuenta que conceptualmente estas parten los criterios de dependencia de sustancias psicoactivas, ya que en las adicciones, independientemente si son con o sin sustancias, se presentan los fenómenos de tolerancia, síndrome de abstinencia, etc (Arias et al., 2011).

Según el DSMV, la dependencia a una sustancia se caracteriza por un patrón de conductas de consumo desadaptativas que implican un deterioro o malestar clínicamente significativo en el que se presentan 3 o mas síntomas por un período continuo de 12 meses (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014)

Se entiende entonces que el término “adicción” hace referencia a un conjunto de trastornos psíquicos que se caracterizan por la presencia de una necesidad compulsiva de consumo de sustancias que se caracterizan por tener un alto potencial de abuso y dependencia (drogas), igualmente por presentar desinterés hacia conductas y experiencias que anteriormente formaban parte de la cotidianidad de la persona afectada (Bruguera et al., 2007)

Síntomas

Síndrome de abstinencia: Se entiende que el síndrome de abstinencia asociado al consumo de sustancias, es un estado clínico en el que se presentan diferentes trastornos físicos y psicológicos de diferente intensidad ante la interrupción del consumo o administración de una sustancia (Arias et al., 2011).

Consecuencias

El consumo de SPA:

- ✓ Tiene un impacto negativo a nivel cognitivo ya que especialmente en los adolescentes ya que en esta etapa del ciclo de vida el cerebro está en proceso de maduración, por esto el riesgo del consumo de SPA aumenta (Aguilar et al., 2020).
 - ✓ En cuanto a las drogas ilegales, se ha encontrado que a nivel cognitivo, pueden afectar la coordinación física, la concentración y el juicio; por otro lado, existe un alto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas (como VIH y hepatitis), a causa del uso compartido de agujas; en este grupo de sustancias, en estos casos es de gran importancia tener en cuenta el patrón de consumo ya que por su abuso, puede desencadenar muerte por sobredosis (Alarcón et al., 2012).
 - ✓ El consumo regular de estas drogas puede generar alteraciones a nivel psicológico como depresión y ansiedad (Alarcón et al., 2012).
-

Consumo de Alcohol:

- ✓ **A nivel biológico, se ha encontrado que el consumo excesivo de alcohol a edades tempranas puede estar relacionado con un menor volumen hipocampo y en la corteza pre-frontal, esto repercute negativamente en el desempeño verbal, atencional y viso-espacial de las personas (Aguilar et al., 2020).**
- ✓ **Los consumidores de alcohol son más propensos a desarrollar enfermedades hepáticas, gastritis, pancreatitis así como enfermedades neuropsiquiátricas (síndrome amnésico, delirio, neuropatía periférica, encefalopatía de Wernicke) (Alarcón et al., 2012).**

Consumo de Tabaco:

- ✓ **Se ha encontrado que a nivel biológico, los consumidores de tabaco pueden desarrollar algunos tipos de cáncer (boca, pulmón, lengua), patologías cardíacas y respiratorias; a nivel psicológico se ha demostrado que fumar con regularidad, puede aumentar significativamente el riesgo de presentar síntomas depresivos (Alarcón et al., 2012).**
-

Los aspectos mencionados anteriormente pueden traer consigo dificultades escolares, legales, familiares, afectivos y de salud, lo que implica que esta problemática sea considerada como un tema de salud pública.

Factores de Riesgo

Se ha demostrado que el consumo de sustancias tóxicas como tabaco, alcohol y SPA es uno de los comportamientos que perjudica la salud de los jóvenes a corto y largo plazo; estos pueden estar relacionados en la mayoría de los casos con accidentes de tráfico, peleas, violencia, relaciones sociales problemáticas y se ha demostrado que el consumo de alcohol y SPA tienen diferentes efectos negativos como daños neurológicos y daño físico de órganos importantes, aunque no se limitan a ellos (Vivo et al., 2013)

Un factor de riesgo, "es una característica interna o externa al sujeto cuya presencia aumenta la probabilidad de que se produzca un determinado fenómeno" (Luengo, M. & Romero, T. 1998, p. 45).

- **Factores Individuales:**

- Las actitudes, el sistema de creencias creencias y los valores, son predictores de las conductas de consumo en la
-

adolescencia ya que lo que el adolescente piensa sobre las sustancias, las creencias sobre los efectos que tiene, sobre el acto de consumir y las sensaciones que experimenta con las SPA, son decisivas al momento de optar o no por el consumo

- **Las dificultades en el manejo de competencias sociales, el autoconcepto negativo, bajo nivel de autoestima, la falta de control emocional y la impulsividad, son otros factores de riesgo que pueden influir drásticamente en las conductas de consumo de SPA (Morales et al., 2011).**

- Factores Sociales:

- **En el ámbito educativo, el bajo rendimiento académico, la insatisfacción con el medio, las actitudes negativas con los profesores, con los pares o la institución, son conductas asociadas al consumo de SPA.**
 - **Los grupos sociales (relacionamiento entre pares), se encuentran estrechamente relacionados con las conductas de consumo, influyendo en la toma de decisiones respecto al consumo de sustancias; el poder adquisitivo, la dependencia del grupo, las actividades de ocio en las bares y discotecas, de igual forma si el grupo tiene actitudes y**
-

comportamientos que favorecen el consumo, lo mas probable es que el adolescente adoptara esa conducta inadecuada.

- El grupo familiar y las dinámicas que se dan entre este son considerados igualmente como factores de riesgo respecto al consumo; la percepción negativa de las relaciones familiares por parte de los adolescentes se asocia al consumo de drogas (Morales et al., 2011).

Factores Protectores

Se entiende, que los factores protectores son aquellos, atributos o características individuales, familiares o sociales, que pueden reducir significativamente la posibilidad de uso, abuso o dependencia de las sustancias psicoactivas.

- **Factores individuales:** autoestima, empatía, habilidades sociales, capacidad para afrontar problemas, entre otros.
- **Factores familiares:** respeto, la confianza, las normas y reglas del hogar, entre otros
- **Factores sociales:** participación en actividades comunitarias, normatividad respecto a las sustancias psicoactivas, el acceso a servicios de salud y educación, entre otros.

Datos y Cifras

-
- **En el 2010, el Informe Mundial sobre Drogas (*World Drug Report*) estimó que en el 2008, entre 155 y 250 millones de personas entre los 15 y 64 años (3,5 a 5,7% de la población) habían consumido drogas al menos una vez en el año (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2010).**
 - **El Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas Que se realizó en Colombia en el año 2008, indicó las siguientes cifras sobre la prevalencia del consumo en el último año de diferentes sustancias:**
 - **Sustancias ilegales: 2,74% (9,1% en hombres y 4,5% en mujeres).**
 - **Tabaco: 21,4%, siendo mayor en hombres (29%) que en mujeres (14,7%)**
 - **Alcohol: 61,1% (71,9% hombres y 51,7% mujeres)(Bruguera et al., 2007) (Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes, 2008).**
 - **Los efectos negativos de este comportamiento repercuten en eventos que afectan la salud pública y la seguridad del país; el Estudio Nacional de Consumo de 2013, arrojó las siguientes cifras al respecto del consumo de SPA:**
-

-
- **Aproximadamente 2,6 millones de personas tendrían un patrón de consumo de alcohol de riesgo o perjudicial**
 - **Aproximadamente 500.000 personas, estarían en condición de abuso o dependencia**
 - **El 42.1% de los encuestados declara haber fumado tabaco/cigarrillo alguna vez en la vida (53.6% de los hombres y 31.2% de las mujeres), sin embargo, sólo el 12.9% ha usado esta sustancia al menos una vez en los últimos 30 días (18.8% de los hombres y 7.4% de las mujeres) y se consideran consumidores actuales, lo que equivale a un poco más 3.000.000 de fumadores en el país.**
 - **En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, 87% de las personas encuestadas declara haber consumido alguna vez en la vida, y 35.8% manifiesta haber consumido en los últimos 30 días (lo que equivale a 8,3 millones de personas); se observaron diferencias por sexo: mientras que el porcentaje de los hombres que manifiesta haber consumido alcohol en el último mes es de 46.2%, el de las mujeres de 25.9%**
 - **En términos de la edad de consumo, la mayor tasa se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años con un porcentaje**
-

de 49.2%, y con un valor del 45.4% se define el consumo entre los jóvenes de 25 a 34 años. Le sigue el grupo de 35 a 44 años y luego los de 45 a 65 años con una diferencia de porcentaje de 10%. Los adolescentes entre 12 a 17 años presentan una tasa de consumo del 19.3%

- En relación con el uso de sustancias ilícitas, los datos del estudio indican que el 13.0% de las personas encuestadas ha usado alguna droga ilícita¹ al menos una vez en su vida, un 19.9% de los hombres y el 6.5% de las mujeres.
- El uso reciente o en el último año de alguna droga ilícita fue reportado por el 3.6% de los encuestados, lo que equivale a unas 839 mil personas. El consumo reciente es muy superior entre los hombres (5.9%) que entre las mujeres (1.4%).
- El mayor consumo de sustancias ilícitas en el último año se presenta en el grupo de 18 a 24 años, con una tasa del 8.7%, seguido por los adolescentes con una tasa del 4.8% y las personas de 25 a 34 años, con una prevalencia del 4.3% para dicho período (Ministerio de Justicia y del Derecho et al., 2013).

