

Efectividad de un programa de prevención en salud mental mediante el diálogo socrático y el pensamiento crítico

Effectiveness of a prevention program in mental health by socratic dialogue and critical thinking

Nora Londoño Arredondo¹, Jorge Palacio Sañudo², Carlos Acosta Barros², Fernando Juárez Acosta³, Daniel Aguirre-Acevedo⁴

Resumen

Objetivo: El propósito de este estudio fue analizar el impacto del programa de prevención mediante el diálogo socrático y el pensamiento crítico, en la depresión y la ansiedad.

Materiales y métodos: Participaron 110 universitarios que accedían al primer año de la carrera; se utilizó un diseño experimental aleatorizado con grupo experimental y control. La variable independiente fue el diálogo socrático y el pensamiento crítico, y las variables dependientes fueron la sintomatología depresiva y/o ansiosa y los pensamientos negativos, positivos y ansiosos. Como instrumentos se utilizaron la Escala de depresión del Centro de Estudios epidemiológicos (CES-D), el Cuestionario revisado de 90 síntomas (SCL-90R), el Cuestionario de Pensamientos Automáticos Revisado (ATQ-TP), y el Cuestionario de Automanifestaciones Ansiosas (ASSQ).

Resultados: Al comparar los resultados entre los dos grupos, se observó que el programa resultó efectivo en la reducción de los pensamientos negativos para el grupo experimental, aunque no se identificaron otros efectos.

Conclusiones: El dialogo socrático y el pensamiento crítico - en el marco de un programa de prevención, reducen los pensamientos negativos en los universitarios de primer año.

Palabras clave: prevención, depresión, ansiedad, diálogo socrático, pensamiento crítico.

Abstract

Objective: The purpose of this study was to analyze the impact of the prevention program by Socratic dialogue and critical thinking, on depression and anxiety.

Method: Participants were 110 students who entered their freshman year; an experimental design with experimental and control group was used. Independent variable was Socratic

Fecha de recepción: 28 de septiembre de 2015
Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2015

¹ Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia

² Universidad del Norte, Barranquilla, Colombia

³ Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

⁴ Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia

Correspondencia: Nora Londoño Arredondo. Carrera 56C # 51-110, Medellín, Colombia. Universidad de San Buenaventura. nora.londono@usbmed.edu.co; nora_londono@yahoo.es

dialogue and critical thinking, and dependent variables were depression and/or anxiety symptoms, and negative, positives and anxious thoughts. Applied instruments consisted on Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Symptom Check List - 90 Revised (SCL-90R), Automatic Thoughts Questionnaire - Revised (ATQ-RP), and Anxious Self-Statements Scale (ASSQ).

Results: *By comparisons between the two groups, it was observed the effectiveness of the program in negative thought reduction, although no other effects were identified.*

Conclusions: *Socratic dialogue and critical thinking – like a prevention program - can change negative thoughts in students at freshman year.*

Keywords: prevention, depression, anxiety, critical thinking, Socratic dialogue.

INTRODUCCIÓN

Las sintomatologías ansiosa y depresiva constituyen un problema relevante en la población. De acuerdo con el informe sobre años de vida ajustados según discapacidad, entre los 20 problemas principales, para todas las edades, figuran tres trastornos psiquiátricos, los cuales son los depresivos unipolares, las lesiones auto-infringidas y los trastornos por consumo de alcohol (Organización Mundial de la Salud [OMS]) (1). Por otra parte, la Asociación Psiquiátrica Americana (2), estima que la depresión mayor afecta al 7% de la población, con una razón entre 1.5 – 3 mujeres por cada hombre (2). Para la ansiedad generalizada se estima una prevalencia del 9% a lo largo de la vida y 2.9% en los últimos 12 meses (2). La fobia específica alcanza una prevalencia de hasta el 9% en los Estados Unidos, en Europa de alrededor del 6% y en Asia, África y Latinoamérica hasta el 4% (2).

En Colombia, el Primer estudio poblacional de salud mental en Medellín de 2011-2012, realizado por la Universidad CES, la Universidad de Harvard y la Secretaría de Educación de Medellín (3), se informó de una prevalencia de sintomatología depresiva del 11.4% (Hombres 7.5%, Mujeres 13.7%), con una razón de 1.8 mujeres por cada hombre, y

de una prevalencia de un 6.8% para la sintomatología ansiosa (Hombres 12.7%, Mujeres 19.4%) con una razón de 1.5 mujeres por cada hombre.

En el ámbito educativo, los problemas de salud mental son relevantes, siendo la depresión el trastorno más representativo. En estudiantes universitarios en Colombia, se reportó una prevalencia del 30% en depresión al utilizar el cuestionario de depresión de Beck, y del 25% al utilizar el de Zung. Los antecedentes familiares y en especial de primer grado (padre o madre) fueron representativos al igual que episodios pasados de depresión, intento de suicidio y consumo de alcohol. Factores como inestabilidad económica, diagnóstico de enfermedad grave, muerte de un ser querido y separación de los padres fueron asociados al trastorno depresivo (4).

