

OFICINA DE POSGRADOS

TEMA:

**CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DEL CANTÓN AMBATO, ECUADOR**

**Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Magister en
Psicología Mención en Intervención.**

Línea de Investigación:

SALUD INTEGRAL, DETERMINACIÓN SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO

Autor:

Gabriela Mercedes Estrella Santamaría

Director:

Psic.CI. Verónica Alexandra Molina Coloma PhD.

Ambato – Ecuador

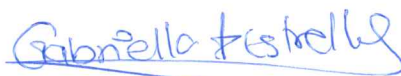
Octubre 2023

DECLARACIÓN DE AUTÉNTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **GABRIELA MERCEDES ESTRELLA SANTAMARÍA**, con cédula de ciudadanía **1803947357**, autor del trabajo de graduación titulado: "CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DEL CANTÓN AMBATO, ECUADOR" previo la obtención del título profesional de **MAGISTER EN PSICOLOGÍA MENCIÓN INTERVENCIÓN**, en la oficina de **POSGRADOS**.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, octubre 2023



Gabriela Mercedes Estrella Santamaría

CC. 1803946357

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Tema:

**CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLÓGICAS EN ESTUDIANTES
UNIVERSITARIOS DEL CANTÓN AMBATO, ECUADOR.**

Línea de Investigación:

Salud integral, determinación social y desarrollo humano

Autor:

Gabriela Mercedes Estrella Santamaría

Verónica Alexandra Molina Coloma, Ps. PhD.

CALIFICADOR

f. _____



Catherine Nataly Shuguli Zambrano Ps. Mg.

CALIFICADOR

f. _____

Dayamy Lima Rojas, Lic. Mg.

CALIFICADOR

f. _____

Juan Carlos Acosta Teneda, P. PhD.

DIRECTOR DEL CENTRO DE POSGRADOS

f. _____



Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

SECRETARIO GENERAL PUCESA

f. _____

A circular blue stamp from the Pontificia Universidad Católica del Ecuador. The outer ring contains the text "Pontificia Universidad Católica del Ecuador". The inner part contains a logo and the text "SECRETARÍA GENERAL PROCURADURÍA".

Ambato – Ecuador

Octubre 2023

AGRADECIMIENTO

Gracias a ti, Allié preciosa, te has convertido en mi impulso diario porque no podría tener a nadie más que a ti y a tu papito lindo para ver con alegría el despertar del señor Sol. Te amo, corazoncito de mi vida. Espero algún día puedas leer esto.

Gracias a ti, Patricio, mi hermoso esposo que con tu determinación y voluntad de salir adelante hemos compartido buenos y malos momentos. Por enseñarme a que no importa que tan fuerte sea el malestar, siempre hay la opción de decidir hacer las cosas bien.

Gracias a mi madre, que no importa lo que suceda, ha sido incondicional. Gracias a mis hermanos por su apoyo y presencia, son mi apoyo constante.

RESUMEN

Las manifestaciones del malestar mental en los estudiantes universitarios podrían ser identificados por la presencia de características psicopatológicas representadas por alteraciones del ánimo y pensamiento en síntomas físicos. Se realizó una investigación de diseño no experimental, de corte transversal, de tipo cuantitativo y de alcance descriptivo. Se contó con la participación de 589 estudiantes universitarios de población no clínica de las diferentes universidades del cantón Ambato con el 61,6% del género femenino (n= 363) y el 38,4% del género masculino (n= 226). Se investigó la prevalencia de las características psicopatológicas en la población universitaria del cantón Ambato, Ecuador. Los resultados revelaron que los estudiantes universitarios muestran mayor prevalencia de Ansiedad fóbica con el 16% y Depresión 14,9% y en menor medida Somatizaciones con el 9% e ideación paranoide con el 9,8%. El 28,3% de los estudiantes evaluados necesitarían atención psicológica para tratar sus malestares.