Fase 3. Evaluación

| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|-------------|-------------------------|----------|--------------|
|-------------|-------------------------|----------|--------------|

| | | | |
|---|---|--------|-----------------|
| Inicialmente se realizará una entrevista psicológica en donde se preguntarán algunos datos sociodemográficos y el motivo o razón por el cual los estudiantes decidieron participar del módulo de prevención. | Formulario/Cuestionario de datos sociodemográficos y académicos. (Apéndice A) | 1 Hora | Semana #2 Día 1 |
| Se aplicará la <i>Escala de Autoestima de Rosenberg</i>, con el fin de evaluar la valoración autoestima personal de los participantes, en términos de valía personal y de respeto a sí mismo | ✓ <i>Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).</i> (Apéndice F) | 1 Hora | Semana #2 Día 2 |
| Se aplicará la <i>Escala de desesperanza de Beck</i> con el propósito de identificar y evaluar trastornos afectivos y emocionales | ✓ <i>Escala de desesperanza de Beck (1988).</i> (Apéndice C) | 1 Hora | Semana #3 Día 1 |
| Se aplicará la <i>Escala de Valoración del Estado de Ánimo</i> con el fin de determinar el estado de ánimo de los participantes y posibles factores de riesgo | ✓ <i>EVEA (Escala de Valoración del Estado de Ánimo), (Sanz, 2001).</i> (Apéndice G) | 1 Hora | Semana #3 Día 2 |
| Se aplicará el Cuestionario ASSIST con el fin de identificar la presencia del consumo de tabaco, alcohol y/o SPA. | ✓ <i>Cuestionario ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)</i> (Apéndice H) | 1 Hora | Semana #4 Día 1 |

Fase 4. Psicoeducación

| | Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|--|---|--|--------------------------------|---------------------|
| Sesiones #1, 2 & 3 | En esta sesión se realizarán actividades de entrenamiento en resolución de problemas y toma de decisiones: | <ul style="list-style-type: none"> Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales. (Ubicado en el <i>Drive</i> – Recursos Bibliográficos) Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. (Ubicado en el <i>Drive</i> – Recursos Bibliográficos) Grupos de discusión | 45 Minutos - 1 Hora | Semana #1 |
| Resolución de problemas y Toma de decisiones. | <ul style="list-style-type: none"> Distinción los distintos componentes del proceso de solución de problemas y en qué consiste cada uno de ellos. Presentación de un modelo de toma de decisiones. Técnica para solucionar problemas concretos | | | Día 1 y 2 |
| | | | | Semana #2 |
| Sesiones #4 & 5 | En estas sesiones se realizarán actividades de socialización sobre el marco normativo del consumo de SPA | <ul style="list-style-type: none"> Grupos de discusión | 45 minutos - 1 Hora (x Sesión) | Semana #3 |
| Normatividad Nacional | | | | Día 1 |
| | | | | Semana #4 |
| Sesiones #6 & 7 | En esta sesión se realizarán actividades de discusión y entrenamiento para el desarrollo de habilidades sociales | <ul style="list-style-type: none"> Formatos de autorregistro Espacios de dialogo individuales | 45 minutos - 1 Hora (x Sesión) | Semana #5 |
| Habilidades Sociales | | | | Día 1 |

| Fase 5. Evaluación | | | |
|---|---|-----------------|---------------------|
| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
| <p>Se realizará una breve evaluación sobre las técnicas aprendidas:</p> <p>Se planteará un estudio de caso en el que los participantes deberán poner en práctica sus conocimientos adquiridos respecto a la identificación de situaciones problema y proposición de soluciones alternativas eficaces.</p> | | | |
| <p>Se plantearán diferentes escenarios de la vida cotidiana, en los que por medio de un juego de roles los participantes deberán darles solución utilizando las técnicas/estrategias aprendidas</p> | | 2 horas | Semana #10 Día 1 |
| <p>Posterior a este proceso, se abrirá un espacio de discusión para reflexionar sobre los ejercicios realizados en la sesión</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión • Formatos de autorregistro • Espacios de dialogo individuales • Juegos de roles • Estudios de caso • Cuestionario de evaluación | | |
| <p>Se le solicitará a los estudiantes que respondan un breve cuestionario con el fin de conocer su opinión de los participantes respecto a las técnicas/estrategias que se vieron en las fases 4 y 5.</p> | | | |
| Fase 6. Cierre | | | |

| | Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|------------------------|---|--|--------------------|---------------------|
| Conclusiones | Se realizará una actividad de discusión sobre las conclusiones que resultan del módulo. Se facilitará un espacio para que las personas que hayan participado, expresen sus opiniones respecto a las actividades que desarrollaron. Igualmente se socializarán las conclusiones a las que haya llegado cada participante | <ul style="list-style-type: none"> • Grupos de discusión • Formatos de autorregistro | 30 - 45 Minutos | Semana #11 |
| Recomendaciones | Los facilitadores harán entrega y socialización de material informativo que contenga recomendaciones, para que los participantes puedan aplicar lo aprendido en sus actividades en el día a día, para que todas estas conductas y técnicas aprendidas se conviertan en hábitos de vida saludables. | <ul style="list-style-type: none"> • Espacios de dialogo individuales | 30 - 45 Minutos | Día 1 |

Fase 6. Seguimiento

| Descripción | Técnicas e Instrumentos | Duración | Semana / Día |
|---|---|-----------------|---------------------|
| Se hará uso del mismo instrumento de evaluación que se utilizó en la Fase 3, con el fin de evaluar la eficacia del modelo. | ✓ <i>Formulario/Cuestionario de datos sociodemográficos y</i> | | |

-
- académicos.*
(Apéndice A)
- ✓ *Escala de Autoestima de Rosenberg (1965).*
(Apéndice F)
- ✓ *Escala de desesperanza de Beck (1988).*
(Apéndice C)
- ✓ *EVEA (Escala de Valoración del Estado de Ánimo), (Sanz, 2001).*
(Apéndice G)
- ✓ *Cuestionario ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)*
(Apéndice H)
-

Referencias

Aguilar, M., Brown, E., Cardozo, F., Mejía, J., Paredes, M., Pérez, A., Reyes, M. F., Toro, J., & Zamora, P. (2020).

Uso de sustancias en adolescentes y su asociación con factores de riesgo y protección. Un análisis exploratorio de la encuesta escolar a gran escala de Comunidades Que se Cuidan, Colombia. *Adicciones*, 32(2), 105–115.

Alarcón, C. D., Varela Arévalo, M. T., Salazar Torres, I. C., Lema Soto, L. F., & Tamayo Cardona, J. A. (2012).

-
- Motivaciones Y Recursos Para El Consumo De Sustancias Psicoactivas En Universitarios. *Motivations and Resources for the Consumption of Psychoactive Substances By University Students.*, 17(1), 92–104.
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=85706700&lang=es&site=ehost-live>
- Andres, R., & Caicedo, N. (2013). *Adaptación de la escala AMAS-C en estudiantes de pregrado de la Universidad de Nariño.*
- Arias, F., Brreiro, C., Berdullas, J., Iragui, I., Llorente del Pozo, J. M., Lopez, A., Madoz, A., Martinez, J. M., Ochoa, E., Palau, C., Palomares, Á., & Villanueva, V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (Socidrogalcohol (ed.)). Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. <http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.* Asociación Americana de Psiquiatría. <https://doi.org/10.1176/ajp.105.12.920>
- Bruguera, E., Casas, M., Corominas, M., & Roncero, C. (2007). Sistema dopaminérgico y adicciones. *Revisión En Neurociencia*, 44(1), 23–31. <https://doi.org/10.33588/rn.4401.2006222>
- Eguiluz, L., Maria, P., & Torres, C. (2017). Estrategias para trabajar con jóvenes que presentan ideas suicidas. *Integración Académica En Psicología*, 5(13), 95–106. <http://integracion-academica.org/22-volumen-5-numero-13-2017/156-estrategias-para-trabajar-con-jovenes-que-presentan-ideas-suicidas>
- Lange, Ita; Vio, Fe. (2013). *Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior.* 34. www.consortio.edu.pe
- Melipillán Araneda, R., Cova Solar, F., Rincón González, P., & Valdivia Peralta, M. (2008). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II en Adolescentes Chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1). <https://doi.org/10.4067/s0718-48082008000100005>
-

-
- Ministerio de Salud y Protección social. (2017). *Guía Metodológica para el Observatorio Nacional de Salud Mental*. 47. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-ross-salud-mental.pdf>
- Ministerio Nacional de Salud. (2016). *ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas*. Minsalud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Abece-salud-mental-psicoactivas-octubre-2016-minsalud.pdf>
- Morales, B. N., Plazas, M., Sanchez, R., & Ventura, C. A. A. (2011). Factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de enfermería. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(SPEC. ISSUE), 673–683. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692011000700003>
- Muñoz, F., López-acuña, D., Halverson, P., Macedo, C. G. De, Hanna, W., Larrieu, M., Ubilla, S., & Zeballos, L. (2000). Las funciones esenciales de la salud pública : un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8(5), 126–134.
- OMS. (2018). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. In *Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas*. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
- Sileo, E. (2011). IMAN. Una estrategia para la prevención del suicidio en adolescentes. *Psicología Com Revista Electrónica de Psicología*, 15, 1–17.
- Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R., Lopez-Peña, P., McCoy, S., & Bautista-Arredondo, S. (2013). Guía para Medir Comportamientos de Riesgo en Jóvenes. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 162.
- Ministerio de la Protección Social y Dirección Nacional de Estupefacientes [Internet]. [Consultado 2009 Oct]. Disponible en: <http://www.descentralizadrogas.gov.co/09/Estudio%20Nal%20 Completo.pdf>
-

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [Internet]. [Consultado 2011 Abril]. Disponible en:

http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf

Vivo, S., Saric, D., Muñoz, R., Lopez-Peña, P., McCoy, S., & Bautista-Arredondo, S. (2013). Guía para Medir Comportamientos de Riesgo en Jóvenes. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 162.