En otras investigaciones realizadas con estudiantes universitarios, tanto la depresión como la ansiedad fueron representativas. Amézquita, González y Zuluaga (2003) (5) encontraron una prevalencia del 49.8% para depresión y 58.1% para ansiedad y 41% para ideación suicida en el estudio realizado con 625 estudiantes de la Universidad de Caldas, en Colombia, utilizando los inventarios de ansiedad y depresión de Beck.

Algunos estudios se han centrado en explorar los principales estresores que se asocian con la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios, siendo los más representativos las pérdidas afectivas, dificultades académicas, económicas y de salud, la insatisfacción con la carrera, las dificultades en las relaciones con compañeros y docentes (5).

Los pensamientos han sido considerados como elementos claves en la salud mental; la teoría de la especificidad cognitiva ha establecido que los pensamientos automáticos son específicos a cada trastorno emocional. En la depresión, resultan relevantes los pensamientos negativos acerca de uno mismo, el mundo y el futuro (6), y en la ansiedad los pensamientos sobre posibles daños y amenazas futuras (7). A su vez, la distorsión cognitiva y la sobregeneralización restringen los nuevos aprendizajes, se minimizan las experiencias positivas y provocan acciones en los demás que reactivan círculos viciosos negativos y nuevas situaciones difíciles, poniendo en marcha secuencias autodestructivas que hacen que las dificultades se agraven y se generen síntomas de depresión y ansiedad (8).

Algunos estudios realizados en estudiantes universitarios sobre sus esquemas maladaptativos tempranos y los síntomas en depresión y ansiedad han aportado a la diferenciación de los componentes de vulnerabilidad para la depresión y la ansiedad (9, 10). El fracaso académico previo y los pensamientos negativos se han evidenciado como predictores del fracaso académico, en especial cuando se generan ante materias académicas percibidas como difíciles; estos pensamientos negativos se concretan en anticipaciones de fracaso y obstaculizan la generación de estrategias para facilitar afrontamiento (11). El rendimiento académico también se ha asociado de manera

significativa con actitud de responsabilidad social y personal, siendo las actitudes favorables frente al estudio, estudio organizado, disfrutar el estudio, y esfuerzo por comprender los que mejor predicción muestran con el rendimiento académico elevado (12).

En cuanto a los programas de prevención de los trastornos mentales, se ha indicado la necesidad de jerarquizar los factores causales, fortalecer los factores protectores, intervenir los factores de riesgo, evaluar el impacto de los programas y realizar seguimientos (13, 14, 15). Desde los modelos psicológicos se ha aportado a la comprensión de la vulnerabilidad para la depresión y la ansiedad, además de generar propuestas de prevención dirigidas a la intervención cognitiva. Los programas se han dirigido hacia las ideas irracionales (16), los esquemas (17), las distorsiones cognitivas y los pensamientos negativos (18, 19).

Las propuestas sobre prevención en salud mental interviniendo los problemas de personalidad son escasas. Dana (1984) (20) ha sido uno de los primeros investigadores que enfatizó en la intervención primaria y secundaria orientada a los problemas de personalidad. La terapia cognitiva estándar ha creado diferentes técnicas para intervenir problemas psicopatológicos y dentro de estos los problemas de personalidad, siendo la persuasión verbal y la comprobación empírica las formas principales de intervención. El empirismo colaborativo, el uso sistemático del diálogo socrático y el descubrimiento guiado, son considerados como principios fundamentales de las técnicas estándares en la terapia cognitiva (21).

Richard Paul propuso un modelo pedagógico para el desarrollo del pensamiento

crítico (DPC) en la educación basado en el diálogo socrático (DS), el cual puede resultar de interés en prevención en salud mental (22). La estructura del modelo incluye tres componentes esenciales, como son los elementos del pensamiento crítico, los estándares de calidad y los rasgos individuales. Los elementos esenciales del pensamiento son los propósitos, las preguntas, la información, las interpretaciones, los conceptos, los supuestos, las implicaciones y los puntos de vista. Los estándares de calidad planteados son: la claridad, la precisión, la exactitud, la pertinencia, la profundidad, la amplitud, la lógica y la justicia, siendo la pregunta socrática la principal estrategia para evaluar la calidad de los pensamientos (23). Finalmente, se promueven rasgos individuales que propician el pensamiento crítico tales como la humildad ante el conocimiento, la perseverancia, la autonomía y la integridad intelectual (24).

Broadbear y Keyser (2000) (25), han hecho una aproximación a la propuesta y han implementado una estrategia de educación para la salud a través del DPC en estudiantes universitarios, orientado a la prevención del abuso del alcohol y drogas. Los autores concluyeron que el entrenamiento puede emplearse con éxito para prevenir el abuso del alcohol y la droga, así como mejorar la calidad del estilo de vida de las personas y las relaciones interpersonales.