Palabras clave: características psicopatológicas, síntomas psicológicos, niveles de riesgo psicológico, estudiantes universitarios, psicopatología.

ABSTRACT

The mental discomfort in university students could be identified by the presence of psychopathological characteristics identified by mood and thinking disturbances in physical symptoms. A non-experimental, cross-sectional, quantitative and descriptive design research was carried out. There was the participation of 589 university students from the non-clinical population of the different universities of the Ambato city with 61.6% of the female gender (n = 363) and 38.4% of the male gender (n = 226). The prevalence of psychopathological characteristics in the university population of Ambato, Ecuador, was investigated. The results revealed that university students show a higher prevalence of phobic anxiety with 16% and depression 14.9% and to a lesser extent somatizations with 9% and paranoid ideation with 9.8%. 28.3% of the students evaluated would need psychological attention to treat their discomforts.

Keywords: psychopathological characteristics, psychological symptoms, levels of psychological risk, university students, psychopathology.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTÉNTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	ii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y DE LA PRÁCTICA	6
1.1 Normalidad.....	6
1.2 Psicopatología.....	7
1.3 Dimensiones de los síntomas psicopatológicos.....	15
1.4 Psicopatología en estudiantes universitarios.....	19
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.....	22
2.1. Metodología de Investigación.....	22
2.2 Técnicas y Herramientas.....	24
2.3 Instrumentos.....	25
2.4 Procedimiento metodológico.....	26
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	33
3.1 Análisis descriptivo de las evaluaciones psicológicas.....	33
CONCLUSIONES.....	69
RECOMENDACIONES	70
BIBLIOGRAFIA	71
ANEXOS	90

INTRODUCCIÓN

La salud mental es un tema complejo de resolver al no implicar únicamente la ausencia de la enfermedad, sino una plenitud mental y de vida con una percepción correcta de la realidad, un desenvolvimiento eficaz en la vida cotidiana, un manejo adecuado de las emociones y una resolución adecuada de los conflictos (Belloch & Ibáñez, 1992). Conceptualizar la enfermedad mental se transforma entonces en un proceso complejo ya que implicaría identificar varios factores que la desencadenarían, además de la diferenciación de las conductas normales y anormales de acuerdo a la cultura en la que se desarrolla el individuo.

Los estudiantes universitarios son identificados como grupo vulnerable al adquirir derechos constitucionales con mayores responsabilidades. Tienen la autonomía legal de decidir por sí mismos y en términos de investigación son más fáciles de evaluar (Estrella, 2018), se convierten en una población adecuada para la investigación al no tener que contar con la autorización de sus padres para su evaluación (Erazo & Jiménez, 2012).

Los estudiantes universitarios están sometidos a diversos factores estresantes como: presión académica por parte de los docentes, falta de apoyo familiar, exigencias académicas (Mohd, 2003), exámenes de conocimiento, dificultades económicas, vivir en otras ciudades, entre otros; y en estudios realizados con este tipo de población, se ha encontrado mayor tasa de depresión con prevalencia del 50% para estudiantes de arte, 36% para los de medicina y cifras más bajas pero no menos importantes en estudiante de derecho e ingeniería en comparación con la población general (Campo & Gutiérrez, 2001).

Los síntomas depresivos son los más estudiados en esta población, y en Europa tiene una prevalencia del 21% en población universitaria (Sanz, Navarro & Vázquez, 2003). En Colombia, un estudio de la Universidad Javeriana de Cali encontró una prevalencia de 30,3% de sintomatología depresiva en la población de estudiantes según el Inventario de Depresión de Beck –BDI (Arrivillaga, Cortés, Goicochea & Lozano, 2003).

La ansiedad también es frecuente en esta población: estudios en países desarrollados muestran que el promedio de síntomas oscila en un rango 5,4% a 13,4% (Sanz, et al., 2003). En Chile, el 53% de los estudiantes universitarios tiene una alta probabilidad de presentar un trastorno ansioso-depresivo. La presencia de sintomatología es acentuada en los alumnos que cursan el primer año, estabilizándose entre el segundo y quinto año, disminuyendo significativamente en el último (Rioseco, Valdivia, Vicente, Vielma & Jerez, 1996).