Diseño de la propuesta de Marketing Digital

Se diseñó la propuesta de Marketing Digital del programa “LA SANBUENA TE CUIDA” por medio de la cual se difundirá la información de este a través de las diferentes redes sociales de la universidad. Con esta estrategia se pretende informar a la población estudiantil al respecto del programa, las temáticas que se trabajarán, en dónde podrán inscribirse, a cargo de quien está el programa, entre otros.

Es importante resaltar que las piezas y los diseños que se mostrarán son la base de la estrategia de marketing del programa, por ende, las piezas, o herramientas que se diseñen en un futuro que vayan a estar relacionadas con el programa deberán tener en cuenta los elementos de diseño, la base de colores, logos, iconos y slogan que se mostrarán a continuación.

Elementos de diseño.

Se diseñaron los elementos base para la estrategia digital del programa: (a) paleta de colores (Imagen 1), esta fue utilizada para diseñar las piezas y su contenido y deberán usarse los mismos colores para los diseños que se hagan más adelante; (b) se diseñó un icono para el programa para generar un mayor impacto y “recordación” en la comunidad bonaventuriana por esto se decidió que fuera un Fraile (Imagen 2) ya que este representa la cultura de la Universidad y los valores Franciscanos sobre los que esta construida, el personaje deberá ser usado en todas las piezas gráficas y la publicidad que se realice sobre el programa.



Imagen 1. Paleta de colores para el diseño de las piezas gráficas.



Imagen 2. Icono del programa “LA SANBUENA TE CUIDA”

Piezas digitales.

Se diseñaron 6 piezas que deberán ser publicadas en las diferentes redes sociales de la universidad con el fin de transmitir la información del programa de manera amigable, dinámica, llamativa y concreta. La primera pieza que se diseñó fue el Banner Web (Imagen 3), esta deberá ubicarse en el carrusel de la página principal de la universidad; la segunda es la pieza informativa sobre el programa (Imagen 4) esta pieza contiene la misma información que el Banner Web, pero esta pieza deberá publicarse en las redes sociales de la universidad; la tercera pieza que se diseñó fue la del módulo de prevención de Trastornos de Ansiedad (Imagen 5), esta junto con el resto de las piezas deberán publicarse en las redes sociales de la universidad; la cuarta pieza fue la del módulo de prevención de Trastornos de Depresivos (Imagen 6), la quinta pieza corresponde al módulo de prevención de Conducta Suicida (Imagen 7), y la última pieza que se diseñó fue la del módulo de prevención de consumo de tabaco, alcohol y SPA (Imagen 8).



Imagen 3. Banner Web, aquí se mencionan los módulos de prevención que se trabajarán en el programa.



Imagen 4. Pieza informativa sobre el programa



Imagen 5. Pieza informativa sobre el módulo de Prevención de Trastornos de Ansiedad



Imagen 6. Pieza informativa sobre el módulo de Prevención de Trastornos Depresivos





Imagen 7. Pieza informativa sobre el Módulo de prevención de Conducta Suicida


Imagen 8. Pieza informativa sobre el Módulo de prevención de Consumo de Tabaco, Alcohol y SPA

Contenido.

Se elaboró la parrilla de contenido (Tabla 5), en esta se muestra el orden en el que se realizaran las publicaciones de las piezas, se definió el texto que acompañará cada publicación, se puede observar la fecha tentativa de publicación y la red social en la que deberán publicarse.

Tabla 5

Parrilla de contenido

| Pieza | Texto | Red Social |
|--|---|--|
|  | <p>La Facultad de Psicología te invita a conocer nuestro programa de prevención “La Sanbuena te cuida”.</p> <p>En este trataremos diferentes temáticas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevenición de Trastornos de Ansiedad • Prevenición de Trastornos Depresivos • Prevenición de conducta Suicida • Prevenición de consumo de sustancias psicoactivas, alcohol y tabaco <p>Si quieres participar o conoces a alguien que le interese escríbenos a pyppsicologiausbog@gmail.com o acércate a la facultad de Psicología y pregunta por nosotros.</p> | <p>Instagram</p> <p>&</p> <p>Facebook</p> |



¿Has sentido que en algunos momentos te preocupas excesivamente por diferentes situaciones?

¿Sientes que a veces estar preocupado te impide avanzar en tu vida?

Si te sientes identificad@ con alguna de estas situaciones este programa es para ti!

La Facultad de Psicología y el programa “La Sanbuena te cuida” te invitan a hacer parte de nuestro primer módulo enfocado a la prevención de trastornos de ansiedad, que dará inicio el 20 de Agosto de 2020

Realizaremos diferentes talleres en los que trataremos los siguientes temas:

- Signos y síntomas de los trastornos de ansiedad
- Estrategias para el manejo de la ansiedad en diferentes contextos

Si estas interesado en participar o conoces a alguien que le interese escríbenos a pyppsicologiausbbog@gmail.com o acércate a la facultad de Psicología y pregunta por nosotros.



¿Hay momentos en los que te sientas tan triste que no te dan ganas de hacer nada más?

¿Te ha pasado últimamente que la tristeza que sientes te sobre pasa por completo?

¿Sientes que la percepción que tienes de ti mism@ es en su mayoría negativa?

Si te sientes identificad@ con alguna de estas situaciones, o te han pasado cosas similares, este programa es para ti!

La Facultad de Psicología y el programa “La Sanbuena te cuida” te invitan a hacer parte de nuestro módulo enfocado a la prevención de trastornos depresivos, que dará inicio el 20 de Agosto de 2020.

Instagram

&

Facebook

Realizaremos diferentes talleres en los que trataremos los siguientes temas:

- Signos y síntomas de los trastornos depresivos
- Factores de riesgo de los trastornos depresivos
- Afrontamiento de estados de ánimo negativos
- Resolución de problemas

Si estas interesado en participar o conoces a alguien que le pueda interesar, puedes escribir al correo pyppsicologiausbog@gmail.com o acércate a la facultad de Psicología y pregunta por nosotros.

¿Has tenido ideas o pensamientos espontáneos sobre la muerte?

¿Alguna persona cercana a ti ha intentado atentar contra su vida y no has sabido cómo ayudarla?

Sabias que:

- Al año mueren por suicidio, alrededor de un millón de personas en el mundo.
- El suicidio está entre las primeras causas de mortalidad en los adolescentes.
- Cada vez que una persona se suicida, esto “afecta en promedio a 25 personas entre familiares, vecinos, amigos, compañeros, que conocen a la persona y se enteran del suicidio o del intento realizado”.



La Facultad de Psicología y el programa “La Sanbuena te cuida” te invita a hacer parte de nuestro módulo enfocado a la prevención del suicidio, que dará inicio el 20 de Agosto de 2020.

Realizaremos diferentes talleres en los que trataremos los siguientes temas:

- Signos de alerta de conducta suicida
- Rutas de acción y de atención que hay para atender a estos casos

Si estas interesado en participar o conoces a alguien que le pueda interesar, puedes escribir al correo pyppsicologiausbbog@gmail.com o acércate a la facultad de Psicología y pregunta por nosotros.

Instagram

&

Facebook

La Facultad de Psicología y el programa “La Sanbuena te cuida” te invita a hacer parte de nuestro módulo enfocado a la prevención de consumo de tabaco, alcohol y SPA que dará inicio el 20 de Agosto de 2020

-Realizaremos diferentes talleres en los que trataremos los siguientes temas:

- Daños y riesgos asociados al consumo de drogas
- Caracterizar los factores de riesgo del consumo de alcohol, tabaco y SPA
- Reconocer las señales tempranas de riesgo que pueden predecir el abuso de drogas en el futuro
- Identificar los períodos de mayor riesgo para el abuso de drogas en la juventud
- Factores de protección ante el consumo de alcohol, tabaco y SPA

Instagram

&

Facebook



Si estas interesado en participar o conoces a alguien que le pueda interesar, puedes escribir al correo pyppsicologiausbbog@gmail.com o acércate a la facultad de Psicología y pregunta por nosotros.

Discusión

Es importante resaltar la pertinencia del modelo *Preceed-Proceed* para la estructuración del programa de prevención “*La Sanbuena te cuida*”, ya que como mencionan Weissberg, Kumpfer y Seligman 2003, para la realización exitosa de un programa de prevención, es necesario partir de un proceso diagnóstico sólido que contemple los múltiples factores que pueden influir en la implementación efectiva del programa.

Si bien es cierto que en algunos países de Lationamérica se ha venido implementando el modelo de Universidades Saludables, como en Argentina y Perú, el alcance que tienen actualmente sus programas y modelos esta mucho mas avanzado, respecto a lo que se ha realizado en Colombia, a pesar de esto, en Colombia se ha visto que ya algunas instituciones como la Universidad Javeriana y la Universidad Nacional han desarrollado programas encaminados hacia la consolidación de las UPS en el país.

Por lo mencionado anteriormente, se puede decir que los antecedentes de UPS en Colombia a pesar de que nos son muy amplios fueron de gran ayuda para el diseño del programa “*La San Buena te cuida*” como el primer paso para la Universidad San Buenaventura inicie un proceso de transformación con el fin de ser reconocida como una Universidad Promotora de Salud.

Al implementar el programa “*La san buena te cuida*” se espera que la comunidad estudiantil pueda identificar los diferentes factores de riesgo asociados con conductas que afectan la salud tanto física como mental, por esto es de gran importancia que las estrategias planteadas en el presente documento sean implementadas con gran rigurosidad y que la

facultad de Psicología en conjunto con el departamento de bienestar trabajen en conjunto para llevar a cabo las actividades que aquí se proponen y ampliar el alcance del programa.