Uno de los estudios empíricos de intervención a través del DPC en la educación, fue realizado en Colombia por Acosta (2002) (26), quien evaluó los efectos del diálogo socrático sobre el pensamiento crítico en estudiantes universitarios, y encontró diferencias significativas con puntuaciones superiores en el grupo experimental en claridad y precisión. En su estrategia, se promovió que los parti-

cipantes, de manera individual, escribieran sus diálogos socráticos a manera de interjuego de preguntas y respuestas, incluyeran elementos del pensamiento crítico (propósito, pregunta, información, conceptos, supuestos, inferencias, puntos de vista e implicaciones) y valoraran su calidad a través de los estándares universales de pensamiento crítico: claridad, precisión, exactitud, relevancia, profundidad, amplitud, lógica, importancia y justicia (24). El DS ha sido utilizado dentro de la terapia cognitiva (TC), donde se propone la intervención centrada en la desesperanza aprendida y los pensamientos negativos (6) así como en los esquemas y las distorsiones cognitivas (27, 28).

No obstante, si bien se citan estudios sobre el impacto de los programas de prevención comparándolos con otros métodos como los educativos (29), son escasas las investigaciones donde se intervenga de manera preventiva la depresión y la ansiedad en el ámbito educativo, a través de un programa de prevención enfocado al DS y el DPC. Basados en los planteamientos citados, este estudio se dirige a evaluar el impacto de un programa de prevención para síntomas de depresión y ansiedad a través del DS y el DPC, con el propósito de fortalecer competencias reflexivas y de pensamiento lógico, debilitar las distorsiones cognitivas y sobregeneralizadas que perpetúan patrones disfuncionales y reactivan los síntomas patológicos, en estudiantes de primer año de universidad.

MÉTODO

Diseño

Se utilizó un diseño experimental aleatorizado con medidas en el pre-test y el post-test.

Participantes

La investigación se realizó con estudiantes del primer año de educación superior en dos universidades de Colombia, la Universidad del Norte en Barranquilla y la Universidad de San Buenaventura en Medellín. Estas universidades fueron seleccionadas intencionalmente por conveniencia según criterio de los investigadores en cuanto a su representatividad, en relación a la población estudiantil que accede al primer año de universidad.

El programa de inducción a la universidad estaba vinculado con el programa de prevención basado en DS y DPC. En dicho programa de inducción participaron 345 estudiantes (38% hombres y 62% mujeres), el 100% de los estudiantes de primer semestre que asistieron a dicha inducción, de los cuales 110 continuaron voluntariamente con el programa de prevención, existiendo una mortalidad en el seguimiento del 68% de los que asistieron al programa de inducción. La edad media fue de 18.83 años (DT=3.8), y las variables sociodemográficas fueron homogéneas en ambos grupos de comparación. La Tabla 1 describe las variables sociodemográficas de la muestra de 110 estudiantes que completaron todo el proceso: sexo, grupo, estado civil, estrato y programa académico. El 32.7% de la muestra eran hombres, 67.3% mujeres; 55 del grupo experimental y 55 del grupo control, siendo el 68.1% solteros y el 58.6% de estrato medio. El mayor porcentaje de los estudiantes estaban matriculados en programas de ciencias de la salud (medicina, enfermería y psicología) (50.9%).

Tabla 1. Descriptivos de las variables sociodemográficas de la muestra estudiada

Variables sociodemográficas	n=110	
	Frecuencia	(%)
Sexo		
Hombre	36	(32.7)
Mujer	74	(67.3)
Grupo		
Experimental	55	-50
Control	55	-50
Estado civil		
Soltero	79	(68.1)
Casado	10	(8.6)
Separado	1	(0.9)
Estrato		
Alto	13	(11.2)
Medio	68	(58.6)
Bajo	9	(7.8)
Programas		
Ciencias de la salud	59	(50.9)
Ingenierías	18	(15.5)
Empresas	20	(17.2)
Política/ educación	6	(5.2)
Artes integradas	6	(5.2)

Fuente: autores. Valores no exactos al 100% entiéndase como valores perdidos.

La Tabla 2 describe las variables sociodemográficas con relación al grupo, experimental y control, con una distribución homogénea de la muestra con relación al sexo (18% hombres y 67.3% mujeres en ambos grupos) y al estrato (con mayor porcentaje concentrado en los estratos medios; 57.1% grupo experimental y 50% grupo control). Con relación a los programas a los cuales estaban inscritos los estudiantes, el porcentaje más elevado

para el grupo experimental fue Ciencias de la salud, y para el grupo control una distribución similar entre los programas Ciencias de la salud, Empresas y Política/educación).

Tabla 2. Descriptivos de las variables sociodemográficas con relación al grupo

Variables sociodemográficas	Experimental, n=55	Control, n=55
Sexo	Frecuencia (%)	Frecuencia (%)
Hombre	18 (32.7)	18 (32.7)
Mujer	37 (67.3)	37 (67.3)
Estado civil		
Soltero	35 (62.5)	37 (83.3)
Casado	7 (12.5)	3 (14.3)
Separado	3 (1.8)	1 (2.4)
Estrato		
Bajo	6 (10.7)	4 (11.8)
Medio	32 (57.1)	17 (50)
Alto	5 (8.9)	3 (8.8)
Programas		
Ciencias de la salud	49 (87)	9 (26.5)
Ingenierías	4 (7.1)	5 (14.7)
Empresas		10 (29.4)
Política/ educación		10 (29.4)
Artes integradas	3 (5.4)	1 (2.9)

Fuente: autores. Valores no exactos al 100% entiéndase como valores perdidos.