Un estudio en Colombia identifica que el 52% de los estudiantes universitarios manifestarían: 8% depresión grave, 19% depresión moderada y 25% depresión leve. El mayor porcentaje se identificaría en estudiantes de medicina con el 5,7%. Las mujeres tendrían mayor presencia de la enfermedad con el 30,4%, pero los hombres presentan índices más altos de depresión grave que las mujeres. La depresión grave se concentró más en estratos 1 y 2, y prevaleció más en edades de 18 a 24 años (Ferrel, Barros & Hernández, 2011).

El presente estudio identifica la prevalencia de características psicopatológicas en la población universitaria. Es importante recalcar los antecedentes de la realidad del momento de la aplicación del reactivo. Durante la aplicación los estudiantes universitarios se encuentran en clases telemáticas por la pandemia provocada por el COVID-19. Las investigaciones indican el efecto negativo que un problema de salud pública tendría sobre la psique de las personas con respecto a la depresión, ansiedad, ataques de pánico, síntomas psicóticos, delirios e incluso tendencia suicida (Lee, Wong, McAlonan, Cheung, Cheung, Sham & Chua, 2007).

Aquellos que pertenecen al grupo etario de 21 a 40 años, estudiantes universitarios, se afectarían más que aquellos de mayor edad y que no estudian; los estudiantes universitarios son un grupo de riesgo elevado por los problemas de salud mental que se asocian a un rendimiento académico deficiente, abandono de los estudios e ingresos económicos que no son suficientes. La mayoría de estudiantes universitarios afectados, no recibirían un tratamiento adecuado (Xiong et al, 2020; Meredith et al. 2019).

Los estudiantes universitarios han experimentado varios factores estresantes ligados al COVID-19, incluyendo la transición de estudiar presencialmente a métodos telemáticos, inestabilidad en el hogar y un inesperado retorno al hogar de origen, graduaciones canceladas o retrasadas y la interrupción de terapia o apoyo psicológicos ofrecida por su universidad (Sahu, 2020). Otros aspectos como la pérdida de la rutina, los sentimientos frente a la pandemia, la reducción de actividad social y contacto físico con las personas han generado distrés, frustración, y sentimientos de aislamiento de otros desde el confinamiento, incrementando la sintomatología ansiosa, fobia y depresión especialmente en estudiantes universitarios (Rajkumar, 2020).

Las mujeres se han visto mayormente afectadas por las consecuencias psicológicas de la pandemia, comparado con los hombres y los datos estadísticos encontrados de ansiedad, depresión y estrés, estadísticamente significativos en comparación de otros estudios realizados en estudiantes universitarios previo a la pandemia (Wang et al, 2020). Es importante generar investigación en esta población y con el presente estudio, se identificaría la prevalencia de características psicopatológicas presentes de los estudiantes universitarios del cantón Ambato, Ecuador.

A partir de los datos obtenidos en la ficha sociodemográfica y el test aplicado, se generaría información estadística con una propuesta de intervención responsable para tratar la sintomatología identificada. Es una problemática caracterizada por la ausencia de programas de intervención o abordaje en esta población, sin mencionar que, a los estudiantes universitarios, a pesar de lo que las investigaciones refieren, no se los observa como una población de riesgo por la sociedad.

Por lo mencionado con anterioridad, surgen las siguientes preguntas de investigación: ¿La fundamentación de los aspectos teóricos relacionados con las características psicopatológicas de los estudiantes universitarios es pertinente?, ¿La evaluación de las características psicopatológicas de los estudiantes universitarios es factible?, ¿El análisis de la prevalencia de las características

psicopatológicas por género en los estudiantes universitarios es necesario?, ¿El desarrollo de un proyecto de intervención en función de las características psicopatológicas identificadas como prevalentes en los estudiantes universitarios, contribuye en la salud mental de dicha población?