Es importante tener en cuenta que al momento de realizar la fase diagnóstica, es decir, la implementación del modelo *Preceed*, se tenga en cuenta el contexto actual en el que se encuentra la comunidad, y que las estrategias pueden modificarse de acuerdo a las necesidades de la comunidad estudiantil así como los recursos económicos, humanos y de tiempo de los que se puedan disponer.

Se sugiere que para el desarrollo y la implementación de este programa se reúnan los directivos de la Facultad de Psicología, la vicerrectoría académica y el Departamento de Bienestar para identificar las políticas que sería necesario considerar al momento de implementar el programa, ya que el desarrollo exitoso de este depende en gran parte de la estructuración y recursos institucionales que se le asignen.

Se sugiere delimitar algunas acciones y actividades en términos de desarrollo institucional, formación académica, bienestar universitario, proyección social e investigación:

Gestión Institucional.

1. Conformar un comité de Salud en la universidad que esté a cargo de supervisar y gestionar todas las actividades relacionadas con promoción y prevención que se lleven a cabo en la universidad.
2. Generar políticas de promoción y prevención enmarcadas dentro de la alimentación saludable, salud sexual y reproductiva, cultura de paz y respeto, actividad física y conservación de ambiente y espacios saludables.

3. Establecer alianzas estratégicas con la localidad para fomentar la promoción de la salud y prevención de diferentes comportamientos que afectan la salud física y mental de la comunidad
4. Sistematización de las experiencias y estrategias que se implemente con el fin de generar evidencia y promover la replicabilidad de las mismas en otras instituciones.

Formación académica

1. Transversalizar en los programas académicos de pre grado, los contenidos de los ejes
2. temáticos de Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad.
3. Crear cursos lectivos de pregrado y post grado, así como diplomados y maestrías relacionados con prevención de la enfermedad
4. Promover los comportamientos saludables con el fin de prevenir la aparición y aumento de comportamientos que afecten la salud de los alumnos

Bienestar Universitario

1. Fomentar las prácticas saludables de alimentación y nutrición en la cafetería principal y los diferentes lugares de expendio de alimentos que se ubican dentro de la universidad
2. Impulsar actividades de información, espacios de consejerías en alimentación y nutrición saludable, salud sexual y reproductiva, salud mental, prevención del consumo de alcohol, tabaco y SPA.

Proyección Social y Extensión Universitaria

1. Difundir efectivamente los ejes temáticos del programa “La Sanbuena te cuida” en los ámbitos de su influencia como redes sociales, correo institucional, la emisora de la universidad y la página web

2. Implementar estrategias informativas sobre universidad saludable.
3. Fomentar el voluntariado y emprendimiento universitario para la prevención trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo (depresión), conducta suicida, consumo de alcohol, drogas y tabaco.

Por último es importante resaltar que este programa está diseñado para ser implementado por estudiantes de la facultad de psicología con la directriz de la facultad de Psicología y la dirección de investigación de la Facultad de Psicología. Los estudiantes que queden a cargo de la implementación de este programa deberán hacer una revisión exhaustiva del presente documento y las “ayudas” bibliográficas ubicadas en el “drive” de programa; también deberán tener en cuenta que el trabajo en conjunto con el departamento de Bienestar es indispensable para el desarrollo exitoso de este programa de prevención.

Referencias

- Acevedo, G., Martínez, G. & Estario, J. (2007). *Manual de Salud Pública*. Argentina: Editorial Encuentro.
- Acosta, R. (2008). *Saneamiento ambiental e higiene de los alimentos*. Córdoba, Argentina: Editorial Brujas.
- Aguilar, M. (2001). *La Participación Comunitaria en Salud: ¿mito o realidad?: evaluación de Experiencias en Atención Primaria*. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to action: A theory of planned behavior. En J. Kuhl & J. Beckman (Eds.). *Action Control: From Cognitions to Behaviors*. New York: Springer, 11-39.
- Alonso, J. (2003). *Cuestionario de Salud SF-36 (Versión 2)*. Barcelona: Institut Municipal d'Investigació Mèdica.
- Armus, D. (2012). Investigación en historia de la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública*, 16(3), 264-271.
- Arrivillaga, M. (2009). Psicología y salud pública: tensiones, encuentros y desafíos. *Universitas Psychologica*, 8(1), 137-148.

- Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barra, E. (2001). Modelos psicosociales para la promoción de salud y prevención de enfermedades. *Ciencia y enfermería*, 7(2), 19-25.
- Bastías, E. & Stiepovich, J. (2014). Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios Iberoamericanos. *Revista de Ciencia y Enfermería*, 20(2), 93-101.
- Basurto, S. & Vergara, I. (2011). *Estrategias y herramientas de promoción de la salud*. España: Elsevier.
- Becerra, S. (2016). Descripción de las conductas de salud en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 34(2), 239-260.
- Beck, A. & Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale. Manual*. New York: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Bennasar, M. (2012). Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. (Tesis doctoral). Universitat de les Illes Balears. España. En Blanco, J. & Maya, J. (2005). *Fundamentos de salud pública*. Medellín: Corporación para investigaciones biológicas.
- Borthwick-Duffy, S.A. (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. En L. Rowitz (Ed.). *Mental retardation in the year 2000*. (pp. 52-66). Berlín: Springer-Verlag.

- Campo, Y. (2015). *La formación universitaria y su contribución en la adopción de estilos de vida saludable: una mirada desde los significados de los estudiantes de una escuela de medicina*. (Tesis de grado). Universidad Santo Tomás. Bogotá.
- Caro, A. & Rebolledo, R. (2017). Determinantes para la práctica de actividad física en estudiantes universitarios. *Revista Duazary*, 14(2), 204-211.
- Carrobes, J. A. (1993). Prólogo. En M. A. Simón (Ed.). *Psicología de la salud: aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Cely, H. B. (30 de Abril de 2019). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad por parte de Bienestar Institucional de la Universidad de Sal Buenaventura. Bogotá. (Pinilla, E. & Romero, S. Entrevistador).
- Colegio Colombiano de Psicólogos. (2015). *Ley 1090 del 2006 deontológica y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia*. Manual Moderno: Colombia. Recuperado de http://colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006.pdf
- Corte Constitucional de Colombia. (2015). *Código de la infancia y la adolescencia - ley 1098 de 2006*. Bogotá: Corte Constitucional de Colombia. Recuperado de http://www.oas.org/DIL/ESP/Codigo_de_la_Infancia_y_la_Adolescencia_Colombiana.pdf
- Delgado, M., Gargiulo, M., Masciovecchi, M. & Moreira, V. (2007). *¿Cómo participamos? La intervención del equipo de salud en los procesos de Participación Social*. Actas

- del 3.er Congreso de Atención Primaria de Salud. Participación comunitaria y problemáticas sociales complejas.* Buenos Aires.
- Díaz, L., Rosero, R., Melo, M. & Aponte, D. (2013). Habilidades para la vida: análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 4(2), 181-200.
- Díaz, V. (2010). La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectivas. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(1), 57-71.
- Estupiñán, J. & Uribe, F. (2019). *Actividad física y manejo del estrés académico en estudiantes de la Universidad Cooperativa de Colombia.* (Trabajo de grado). Bucaramanga: Universidad Cooperativa de Colombia.
- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51-74.
- Fernández, G. (2006). Sección de Prólogo. En VillaAndrada, J., Ruíz, E. & Ferrer, J. *Antecedentes y Concepto de Educación para la Salud. Documento de apoyo a las actividades de Educación para la Salud 4.* Mérida, España: Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Consumo.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research.* Reading, MA: Addison-Wesley.
- Flórez, L. (1997). Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud en población adulta. *Psicología Conductual*, 5(3), 313-344.

- Flórez, L. (2007). *Psicología social de la salud: promoción y prevención*. Bogotá: Editorial Manual Moderno.
- Frenk, J. (1992). *La nueva salud pública*. Trabajo preparado para la OPS. La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Washington, D. C.
- Fonseca, E., Paino, M., Sierra, S., Lemos, S. & Muñiz, J. (2012). Propiedades psicométricas del “Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI) en universitarios. *Behavioral Psychology*, 20(3), 547-561.
- Fusté-Escolano, A. (2010). Comportamiento y salud. En Oblitas. *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning Editores.
- García, J., Owen, E. & Flórez, L. (2005). Aplicación del Modelo Precede-Procede para el diseño de un programa de educación en salud. *Psicología y Salud*, 15(1), 135-151.
- García, D. (2018). *Situación de salud pública y creencias en salud de los jóvenes universitarios de la Corporación Universitaria Lasallista*. (Tesis de Maestría). Universidad Autónoma de Manizales.
- Gaviria, A. (2016). La Universidad de Antioquia como institución promotora de la salud (Medellín, Colombia, 2010-2013). *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 18(1), 13-30.
- Gil Roales-Nieto, J. (1998). *Manual de psicología de la salud*. Madrid: Némesis.

- Giraldo, A., Toro, M., Macias, A., Valencia, C. & Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.
- Gómez, L. & Rabanaque, M. (2000). Concepto de Salud. En Concha, C, Álvarez, C., & Días, D. *Promoción de la salud y cambio social*. (3-11). España: Elsevier.
- Gómez, M. (1992). *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*. Universidad de Montreal: Unidad de Salud Internacional.
- Gómez, M. & Sabeh, E. (s.f). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca.
- González, C. (2009). Propiedades psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en una muestra bogotana. *Psychologia. Avances de la Disciplina*, 3(2), 17-30.
- González, D., Grijalva, M., Montiel, M. & Ortega, M. (2018). Identificación de factores predisponentes, reforzadores y capacitadores para una alimentación y actividad física adecuadas en escolares sonorenses. *Región y Sociedad*, 72, 1-33.
- Green, J. & Kreuter, M. (1991). *Health Promotion Planning. An Educational and Enviromental Approach*. (2da. Ed.). Mayfield: Publishing Company.
- Guibert, W., Grau, J. & De la C. Prendes, M. (1999). ¿Cómo hacer más efectiva la educación en salud en la atención primaria? *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 176-83.