En la Tabla 3 se presentan los descriptivos con relación a la edad para el grupo experimental y control, con puntuaciones similares en la media, la desviación, la edad mínima y máxima.

Tabla 3. Descriptivos de la edad discriminadas por grupo

Edad	Experimental n=55	Control n=55
Media	20.48	22.07
Desviación	4.2	5.0
Edad mínima	17	17
Edad máxima	36	38

Fuente: autores.

Instrumentos

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, CES-D) (30). La prueba evalúa la sintomatología depresiva a nivel poblacional. La forma de administración es auto aplicado, donde se evalúa la frecuencia con que se han experimentado los síntomas durante el último mes. El cuestionario consta de 20 ítems. La persona evalúa cada ítem en función de la frecuencia en que lo ha experimentado en el último mes, según una escala que va de 0 (raramente o nunca) a 3 (la mayor parte del tiempo). Puntuaciones altas indican mayor gravedad de la sintomatología depresiva, y a partir de 16 se considera significativo para el trastorno depresivo. Para Colombia, se sugieren puntos de corte de 20 para tamizaje y 30 para diagnóstico de depresión, con una muestra de 390 participantes, una sensibilidad de 73% y una especificidad de 74% (31). Los estudios informan niveles elevados de confiabilidad, con un Alfa de Cronbach de alrededor del .85 para población en general, y .90 para población clínica (32).

Cuestionario de Síntomas Revisado 90 (Symptom Check List 90, [SCL-90R] (33). Para el presente estudio se consideraron las escalas de ansiedad (identificada con los ítems del 1 al 10) y ansiedad fóbica (o aguda) (del ítem 11 al 17). Las opciones de respuesta de

los ítems del cuestionario son de tipo Liker, en un rango de 0 a 4 (0=nada en absoluto; 1=un poco; 2=moderadamente; 3=bastante; 4=extremadamente). Se responde a cada ítem en función del malestar que le haya causado durante la semana anterior, incluyendo el día en que completa el cuestionario. De acuerdo con los estudios de confiabilidad y validez, la consistencia interna de la escala es de .79 - .9 (32).

Cuestionario de Pensamientos Automático Revisado (Automatic Thoughts Questionnaire Revised, [ATQ-RP]) (34). El cuestionario consta de 40 ítems, 30 de los cuales hacen parte de la escala de pensamientos automáticos negativos y los 10 restantes de la escala de pensamientos automáticos positivos. Es una escala de autorregistro que determina la frecuencia de los pensamientos automáticos positivos y negativos. Las opciones de respuesta van desde “nunca” hasta “siempre”, dependiendo de la frecuencia del pensamiento. En Colombia, el estudio realizado por Gómez y Arias (2007) (35) con 1096 participantes, obtuvo un Alfa de Cronbach en la escala de pensamientos positivos de .87 y de .92 para pensamientos negativos.

Cuestionario de Automanifestaciones Ansiosas (Anxious Self-Statements Scale [ASSQ]) (36). Este cuestionario evalúa el lenguaje interno asociado a la ansiedad. Consta de 32 ítems con opciones de respuesta de 1 (nunca) a 5 (todo el tiempo). El cuestionario fue validado con una muestra de 508 estudiantes universitarios con el fin de investigar el lenguaje interno asociado a la ansiedad, para: a) identificar aquél que discrimina entre sujetos de alta y baja ansiedad; b) evaluar el grado en que la valoración del estrés eleva el lenguaje interno ansioso; y c) evaluar la terapia de los trastornos por ansiedad. Los

ítems se generaron solicitando a los participantes que registraran literalmente sus primeros pensamientos asociados a alguna experiencia provocadora de ansiedad. Se obtuvieron 100 ítems, que pasaron por un proceso de selección y validación cruzada, hasta convertirse en los 32 definitivos. El análisis factorial (componentes principales con rotación varimax) reveló una estructura de tres factores que explican el 53.4% de la varianza (44.1%, 5.8% y 4.5%). El instrumento discriminó fiablemente entre sujetos de alta y baja ansiedad.

Procedimiento

Se realizó el trabajo de campo en las dos universidades de Colombia con la colaboración de Bienestar Institucional de ambas universidades y los programas de Psicología. Inicialmente se presentó el estudio a los participantes y se les invitó a participar en el programa de prevención. Se obtuvo el Aval por el Comité de Bioética de la Universidad de San Buenaventura – Seccional Medellín (Colombia), considerando el mínimo riesgo en la investigación y garantizando la privacidad de la información y el anonimato. Luego de firmar el consentimiento informado se realizó la aplicación de instrumentos, lo que constituye la evaluación pre-test (primera observación).

Los participantes fueron asignados de manera aleatoria a los grupos experimental y control. Con los participantes del grupo experimental, se realizaron los talleres de prevención. Los demás pasaron a lista de espera (grupo de control) para cumplir con la condición ética de ofrecer el programa a todos los estudiantes. La evaluación post-test (segunda observación) se realizó al grupo experimental a los tres meses de haber finalizado la última

sesión de los talleres, y al grupo control a los tres meses de la primera observación. Se realizaron análisis no paramétricos dado que ninguna de las variables clínica (depresión, ansiedad y ansiedad fóbica) presentaron una distribución normal en la población en ninguna de las observaciones.

RESULTADOS

Se realizaron análisis descriptivos de las variables cognitivas (pensamientos negativos, pensamientos positivos y pensamientos ansiosos) y clínicas (depresión, ansiedad generalizada y ansiedad fóbica). Además se

realizaron análisis comparativos con pruebas no paramétricas para muestras relacionadas y para muestras independientes.

En la tabla 4 se identifican por grupo (Experimental y Control) la mediana y el rango de cada una de las variables en la primera y la segunda observación (pre-test y pos-test). También se especifican los estadísticos de los análisis comparativos tanto para muestras relacionadas (pre-test y pos-test para el grupo experimental, pre-test y pos-test para el grupo control) como para muestras independientes (solo el pos-test entre el grupo experimental y control).

Tabla 4. Descriptivos y comparativos de las variables cognitivas y clínicas, con relación al grupo y el tiempo

Variables	Descriptivo				Comparativos		
	Experimental (E)		Control (C)		Muestras relacionadas		Muestras independientes
	Pretest	Postest	Pretest	Postest	Pretest-postest	Pretest-postest	Experimental-Control
	Mediana (Rango)	Mediana (Rango)	Mediana (Rango)	Mediana (Rango)	z (p)	z (p)	U de M-W (p)
Cognitivas							
Pensamientos negativos	45 (81)	44 (68)	50(144)	53 (93)	-1.972 (.049)*	-.619(.536)	746.500 (.046)*
Pensamientos positivos	37 (35)	35 (38)	37(39)	36.5 (34)	-1.131 (.258)	-.657(.511)	1202.000 (.872)
Pensamientos ansiosos	57 (81)	53(83)	65(82)	62 (108)	-1.571 (.116)	-1.608(.108)	977.500 (.152)
Clínicas							
Depresión	15 (35)	14,5 (55)	13(44)	13 (49)	-.551 (.582)	-.081(.936)	752.500 (.416)
Ansiedad generalizada	6 (25)	3 (17)	5.5(17)	3 (30)	-3.556 (.000)**	-.997(.319)	758.000 (.358)
Ansiedad fóbica	1 (14)	0 (6)	1(16)	1 (19)	-1.558 (.119)	-.871(.384)	761.000 (.325)

**p<.01; *p<.05. Fuente: autores.

De acuerdo con los resultados, la variable Pensamientos negativos fue la que mostró diferencias significativas en los análisis comparativos. Al realizar los análisis comparativos de la evaluación pos-test para muestras independientes (grupo experimental y control), se reportaron diferencias significativas, siendo las medidas inferiores en el grupo experimental (U de Mann-Whitney = 746.500, $p = 0.046^*$; grupo experimental, mediana: 44, rango: 68; grupo control, mediana: 53, rango: 93).

De igual manera, las puntuaciones fueron inferiores en la evaluación pos-test en el grupo experimental, al comparar los resultados con la primera observación ($Z = -1.972$; $p = 0.049^*$; mediana pre-test: 45, rango: 81; mediana pos-test: 44, rango: 68).

DISCUSIÓN

El propósito del estudio fue evaluar la efectividad de un programa de prevención basado en el desarrollo del pensamiento crítico DPC y el diálogo socrático DS, a través de un estudio experimental. Los programas de prevención en adolescentes y jóvenes de acuerdo con el Ministerio de la Protección Social en Colombia, deben hacer parte del plan de desarrollo de las instituciones de educación en congruencia con el Plan Nacional de Salud Pública (37).

Los estudios actuales sobre vulnerabilidad cognitiva plantean el estilo cognitivo negativo, en especial pensamientos negativos, como el factor causal más reconocido para la depresión y la ansiedad, ante la presencia de eventos estresantes negativos congruentes con el estilo de personalidad predominante (13).

Desde el modelo de vulnerabilidad-estrés, los esquemas negativos con relación a uno mismo, los demás y el futuro, están asociados con la depresión clínica (6, 27). También han sido asociados con la ansiedad, a los trastornos de la personalidad y a otros problemas mentales, tanto en los niños, como adolescentes y adultos (7, 38, 39). Por otro lado, existen evidencias de que el procesamiento de la información semántica está relacionada no solo con la severidad de la depresión, sino con la duración del episodio depresivo (40). Algunos estudios han sugerido los pensamientos negativos como factores de riesgo que deben ser intervenidos a la hora de trabajar prevención con niños y adolescentes, dado su asociación con la baja autoestima y los problemas mentales y de comportamiento (41). De igual manera, Kendall y Tresdwell (2007) (42) demostraron que la reducción de pensamientos negativos actúa como mecanismo explicativo de la eficacia de la TC en la ansiedad infantil. Los programas de prevención orientados a la solución de problemas en la vida cotidiana de los estudiantes, contribuyen a la disminución de riesgos en problemas de salud mental, en especial la deserción académica y el consumo de alcohol y droga (43).