Hanlon, J. (1974). *Public Health Administration and Practice*. En Álvarez, R. & Kuri, P. (2018). *Salud Pública y medicina preventiva*. Ciudad de México: Editorial El Manual moderno, S. A. de C. V.

Haro, M., Lescay, D. & Arguello, L. (2016). El fomento de estilos de vida saludables entre los estudiantes de la Educación Superior. *Revista Electrónica Formación y Calidad Educativa*, 4(3), 183-194.

Hernando, M. (2011). La promoción de la salud en el desarrollo comunitario. En Perea, R. *Educación para la salud y calidad de vida*. (pp. 179-205). España: Ediciones Díaz de Santos.

Kuhl, J. (1985). From cognition to behavior: Perspectives for future research on action control. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.). *Action Control: From Cognition to Behavior*. (pp. 287-295). Berlín: Springer.

Lain, P. (1975). *Historia Universal de la medicina*. Barcelona: Salvat.

Lalonde, M. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ontario: Minister of Supply and Services Canada.

Lange, I. & Vio, F. (2013). *Guía para Universidades Saludables y otras instituciones de Educación Superior*. Chile: Universidad Católica de Chile y Universidad de Chile.

Lederer, A. & Oswalt, S. (2017). The Value of College Health Promotion: A Critical Population and Setting for Improving the Public's Health. *American Journal of Health Education*, 48(4), 215-218.

León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A. & Herrera, I. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Editorial UOC.

Lotion, R. (1991). Prevention and public health: Psychology's response to the nation's health care crisis. *American Psychologist*, 46(5), 516-519.

Lugo, L., García, H. & Gómez, C. (2006). Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 24(2), 37-50.

Marín, B., Coyle, K., Gómez, C., Carvajal, S. & Kirby, D. (2000). Older boyfriends and girlfriends increase risk of sexual initiation in young adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 27, 409-418.

Martínez, J. & Balaguer, A. (2016). Universidad saludable: una estrategia de promoción de la salud y salud en todas las políticas para crear un entorno de trabajo saludable. *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales*, 19(3), 175-177.

Martínez, J., Gómez, A., García, M., Sospedra, I., Norte, A. & Cortell, J. (2018). Análisis de las acciones de promoción de la actividad física desarrolladas por las universidades públicas valencianas. *Revista de Nutrición Hospitalaria*, 35(6), 1401-1415.

Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817.

Ministerio de Salud. (1993). *Resolución Número 8430*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). *Orientaciones para el desarrollo de Ciudades, Entornos y Ruralidad Saludable (CERS)*. Bogotá: MSPS.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). Minsalud. Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/Promoci%C3%B3nyPrevenci%C3%B3n.aspx>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Lineamientos para operar programas preventivos. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/lineamientos-programas-preventivos.pdf>

Mischel, W. & Shoda, Y. (1995). A cognitive-affective system theory of personality. Reconceptualizing situations, dispositions dynamics, and invariance in personality structure. *Psychological Review*, 102(2), 246-268.

Montero, I. & León, O. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2(3), 503-508.

Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.

Moss-Morriss, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L. & Buick, D. (2002).

The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16.

Nunes, E. (1983). *Medicina social: aspectos históricos y teóricos*. Sao Pablo: Global.

Oblitas, L. (2010). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Cengage Learning Editores.

Oblitas, L., Becoña, E. & Vázquez, F. (2000). Psicología de la salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En Oblitas, L. & Becoña, E. *Psicología de la salud* (pp. 11-52). México, D.F.: Plaza y Valdés, S. A. de C. V.

Oblitas, L., Becoña, E. & Vázquez, F. (2000). Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía? En Oblitas, L. & Becoña, E. *Psicología de la salud* (pp. 67-110). México, D.F.: Plaza y Valdés, S. A. de C. V.

Ocaña, J. (2016). *Estudio comparativo de la construcción de una Universidad Promotora de Salud con la participación estudiantil: a propósito de los casos de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y de la Pontificia Universidad Javeriana de Bogotá Colombia*. (Tesis para título de posgrado). Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Facultad de Medicina.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. Hacia un nuevo concepto de la salud pública*. Ontario, Canadá: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1998). En Vargas, I., Villegas, O., Sánchez, A. & Holthuis, K. (2003). *Promoción, prevención y educación para la salud*. Costa Rica: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*. OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Documentos básicos*. Italia: Ediciones de la OMS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Desafíos para la Educación en Salud Pública. La reforma sectorial y las Funciones Esenciales de Salud Pública*. Washington, D. C: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *La salud en las Américas. Nuevos conceptos, Análisis para el desempeño y Bases para la acción*. Publicación científica y Técnica No.589. Washington, D. C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (s.f.). *Gestión de la información y conocimiento - Universidades saludables*. Perú. Recuperado de https://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1543:gestion-de-la-informacion-y-conocimiento-universidades-saludables&Itemid=719

- Organización Panamericana de la Salud. (OPS). (s.f.). *Acerca de las Universidades Promotoras de Salud*. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10669:2015-about-health-promoting-universities&Itemid=820&lang=es
- Pacheco, M., Michelena, M., Mora, R. & Miranda, O. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(2), 157-168.
- Prado, G. & Celinda, C. (2015). *Efectos del programa PRM en la inteligencia emocional en un grupo de estudiantes dentro del marco prospectivo de universidad saludable*. (Tesis de Maestría). Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Psicología.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for Good*. New York: Avon Books.
- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25, 56-83.
- Restrepo, H. & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Internacional.
- Red Colombiana de Instituciones de Educación Superior y Universidades Promotoras de Salud. (REDCUPS). (s.f.). *Quiénes somos*. Recuperado de <http://proinapsa.uis.edu.co/redcups/quienessomos.html>

- Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud (RIUPS). (2007). *Acta constitutiva de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud*. Juárez, México. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/2007-ActaConstitutivaRIUPS.pdf>
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91*, 93-114.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rueda, C. & Vélez-Botero, H. (2010). Características psicométricas de un cuestionario de afrontamiento. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar, 6(2)*, 281-97.
- Sánchez, M. & De Luna, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Revista de Nutrición Hospitalaria, 31(5)*, 1910-1919.
- Sanz, J. (2001). Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: La “Escala de Valoración del Estado de Ánimo” (EVEA). *Análisis y Modificación de Conducta, 27(111)*, 71-110.
- Schwarzer, R. & Fuchs, R. (1995). Self-Efficacy and health behaviours. En M. Conner & P. Norman (Eds.). *Predicting Health Behaviour*. (163-196). Buckingham: Open University Press.

- Sheeran, P. & Abraham, Ch. (1995) The health belief model. In M. Conner & P. Norman (Eds.). *Predicting Health Behaviour*. (pp. 23-52). Buckingham: Open University Press.
- Sierra, C. (2017). *Diseño de un programa psicoeducativo mediante una intervención enfermera para el aumento del afrontamiento y la autoestima* (Tesis de Maestría). Universitat Jaume.
- Smilkstein, G. (1978). The family APGAR: Aproposal for a family function test and its used by physicians *The Journal of Family Practice*, 6, 12-31
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Suárez, M. & Alcalá, M. (2014). APGAR Familiar: una herramienta para detectar disfunción familiar. *Revista Médica La Paz*, 20(1), 53-57.
- Terris, M. (1980). La revolución epidemiológica y la medicina social. En Salleras, L. *Educación sanitaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A.
- Terris, M. (1990). Epidemiología y liderazgo en salud pública: La formación en epidemiología para el desarrollo de los servicios de salud. En Acosta, R. *Saneamiento ambiental e higiene de los alimentos*. Argentina: Editorial Brujas.
- Tiburcio, M., Rosete-Mohedano, G., Natera, G., Martínez, N., Carreño, S. & Pérez, D. (2016). Validez y confiabilidad de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) en estudiantes universitarios. *Adicciones*, 28(1), 19-27.

- Tobón, O. & García, C. (2004). *Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud*. Colombia: Editorial Universidad de Caldas.
- Villavicencio, J. (2013). En Gobierno de Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Promoción y prevención en salud*. Guatemala: MSP.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483
- Weinstein, N. D. (1988). The precaution adoption process. *Health Psychology*, 7(4), 355-386.
- Weissberg, R., Kumpfer, K. y Seligman, M. (2003). Prevention that works for children and youth: An introduction. *Psychologist*, 58(6-7), 425-432.
- Winslow, C. (1920). The Untilled Fields of Public Health. *Science*, 51(1306), 23-33.
- Witte, K. (1992). Putting the fear back into fear appeals: The extended parallel process model. *Communication Monographs*, 59, 329-349.

Apéndices

Apéndice A

Cuestionario de Datos Sociodemográficos

Edad:

Sexo: Femenino___ Masculino___

Estrato: Bajo-bajo___ Bajo___ Medio-bajo ___ Medio. ___ Medio-alto___ Alto ___

Programa:

| Psicología | Ingeniería Multimedia |
|---|------------------------------|
| Licenciatura en Educación para la Primera Infancia | Ingeniería de Sonido. |
| Licenciatura en Filosofía. | Economía. |
| Licenciatura en Teología. | Administración de Empresas |
| Ingeniería de Sistemas. | Contaduría Pública. |
| Ingeniería Electrónica. | Ciencia Política. |
| Ingeniería Aeronáutica | Derecho |
| Ingeniería Mecatrónica | Relaciones Internacionales. |

Semestre:

1 **6**

2 **7**

3 **8**

4 **9**

5 **10**

Apéndice B

AMAS - C

| | | |
|----|----|--|
| SI | No | 1. Parecería que los demás hacen las cosas con mayor facilidad que yo. |
| SI | No | 2. Me preocupo demasiado por las pruebas o exámenes. |
| SI | No | 3. Siento que a los demás les desagrada la forma en que hago las cosas. |
| SI | No | 4. Me cuesta trabajo tomar decisiones. |
| SI | No | 5. Tengo problemas para conciliar el sueño la noche anterior a una prueba importante. |
| SI | No | 6. Estoy preocupado(a) gran parte del tiempo. |
| SI | No | 7. Me preocupo incluso por las pruebas breves y poco importantes. |
| SI | No | 8. Siempre soy amable. |
| SI | No | 9. Siento que alguien me va a decir que hago las cosas mal. |
| SI | No | 10. Siempre soy educado(a). |
| SI | No | 11. No importa cuánto estudie para un examen, nunca es suficiente. |
| SI | No | 12. Los demás son más felices que yo. |
| SI | No | 13. Me preocupa lo que otros piensen de mí. |
| SI | No | 14. Resolver una prueba se me dificulta más a mí que a los demás. |
| SI | No | 15. Me preocupa hacer lo correcto. |
| SI | No | 16. Siempre soy bueno(a). |
| SI | No | 17. En la mayoría de los exámenes, espero que mi calificación será peor de lo que resulta ser. |
| SI | No | 18. Me preocupa lo que vaya a suceder. |
| SI | No | 19. Es frecuente que se me describa como intranquilo(a). |
| SI | No | 20. Me es difícil concentrarme en mis estudios. |
| SI | No | 21. Siempre soy agradable con todos. |
| SI | No | 22. Es fácil que hieran mis sentimientos cuando me llaman la atención. |
| SI | No | 23. Sin importar cuánto estudie para un examen, de todos modos me siento nervioso(a). |
| SI | No | 24. Siempre digo la verdad. |
| SI | No | 25. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no resultan bien para mí. |
| SI | No | 26. Con frecuencia me siento solo(a) cuando estoy con otras personas. |
| SI | No | 27. Odio tener exámenes. |
| SI | No | 28. Nunca me enoja. |
| SI | No | 29. Me preocupa cómo me está yendo en mis estudios. |
| SI | No | 30. Me preocupo cuando me acuesto a dormir. |
| SI | No | 31. Es frecuente que me sienta enfermo(a) antes de una prueba. |
| SI | No | 32. Estoy nervioso(a). |
| SI | No | 33. Los exámenes me ponen nervioso(a). |
| SI | No | 34. Con frecuencia me siento inquieto(a). |
| SI | No | 35. Me preocupa el futuro. |
| SI | No | 36. Mis músculos se sienten tensos. |
| SI | No | 37. Después de un examen, me siento preocupado(a) hasta que me entero de mi resultado. |
| SI | No | 38. Me preocupo mucho por el pasado. |
| SI | No | 39. Me siento nervioso(a) cuando tengo una prueba, incluso si estoy bien preparado(a). |
| SI | No | 40. Es frecuente que me sienta acelerado(a) o intranquilo(a). |
| SI | No | 41. Siempre me preocupo por las pruebas o exámenes. |
| SI | No | 42. Me siento solo(a) aun cuando estoy acompañado(a) por otras personas. |
| SI | No | 43. Es fácil que hieran mis sentimientos. |
| SI | No | 44. A veces me preocupo tanto por una prueba que me duele la cabeza. |
| SI | No | 45. Es frecuente que sienta mi cuerpo tenso. |
| SI | No | 46. Es frecuente que me sienta cansado(a). |
| SI | No | 47. En ocasiones noto que mi corazón late con mucha rapidez. |
| SI | No | 48. Me simpatizan todas las personas que conozco. |
| SI | No | 49. A veces me preocupo acerca por cosas que en realidad no tienen importancia. |

Apéndice C

Escala de Desesperanza de Beck

Evalúa: Expectativas de la persona sobre su futuro

Nº de Ítems: 20

Administración: Auto aplicada

| | | |
|---|---|---|
| Espero el futuro con esperanza y entusiasmo | V | F |
| Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mi mismo | V | F |
| Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así | V | F |
| No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años | V | F |
| Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer | V | F |
| En el futuro espero poder conseguir los que me pueda interesar | V | F |
| Mi futuro me parece oscuro | V | F |
| Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio | V | F |
| No logro hacer que las cosas cambien y no existen razones para creer que pueda en el futuro | V | F |
| Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro | V | F |
| Todo lo que puedo ver hacia adelante es más desagradable que agradable | V | F |
| No espero conseguir lo que realmente deseo | V | F |
| Cuando miro hacia el futuro espero que seré más feliz de lo que soy ahora | V | F |
| Las cosas no marchan como yo quisiera | V | F |
| Tengo una gran confianza en el futuro | V | F |
| Nunca consigo lo que deseo por lo que es absurdo desear cualquier cosa | V | F |
| Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro | V | F |
| El futuro me parece vago e incierto | V | F |
| Espero más bien épocas buenas que malas | V | F |
| No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré | V | F |

Apéndice D

Inventario de Depresión de Beck-II

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Nombre:..... Estado Civil..... Edad:..... Sexo.....
 Ocupación Educación:..... Fecha:.....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mi.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.

- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11 Agitación

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

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mi mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3^a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3^a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje Total:

Apéndice E

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

S T A I

A/E PD = 30 + =

A/R PD = 21 + =

AUTOEVALUACION A (E/R)

APELLIDOS Y NOMBRES : _____
 EDAD: _____ SEXO: (V) (M) FECHA: _____
 CENTRO : _____ ESTADO CIVIL : _____

A-E**INSTRUCCIONES**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

| | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|---|------|------|----------|-------|
| 1. Me siento calmado. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 2. Me siento seguro. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 3. Estoy tenso | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 4. Estoy contrariado. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto). | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 6. Me siento alterado. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 8. me siento descansado | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 9. Me siento angustiado. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 10. Me siento confortable | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 11. tengo confianza en mi mismo. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 12. Me siento nevioso | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 13. Estoy desasosegado. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 14. Me siento muy "atado" (como oprimido) | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 15. Estoy relajado | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 17. Estoy preocupado. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 19. Me siento alegre. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien | 0 | 1 # | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar las frases.

A- R

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. EN GENERAL, en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente

| | Casi Nunca | A Veces | A Menudo | Casi Siempre |
|---|---------------|------------|-------------|-----------------|
| 21. Me siento calmado. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 22. Me Canso rápidamente | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 23. Siento ganas de llorar | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 24. Me gustaría ser feliz como otros | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 25. pierdo oportunidades por no decidirme pronto. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 26. Me siento descansado | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 27. Soy una persona tranquila serena y sosegada | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 30. Soy feliz | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 32. Me falta confianza en mi mismo | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 33. Me siento seguro | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 34. No suelo afrontar crisis o dificultades | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 35. Me siento triste (melancólico). | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 36. Estoy satisfecho. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 38. Me afectan tanto los engaños que no puedo olvidarlos | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 39. Soy una persona estable. | 0 | 1 # | 2 | 3 |
| 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado | 0 | 1 # | 2 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA

Apéndice F

Escala de Autoestima de Rosenberg



ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG – RSES

Entendemos por autoestima la consideración positiva o negativa de uno mismo, siendo en castellano más tradicional la expresión amor propio. La Escala de Autoestima de Rosenberg ha sido traducida a 28 idiomas, y validada interculturalmente en 53 países. Este test es una escala profesional utilizada en la práctica clínica para valorar el nivel de autoestima (Test de Rosenberg). La autoestima es la valoración que tenemos de nosotros mismos, de nuestra manera de ser, de quienes somos. Es la valoración que hacemos del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad.

Nombre: _____, EDAD: _____ años, Fecha: _____


INSTRUCCIONES: En cada pregunta ha de elegir una sólo respuesta.
Intente responder el test de forma sincera, es a usted mismo a quien ayuda con su propia sinceridad.

COMIENZA EL TEST:

1. Siento que soy una persona digna, al menos tanto como las demás.
 - a.- Muy de acuerdo
 - b.- De acuerdo
 - c.- En desacuerdo
 - d.- Muy en desacuerdo
2. Estoy convencido de que tengo buenas cualidades.
 - a.- Muy de acuerdo
 - b.- De acuerdo
 - c.- En desacuerdo
 - d.- Muy en desacuerdo
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de gente.
 - a.- Muy de acuerdo
 - b.- De acuerdo
 - c.- En desacuerdo
 - d.- Muy en desacuerdo
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.
 - a.- Muy de acuerdo
 - b.- De acuerdo
 - c.- En desacuerdo
 - d.- Muy en desacuerdo
5. En general, estoy satisfecho conmigo mismo/a.
 - a.- Muy de acuerdo
 - b.- De acuerdo
 - c.- En desacuerdo
 - d.- Muy en desacuerdo
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso.
 - a.- Muy de acuerdo
 - b.- De acuerdo
 - c.- En desacuerdo
 - d.- Muy en desacuerdo
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.
 - a.- Muy de acuerdo
 - b.- De acuerdo
 - c.- En desacuerdo
 - d.- Muy en desacuerdo
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo.
 - a.- Muy de acuerdo
 - b.- De acuerdo
 - c.- En desacuerdo
 - d.- Muy en desacuerdo
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.
 - a.- Muy de acuerdo
 - b.- De acuerdo
 - c.- En desacuerdo
 - d.- Muy en desacuerdo
10. A menudo creo que no soy una buena persona.
 - a.- Muy de acuerdo
 - b.- De acuerdo
 - c.- En desacuerdo
 - d.- Muy en desacuerdo

Al terminar el test, sume las respuesta elegida, primero las **a**, marcadas, siguiendo con las **b**, así mismo la **c** y la **d**.

| | De 1 a 5 | De 6 a 10 | Puntuación total final es el resultado que ha obtenido en el test y su nivel de autoestima. | |
|-----|----------|-----------|---|---------------------|
| a.- | x 4 = | x 1 = | TOTAL | Nivel de Autoestima |
| b.- | x 3 = | x 2 = | | |
| c.- | x 2 = | x 3 = | | |

| | | | | | | |
|---|-------|--|-------|--|--|--|
|  d.- | x 1 = | | x 4 = | | | |
| | Suma | | Suma | | | |

SOLUCIONES AL TEST DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG – RSES

Puntuación entre 0 y 25: Tu autoestima es baja. Piensa que al sentirte de esta manera estás poniéndote trabas a tí mismo, lo que no te ayudará a conseguir tus metas. Intenta ver tu lado positivo y recuerda que el primer paso para que los demás te valoren, es que tú encuentres atractiva tu forma de ser.