La propuesta de Paul y Elder (23) sobre el DPC a través del uso sistemático de la pregunta socrática, se considera que es útil como herramienta de prevención en salud mental en la medida que prepara a la persona para cuestionar los supuestos negativos sobre sí mismo y las demandas del medio. La práctica regular de la pregunta socrática favorece cuestionar supuestos negativos construidos en la historia a partir de fracasos, experiencias de desaprobación y limitaciones en el control de las emociones. La intención del DS aplicado en la TC en interlocución con el terapeuta, y

adaptado desde la propuesta pedagógica en la escritura, se considera un mecanismo útil para la prevención, dado que refuerza el auto-diálogo, disminuye la tendencia automatizada en pensar negativamente sobre sí mismos y sobre los demás. El aspecto nuclear del DS es el reconocimiento de los puntos débiles frente al pensamiento, y la posibilidad de relacionar diferentes contextos en el origen y mantenimiento de los planteamientos. De esta manera, a través del DS se pone en evidencia estos puntos débiles, y conduce a la reflexión, se problematizan situaciones que afectan cotidianamente a los estudiantes, posibilita una mejor interpretación y solución de problemas.

Estos resultados son compatibles con la evidencia empírica sobre la asociación entre procesos cognitivos y cambios sintomáticos, procesos cognitivos y cambios cognitivos, y cambios cognitivos y cambios sintomáticos, y las estrategias cognitivas que impliquen cambios de pensamientos negativos explican el cambio en el afecto negativo (44). En este sentido, el DS debe considerarse dentro de las habilidades para la vida que se disponen implementar en los programas de prevención en salud mental en estudiantes universitarios (43, 45). En especial con adolescentes y jóvenes, los programas de prevención para la depresión y la ansiedad se deben enfocar en la educación sobre el fenómeno de la depresión y en especial el curso, identificación de los factores de riesgos y síntomas de remisión, y la participación de los fenómenos cognitivos, en especial las creencias y las atribuciones y los pensamientos negativos en para la evolución de la problemática (46).

Las diferencias no significativas en pensamientos positivos y ansiosos podrían poner en evidencia que más que el contenido, lo esencial es la validez que se le da a los pensa-

mientos. La práctica socrática mostró menos impacto en estas variables posiblemente porque si bien en estos procesos también se pueden presentar las distorsiones, éstas no se asociaron a la depresión (47).

Como conclusión, el programa de prevención en salud mental a través del DS y el DPC para estudiantes universitarios, tiene efectos favorables en la medida que disminuye los factores de riesgo cognitivo para la depresión y la ansiedad como son los pensamientos negativos. Siendo la preocupación el componente central de los síntomas de la ansiedad generalizada y la depresión, la pregunta socrática conduce a las personas a reflexionar sobre el punto de partida de sus preocupaciones y a generar acciones que benefician la solución de problemas y la intervención de los supuestos disfuncionales que mantienen la preocupación ansiosa. El DS tiene como propósito identificar las debilidades de los supuestos a través de las preguntas sistemáticas, favoreciendo el reconocimiento de los contextos que la mantienen.

Como limitaciones del estudio se consideran la selección de las universidades, la cual, aunque a criterio de los investigadores refleja las diferencias culturales existentes en una gran parte del país, no es una selección aleatoria y esto puede introducir cierto sesgo. Lo cual se acentúa además por el hecho de que alguna ciudad con mayor población, tal como la capital del país, no están presente en la muestra.

Esto mismo ocurre con los programas académicos que están incluidos en el estudio, los cuales no constituyen todo el espectro de la Educación Superior o una muestra representativa, sino solo de aquellos que eran ofertados en las universidades.

Por otra parte, el número de participantes, que alcanzaron a completar todo el ciclo, fue reducido en comparación a la muestra original, existiendo una alta mortalidad experimental, lo que pudo ser debido a que el programa constaba de varias sesiones y no estuvo insertado en la programación académica. No obstante, esto resulta relevante y se debe tener en cuenta, a la hora de incluir este tipo de programas en el ámbito universitario.

Lo anterior introduce un sesgo de autoselección de los propios participantes, ya que es posible que solo los más interesados en el tema fueran los que permanecieron. Esta autoselección pudo tener incidencia en los resultados, ya que si bien las diferencias en los resultados entre los grupos experimental y de control fueron significativas en pensamientos y síntomas de ansiedad, en el post-test, dichas diferencias no fueron muy elevadas.

A pesar de estas limitaciones, el programa resultó de interés en cuanto pone de relieve la importancia de la elaboración cognitiva como mecanismo de prevención en la vida cotidiana en un contexto de vulnerabilidad, como es la incorporación a los estudios universitarios.

Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: Universidad de San Buenaventura. Medellín (Colombia).

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra, OMS; 2001. Disponible en: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* DSM-5^a ed. Washington DC; 2013.
3. Torres Y, Primer Estudio Poblacional de Salud Mental Medellín, 2011-2012. Medellín, Colombia: L. Vieco e Hijos Ltda; 2012.
4. Arrivillaga M, Cortés C, Goicochea V, Lozano T, Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. *Universitas Psychologica* 2004; 3: 17-26.
5. Amézquita M, González R, Zuluaga D, Prevalencia de la depresión, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado de la Universidad de Caldas. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2003; XXXII (4): 341-356. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80632404>
6. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G, *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press; 1979.
7. Beck A, Emery G, Greenberg R, *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books; 1985.
8. Bridges K, Harnish R, Role of irrational beliefs in depression and anxiety: A review. *Health* 2010; 2: 862-877.
9. Cámara M, *Vulnerabilidad cognitiva al estrés en estudiantes universitarios*. Tesis Doctoral. Bilbao, España: Universidad de Deusto; 2009.
10. Londoño NH, Palacio J, Acosta C, *Predictores cognitivos, de personalidad y estrés para síntomas de depresión y ansiedad en estudiantes de primeros semestres de educación superior e impacto del programa de prevención basado en el desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático*. Tesis Doctoral. Barranquilla, Colombia: Universidad del Norte; 2011.
11. Sánchez F, Carvajal F, Saggiomo C, *Self-talk and academic performance in undergraduate students*. *Anales de Psicología* 2012; 32: 139-147.
12. Carbonero MA, Martín-Antonio LJ, Monsalvo E, Valdivieso JA, *School performance and personal attitudes and social responsibility in preadolescent students*. *Anales de psicología* 2015; 31: 990-999.

13. Clark D, Design considerations in prevention research. En D. Dozois & K. Dobson, *The prevention of anxiety and depression. Theory, research and practice* 2004; 73-98.
14. Organización Mundial de la Salud. *Prevención de los trastornos mentales*. Ginebra, Suiza: OMS; 2004.
15. Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la Salud Mental. Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado*. Ginebra, Suiza: OMS; 2004.
16. Ellis A, *Feeling better, getting better, staying better*. Atascadero, C.A., EEUU: Impact Publishers; 2001.
17. Young J, Klosko J. *Reinventar tu vida*. Barcelona: Paidós; 2001.
18. McKay M, Fanning P, *Self-esteem: A proven program of cognitive techniques for assessing, improving, and maintaining your self-esteem*. Oakland, C.A., EEUU: New Harbinger; 2000.
19. Seligman M, *The optimistic child: prevent program to safeguard children from depression & Build lifelong resilience*. New York, EEUU: Houghton Mifflin Company; 1995.
20. Dana R, *Personality assessment: Practice and teaching for the next decade*. *Journal of Personality assessment* 1984; 48: 46 – 57.
21. Semerari A, *Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva*. Barcelona: Paidós; 2002.
22. Paul R, Elder L, *Critical thinking: nine strategies for everyday life, part I*. *Journal of developmental education* 2000; 24(1): 40-41.
23. Paul R, Elder, *El arte de formular preguntas esenciales*. Berkeley, EE.UU: Foundation for Critical Thinking; 2002.
24. Paul R, Elder L, *La mini-guía para el pensamiento crítico. Conceptos y herramientas*. Dillon Beach, Foundation for critical thinking; 2003.
25. Broadbear J, Keyser B, *An approach to teaching for critical thinking in health education*. *The Journal of school health* 2000; 70: 322 – 326.
26. Acosta C, *Efectos del diálogo socrático sobre el pensamiento crítico en estudiantes universitarios*. *Psicología del Caribe* 2002; 10:1-26.
27. Beck A, Alford B, *Depression. Causes and treatment*. 2nd Ed. Pennsylvania, EEUU: University of Pennsylvania Press; 2009.
28. Young J, *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. 3rd. Ed. Sarasota, FL: Professional Resource Press; 1999.
29. Merry S, McDowell H, Hetrich S, Bir J, Muller N, *Intervenciones psicológicas y educativas para la prevención de la depresión en niños y adolescentes*. New York, EEUU: Wiley; 2008.
30. Radloff L, Locke B, *The Community Mental Health Assessment Survey and the CES-D scale*. En M. Weissman, J. Myers, & C. Ross (Eds.), *Community surveys*. New Brunswick, NJ, EEUU: Rutgers University Press; 1986.
31. Camacho P, Rueda-Jaimes G, Latorre J, Navarro-Mancilla A, Escobar M, Franco J, *Confiable y validez de la escala del Center Epidemiologic Studies-Depression en estudiantes adolescentes de Colombia*. *Biomedica* 2009; 29(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-41572009000200011yscript=sci_arttext
32. Muñoz M, Roa A, Pérez E, Santos-Olmo A, De Vicente A, *Instrumentos de evaluación en Salud Mental*. Madrid: *Psicología Pirámide*; 2002.
33. Derogatis L, *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems. Adaptación española de J. L. González de Rivera et al*. Madrid: TEA Ediciones; 2002.
34. Kendall P, Howard B, Hays R, *Self-reference speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking*. *Cognitive Therapy and Research* 1989; 13: 193-213.
35. Gómez Y, Arias D, *Propiedades psicométricas del cuestionario de pensamientos automáticos negativos y positivos (ATQ-RP) en población adolescente*. En A. Ferrer & Y. Gómez, *Evaluación e intervención en niños y adolescentes, investigación y conceptualización*. Medellín, Colombia: La Carreta Editores 2007; 13-34.