Puntuación entre 26 y 29: Tu autoestima es normal. El resultado indica que tienes suficiente confianza en ti mismo. Eso te permitirá afrontar la vida con cierto equilibrio, imprescindible para asumir las dificultades del camino. No cambies, sigue así.

Puntuación entre 30 y 40: Tu autoestima es buena, incluso excesiva. Crees plenamente en ti y en tu trabajo; ésto te da bastante fuerza. Sin embargo, tén cuidado, quererte excesivamente a tí mismo y poco a los demás puede resultar contraproducente, ya que puede conducirte a tener conflictos y ser rechazado. Intenta ser humilde de vez en cuando, haciendo un esfuerzo por ver la parte positiva de ellos sin sentir envidia, eso te ayudará a mejorar aún más para desarrollar mejor tus propias capacidades y la de la gente que te acompaña.

Recuerde que los resultados del test tienen un valor orientativo y no pueden reemplazar una valoración completa realizada por un psiquiatra o psicólogo en una entrevista clínica convencional. Si quiere tener una mayor certeza sobre el resultado, consúltenos por e-mail o acuda a su psiquiatra de referencia.

"CAPSYED"

Apéndice G

EVEA (Escala de Valoración del Estado de Ánimo)

EVEA

A continuación encontrarás una serie de frases que describen diferentes clases de sentimientos y estados de ánimo, y al lado unas escalas de 10 puntos. Lee cada frase y rodea con un círculo el valor de 0 a 10 que indique mejor cómo te **SIENTES AHORA MISMO**, en este momento. No emplees demasiado tiempo en cada frase y para cada una de ellas elige una respuesta.

| | Nada | Mucho |
|-----------------------|---|---|
| Me siento nervioso | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento irritado | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento alegre | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento melancólico | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento tenso | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento optimista | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento alicaído | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento enojado | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento ansioso | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento apagado | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento molesto | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento jovial | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento intranquilo | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento enfadado | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento contento | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |
| Me siento triste | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- | ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 |

Apéndice H

Cuestionario ASSIST

OMS - ASSIST V3.0



OMS - ASSIST V3.0

| | | | | | |
|-----------------|--|-------|--|---------|--|
| ENTREVISTADOR | | País | | CLÍNICA | |
| No. CONSULTANTE | | FECHA | | | |

INTRODUCCIÓN (Léala al consultante o paciente)

Gracias por aceptar esta breve entrevista sobre alcohol, tabaco y otras drogas. Le voy a hacer algunas preguntas sobre su experiencia de consumo de sustancias a lo largo de su vida, así como en los últimos tres meses. Estas sustancias pueden ser fumadas, ingeridas, aspiradas, inhaladas, inyectadas o tomadas en forma de pastillas o píldoras (muestre la tarjeta de drogas).

Algunas de las sustancias incluidas pueden haber sido recetadas por un médico (p.ej. pastillas adelgazantes, tranquilizantes, o determinados medicamentos para el dolor). Para esta entrevista, no vamos a anotar medicinas que hayan sido consumidas tal como han sido prescritas por su médico. Sin embargo, si ha tomado alguno de estos medicamentos por motivos distintos a los que fueron prescritos o los toma más frecuentemente o en dosis más altas a las prescritas, por favor dígamelo. Si bien estoy interesado en conocer su consumo de diversas drogas, tenga la plena seguridad que esta información será tratada con absoluta confidencialidad.

NOTA: ANTES DE FORMULAR LAS PREGUNTAS, ENTREGUE LA TARJETA DE RESPUESTAS AL CONSULTANTE

Pregunta 1

(Si luego hace seguimiento, compare las respuestas del consultante con las que dio a la P1 del cuestionario inicial. Cualquier diferencia en esta pregunta debe ser explorada)

| A lo largo de su vida, ¿cual de las siguientes sustancias ha consumido <u>alguna vez</u> ? (SOLO PARA USOS NO-MÉDICOS) | No | Si |
|---|----|----|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.) | 0 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, paco, etc.) | 0 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 |
| f. Inhalantes (pegantes, colas, gasolina, solventes, etc.) | 0 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, ketamina, PCP, etc.) | 0 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 |
| j. Otras - especifique: | 0 | 3 |

Compruebe si todas las respuestas son negativas:
"¿Tampoco en fiestas, o cuando iba al colegio?"

Si contestó "No" a todos los ítems, termine la entrevista.
Si contestó "Si" a alguno de estos ítems, siga a la Pregunta 2 para cada sustancia que ha consumido alguna vez.

OMS - ASSIST V3.0



Pregunta 2

| En los <u>últimos tres meses</u> . ¿con qué frecuencia ha consumido las sustancias que mencionó (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|--|-------|-------------|----------|-------------|--------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |
| j. Otras - especifique: | 0 | 2 | 3 | 4 | 6 |

Si respondió "Nunca" a todos los ítems en la Pregunta 2, salte a la Pregunta 6.

Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5 para cada una de las sustancias.

Pregunta 3

| En los <u>últimos tres meses</u> . ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|-------|-------------|----------|-------------|--------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| j. Otras - especifique: | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 |

OMS - ASSIST V3.0



Pregunta 4

| En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) a problemas de salud, sociales, legales o económicos? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|--|-------|-------------|----------|-------------|--------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| j. Otras - especifique: | 0 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Pregunta 5

| En los <u>últimos tres meses</u> , ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? | Nunca | 1 ó 2 veces | Cada mes | Cada semana | A diario o casi a diario |
|---|-------|-------------|----------|-------------|--------------------------|
| a. Tabaco | | | | | |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| j. Otras - especifique: | 0 | 5 | 6 | 7 | 8 |



Haga las preguntas 6 y 7 para todas las sustancias que el consultante o paciente ha consumido alguna vez (es decir, aquellas mencionadas en la Pregunta 1)

Pregunta 6

| ¿Un amigo, un familiar o alguien más <u>alguna vez</u> ha mostrado preocupación por su consumo de (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC)? | No, nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
|--|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otras - especifique: | 0 | 6 | 3 |

Pregunta 7

| ¿Ha intentado <u>alguna vez</u> controlar, reducir o dejar de consumir (PRIMERA DROGA, SEGUNDA DROGA, ETC) y no lo ha logrado? | No, nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
|--|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| a. Tabaco (cigarrillos, cigarros habanos, tabaco de mascar, pipa, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| b. Bebidas alcohólicas (cerveza, vino, licores destilados, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| c. Cannabis (marihuana, hierba, hashish, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| d. Cocaína (coca, basuco, crack, base, paco, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| e. Anfetaminas u otro tipo de estimulantes (speed, éxtasis, píldoras adelgazantes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| f. Inhalantes (pegantes, gasolina, solventes, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| g. Tranquilizantes o pastillas para dormir (Valium/Diazepam, Trankimazin/Alprazolam/Xanax, Orfidal/Lorazepam, Rohipnol, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| h. Alucinógenos (LSD, ácidos, hongos, mezcalina, PCP, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| i. Opiáceos (heroína, metadona, codeína, morfina, dolantina/petidina, etc.) | 0 | 6 | 3 |
| j. Otras - especifique: | 0 | 6 | 3 |

OMS - ASSIST V3.0



Pregunta 8

| | | | |
|--|-----------|----------------------------|------------------------------------|
| | No, nunca | Si, en los últimos 3 meses | Si, pero no en los últimos 3 meses |
| ¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS) | 0 | 2 | 1 |

NOTA IMPORTANTE:

A los consultantes (o pacientes) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

PATRÓN DE INYECCIÓN

GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Una vez a la semana o menos
o
Menos de 3 días seguidos

Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"

Más de una vez a la semana
o
3 o más días seguidos

Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo *

CÓMO CALCULAR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA.

Para cada sustancia (de la a. a la j.) sume las puntuaciones de las preguntas 2 a la 7. No incluya los resultados de la pregunta 1 ni de la 8 en esta puntuación.