36. Kendall P, Hollon S, Anxious self-talk: Development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). *Cognitive Therapy and Research* 1989; 13: 81-93.
 37. Ministerio de la Protección Social. Decreto 3039 de 2007. Plan Nacional de Salud Pública. Bogotá: Presidencia de la República; 2007.
 38. Millon T, Everly G, La personalidad y sus trastornos. Barcelona, España: Martínez Roca; 1994.
 39. Maj M, López-Ibor J, Sartorius N, Sato M, Okasha A, Detección temprana y manejo de los trastornos mentales. Bogotá: Asociación Colombiana de Psiquiatría-Noosfera Editorial; 2006.
 40. Riso W, Terapia cognitiva, fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico. Bogotá, Colombia: Norma; 2006.
 41. O'Connell M, Boat T, Warner K, Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People. The National Academies Press, Washington, D.C.; 2009. Recuperado Disponible en: http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=12480&yutm_source=WID%1902502251712011031412859&yutm_medium=Widgetv3&yutm_content=12480&yutm_campaign=Widgetyutm_term=openbook
 42. Kendall P, Treadwell K, The role of self-statements as a mediator in treatment for youth with anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2007; 75: 380-389.
 43. Poveda DC, Arroyave PA, Estado del arte de la estrategia Universidades promotoras de salud en Colombia. *Típica, Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2014; 10: 1-15.
 44. Lorenzo-Luaces L, German RE, DeRubeis RJ, It's complicated: The relation between change procedures, cognitive change, and symptom change in cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review*, 2015; 41:3-15.
 45. Jacobs Foundation, Hanbury, C, Malti T., Seguimiento y evaluación de las habilidades para la vida orientadas al desarrollo para la juventud. Zurich, Layout/Prepress/Printing, 2011.
 46. Simons, AD, Rohde P, Kennard BD, Robins M, Relapse and recurrence prevention in the treatment for adolescents with depression study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2005; 12: 240-251.
 47. Londoño NH, Jaramillo JC, Castaño MC, Rivera DP, Berrio Z, Correa D, Prevención de la depresión y la ansiedad en estudiantes universitarios. *Revista Psicología e Saúde, Brasil*, 2015; 7: 47-55.
- Anexo 1.** Programa de desarrollo del pensamiento crítico y el diálogo socrático para prevención de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios
- Módulo 1.** Preparación y motivación. Duración: dos sesiones.
- El propósito de este módulo era preparar al grupo para la metodología taller y motivarlo a responsabilizarse de su Salud mental. Se plantearon los principios de la OMS para la promoción en salud mental y la prevención de los trastornos mentales (1), y se expusieron las propuestas del Gobierno en promoción y prevención en salud mental (37). Se presentaron las prevalencias y el curso de los trastornos mentales más representativos (depresión, ansiedad y trastornos por abuso de sustancias alcohólicas y no alcohólicas) (2,3), buscando informar y sensibilizar a los participantes frente a la problemática de la salud mental a nivel mundial.
- Módulo 2.** Modelo DS y DPC. Duración: 3 sesiones.
- El propósito de este módulo fue implementar el modelo y su práctica para fortalecer competencias para la vida como es la estrategia en solución de problemas y pensamiento crítico. Las prácticas de los DS se ejercitaron a través de la escritura de manera individual. Cada escrito debía contener la siguiente estructura:
- Preguntas y respuestas: la primera pregunta se formulaba sobre el propósito de la práctica

socrático (P1) y generaba una respuesta (R1). A continuación se formulaba una segunda pregunta (P2) orientada a profundizar en R1, la cual generaba de nuevo su propia respuesta (R2). Luego se hacía una tercera pregunta (P3) que se formulaba a partir R2, dando lugar a su respuesta (R3), y así sucesivamente. Se recomienda un número no inferior a cinco preguntas y sus respuestas en la primera práctica.

Conclusiones: el participante sacaba conclusiones de su DS y sintetizaba elementos, estándares y rasgos del modelo DPC.

Acciones: se hacían propuestas orientadas a la solución de problemas o a mejorar la calidad de los pensamientos de acuerdo con el modelo DPC (24, 26).

Finalizando este módulo se proponía una primera práctica de DS y DPS por escrito sobre los eventos estresantes experimentados en el último año y se motivaba a los participantes a realizar prácticas DS y DPS entre las sesiones.

Módulo 3. Salud mental y personalidad. Duración: dos sesiones.

El propósito era diferenciar características de personalidad saludable y personalidad patológica y su asociación con la salud mental (38). Se finalizaba con una práctica de DS y DPS sobre el tema analizado, salud mental y personalidad.

Módulo 4. DS y DPC en la prevención de la depresión y la ansiedad. Duración: 3 sesiones.

El propósito de este módulo era aplicar el modelo para la prevención de la depresión y la ansiedad, motivando a conocer sobre los fenómenos psicopatológicos de la depresión y la ansiedad a través de las preguntas socráticas: ¿Cómo se identifica el fenómeno? ¿Que la genera? ¿Que la precipita? ¿Cómo puede prevenirse? ¿Cómo se interviene? etc. Se analizaban las características de cada trastorno, las categorías diagnósticas, y se profundizaba en factores de riesgo y protección.

Se proponen dos prácticas de DS y DPC, uno para el tema de depresión y otro para el de ansiedad.