Por ejemplo, la puntuación para cannabis se calcula como: P2c + P3c + P4c + P5c + P6c + P7c

Note que la P5 para el tabaco no está codificada, y se calcula como: P2a + P3a + P4a + P6a + P7a

EL TIPO DE INTERVENCIÓN SE DETERMINA POR LA PUNTUACIÓN ESPECÍFICA PARA CADA SUSTANCIA

| | Registre la puntuación para cada sustancia | Sin intervención | Intervención Breve | Tratamiento más intensivo * |
|-----------------|--|------------------|--------------------|-----------------------------|
| a. Tabaco | | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |
| b. Alcohol | | 0 - 10 | 11 - 26 | 27+ |
| c. Cannabis | | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |
| d. Cocaína | | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |
| e. Anfetaminas | | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |
| f. Inhalantes | | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |
| g. Sedantes | | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |
| h. Alucinógenos | | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |
| i. Opiáceos | | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |
| j. Otras drogas | | 0 - 3 | 4 - 26 | 27+ |

NOTA: *UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Apéndice I

APGAR Familiar

| PREGUNTAS | NUNCA | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | CASI SIEMPRE | SIEMPRE |
|--|-------|------------|---------------|--------------|---------|
| Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad? | | | | | |
| Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas | | | | | |
| Me satisface como mi familia acepta y apoya mi deseo de emprender nuevas actividades de | | | | | |
| Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor. | | | | | |
| Me satisface como compartimos en mi familia: | | | | | |
| 1. el tiempo para estar juntos | | | | | |
| 2. los espacios en la casa | | | | | |
| 3. el dinero | | | | | |
| ¿Usted tiene un(a) amigo(a) cercano a quien pueda buscar cuando necesite ayuda? | | | | | |
| Estoy satisfecho(a) con el soporte que recibo de mis amigos (as) | | | | | |

Apéndice J

Test de Habilidades para la vida

Habilidades para la vida: análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición
Skills for life: analysis of psychometric components of a test created to its measurement

Anexo

Test de habilidades para la vida****

Sexo: ____ Edad: ____ Ocupación y/o profesión: _____

El siguiente test tiene como objetivo identificar el desarrollo de las habilidades para la vida en adolescentes y jóvenes entre 15 y 25 años. Este instrumento hace parte de un proceso de investigación y no se presenta con carácter evaluativo. Por tanto, puede responder con plena tranquilidad pues la información es confidencial. Cada uno de los ítems son afirmaciones y usted debe responder señalando una de las siguientes opciones:

S: Siempre; CS: Casi Siempre; AV: Algunas Veces; CN: Casi Nunca; N: Nunca.

| N | ÍTEM | Opciones de respuesta | | | | |
|----|--|-----------------------|----|----|----|---|
| | | S | CS | AV | CN | N |
| 1 | Me considero una persona alegre y sociable. | | | | | |
| 2 | Me consideran una persona explosiva y de mal genio. | | | | | |
| 3 | Identifico y utilizo mis fortalezas en los distintos contextos. | | | | | |
| 4 | Me cuesta identificar en qué tareas me desempeño mejor. | | | | | |
| 5 | Expreso con facilidad aquello que me gusta. | | | | | |
| 6 | Prefiero no expresar lo que me disgusta para no generar conflicto con otros. | | | | | |
| 7 | Identifico hacia dónde voy y cuáles son mis metas. | | | | | |
| 8 | A menudo me siento desorientado (a) pues no identifico cuáles son mis talentos. | | | | | |
| 9 | Me sensibilizo frente a la situación de otras personas. | | | | | |
| 10 | Prefiero no escuchar los problemas de las otras personas. | | | | | |
| 11 | Escucho las opiniones de otros comprendiendo que no solo yo tengo la razón. | | | | | |
| 12 | Considero que las personas deben dar cuando reciben porque es lo justo. | | | | | |
| 13 | Cuando alguien necesita apoyo prefiero decirle que busque a alguien más pues mis ocupaciones no me permiten ayudarlo. | | | | | |
| 14 | No me gusta colaborar con las tareas de la casa, sólo con lo que me corresponde a mí. | | | | | |
| 15 | Cuando una persona es víctima de conflicto o se encuentra en condición vulnerable, trato de acercarme y brindar ayuda. | | | | | |
| 16 | No me preocupo mucho por actuar en pro de los necesitados porque sé que hay organizaciones que se encargan de eso. | | | | | |

**** Prohibida su difusión, explotación o utilización sin permiso escrito del autor correspondiente.

Leidy Evelyn Díaz Posada - Richard Francisco Rosero Burbano
 María Paulia Melo Sierra - Daniela Aponte López

-
- 17 Me cuesta expresar mis ideas y opiniones a los demás.
 18 Considero que me expreso adecuadamente con respecto a las situaciones de los otros.
 19 Se me facilita acercarme a otros y hacer parte de un grupo social.
 20 Me cuesta expresar a través de gestos lo que estoy sintiendo.
 21 No me avergüenza pedir consejos cuando es necesario.
 22 Considero que es mejor estar solo que mal acompañado.
 23 Sé decir "no" cuando no quiero hacer o pensar algo.
 24 Comunico mis ideas de manera adecuada buscando no hacer daño a otras personas.
 25 Se me facilita iniciar y mantener relaciones de amistad.
 26 Soy leal con mis amigos (as) y confío en que ellos (as) también lo son.
 27 Cuando tengo pareja me gusta compartir actividades, hobbies y proyectos.
 28 Cuando tengo pareja soy distante pues me cuesta expresar mis sentimientos.
 29 Mantengo buena relación y comunicación con mis padres y familiares.
 30 Me molesta que mis padres se entrometan en mis decisiones y amistades.
 31 Mis relaciones con profesores y/o jefes suelen ser conflictivas.
 32 Mi desarrollo depende de mí, no de las relaciones que tengo con otros.
 33 Prefiero no pensar mucho cuando tengo que tomar decisiones, sino vivir el momento.
 34 Me gusta tomarme el tiempo para reflexionar sobre mis necesidades e intereses.
 35 En el momento de tomar decisiones evalúo las alternativas considerando las emociones, sentimientos y criterios.
 36 Las decisiones más importantes de mi vida no han tenido los frutos esperados.
 37 Prefiero organizar mis ideas e identificar posibles consecuencias antes de tomar decisiones.
 38 No me gusta que los otros me digan lo que debo o no hacer.
 39 Tomo las decisiones considerando el beneficio propio y de los demás.
 40 Prefiero que otros tomen las decisiones importantes por mí para evitarme problemas.
 41 Tengo en cuenta las causas de los problemas para darles solución definitiva.
 42 Considero que los problemas son obstáculos y no oportunidades.
 43 Me siento mal pidiendo ayuda porque van a creer que no soy capaz de hacer las cosas.
 44 Me gusta que otros se ocupen de lo que tengo que hacer y estar tranquilo.
-

Habilidades para la vida: análisis de las propiedades psicométricas de un test creado para su medición
 Skills for life: analysis of psychometric components of a test created to its measurement

-
- 45 Pienso que la negociación es un elemento fundamental en la solución de conflictos.
- 46 Me gusta hacer las cosas por mí mismo (a) porque como yo nadie las hace.
- 47 Me caracterizo por mi recursividad y flexibilidad en el momento de tomar decisiones.
- 48 Tengo dificultades para crear estrategias y resolver los problemas que se me presentan.
- 49 Pienso que la creatividad permite abrir puertas y ver las cosas desde una perspectiva diferente.
- 50 Prefiero no emprender caminos distintos a los comunes y así no arriesgarme a que no funcione.
- 51 Cuando trabajo en equipo suelo ser de los primeros que ofrecen ideas para solucionar problemas.
- 52 Me esfuerzo por crear proyectos y acciones innovadoras.
- 53 Disfruto transformando ideas o expresiones en historias e imágenes que otros no ven.
- 54 Suelen halagarme por la estética con que creo mis trabajos y proyectos.
- 55 Se me facilita relacionar lo que conozco y percibo para desarrollar nuevas ideas.
- 56 No me caracterizo por ser creativo, prefiero realizar otro tipo de tareas.
- 57 Suelo analizar la información y las experiencias de manera objetiva.
- 58 Prefiero no cuestionar lo que otros me dicen, ni discutir al respecto.
- 59 Me gusta analizar y hacer críticas a la realidad social.
- 60 Me intereso por realizar críticas al contenido de la publicidad y la información brindada por los medios de comunicación.
- 61 Suelo hacerme preguntas de todo lo que me rodea, veo y escucho.
- 62 Cuando no comprendo algo prefiero dejar así que investigar o preguntar.
- 63 Me baso en argumentos para discutir cuando no estoy de acuerdo con algún asunto.
- 64 No soy bueno participando en clase, en el trabajo y/o en casa sino que espero a que otros intervengan.
- 65 Me cuesta reconocer lo que siento por otras personas.
- 66 En momentos de dificultad reconozco cuando tengo emociones negativas y busco soluciones para superarlas.
- 67 Reconozco fácilmente las emociones y sentimientos de los demás.
- 68 Suelo malinterpretar las expresiones emocionales de otros y reaccionar de forma inadecuada.
- 69 Mi estado de ánimo varía con mucha frecuencia y eso me genera dificultad en las relaciones.
-

Leidy Evelyn Díaz Posada - Richard Francisco Rosero Burbano
María Paula Melo Sierra - Daniela Aponte López

-
- 70 Me suelen llamar la atención por mi impulsividad.
- 71 Prefiero no mostrar debilidad ante otros.
- 72 Cuando siento rabia expreso mis ideas de manera imprudente e incluso agresiva.
- 73 Soy consciente de que el estrés me hace daño y que debe controlarse cuando empieza a interferir con mi desempeño.
- 74 Me estreso fácilmente en situaciones en que tengo poco tiempo para realizar una tarea.
- 75 En situaciones difíciles me siento decepcionado de mí mismo (a), carente de control sobre mi propia vida.
- 76 Cuando me encuentro en situaciones de estrés siento dolores de cabeza o de espalda.
- 77 Cuando me siento presionado busco soluciones rápidas tratando de tomar el control de las situaciones.
- 78 Hago esfuerzos por reducir fuentes de estrés cambiando mi estilo de vida.
- 79 En momentos difíciles trato de tener pensamientos saludables y positivos.
- 80 En situaciones de estrés trato de respirar profundamente hasta sentirme más tranquilo (a).
-

¡Muchas gracias por su colaboración!