Objetivo general de la investigación:

- Determinar la prevalencia de las características psicopatológicas existentes en una muestra de estudiantes universitarios del cantón Ambato, Ecuador.

Objetivos específicos:

- Fundamentar los aspectos teóricos y metodológicos relacionados con las características psicopatológicas en los estudiantes universitarios.
- Evaluar qué características psicopatológicas predominan en una muestra de estudiantes universitarios del cantón Ambato, Ecuador.
- Analizar la prevalencia de características psicopatológicas por género en una muestra de estudiantes universitarios del cantón Ambato, Ecuador.
- Generar un proyecto de intervención en función de las características psicopatológicas identificadas como prevalentes en los estudiantes universitarios del cantón Ambato, Ecuador.

En cuanto a la metodología y con el fin de responder a los objetivos y a la hipótesis, la investigación es de diseño no experimental al no manipular las variables estudiadas, enfocada únicamente en evaluación de la muestra sin influencia al contexto. De tipo descriptivo, se pretende conceptualizar la variable de estudio y la población evaluada, así como también identificar la prevalencia de las características psicopatológicas existentes en la población. De corte transversal al evaluar en un asola ocasión a la muestra, de enfoque cuantitativo por el valor numérico que se obtiene a partir de los resultados de la evaluación, datos que se analizarán con el programa estadístico SPSS V25.

Para la aplicación de la ficha sociodemográfica y del Inventario de Síntomas SCL-90 de L. Derogatis, se contó con la participación de 597 estudiantes universitarios del cantón Ambato, mediante la plataforma Google Forms, por la emergencia sanitaria y las medidas precautelares que, para el tiempo de aplicación, aún se encuentran vigentes. Después de aplicar los criterios de inclusión y exclusión, la muestra de estudiantes universitarios fue de 589 observaciones.

En respuesta a la problemática con respecto a la salud mental de los estudiantes universitarios, frente a la ausencia de estrategias a seguir para su atención adecuada, el presente proyecto de investigación se centra en construir un programa de intervención enfocado en manejar de manera científica y adecuada, mediante un enfoque cognitivo conductual, las características psicopatológicas prevalentes en riesgo en los estudiantes universitarios.

Los estudiantes universitarios son los futuros profesionales del Ecuador, y su integridad mental facilitaría su desempeño en las diferentes ramas. De modo que esta investigación es de interés social al identificarse la prevalencia de las características psicopatológicas al generar estrategias de prevención en salud mental y que se pueda abordar dicha problemática de manera científica, eficaz y coherente.

Entendido lo previamente mencionado, este proyecto de investigación tendría un impacto positivo para la comunidad científica y la comunidad universitaria, siguiendo la línea de investigación en pro del desarrollo de futuros planes de intervención, al comprender que la detección temprana de psicopatología no sólo minimizaría la posibilidad de fracaso académico, sino que también reduciría en forma substancial otras conductas de riesgo para la salud, como el consumo de cigarrillo o de alcohol o las conductas alimentarias desadaptativas asociadas con la presencia de trastornos depresivos y otros trastornos (Campo, Díaz, Rueda & Barros, 2005).

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y DE LA PRÁCTICA

Para definir la variable características psicopatológicas, es importante conocer de primera mano a normalidad del funcionamiento personal. Existen conductas que son percibidas como patológicas en una cultura, pero en otras no, y por eso se da una amplia explicación para poder conceptualizar la variable de estudio, así como también la población que se está evaluando.

1.1 Normalidad

La psicopatología se encarga de establecer reglas y conceptos en función a la enfermedad, y cuando nos referimos a enfermedad, que es el funcionamiento anormal o inadecuado de un sistema o conjunto de sistemas, hacemos énfasis de igual manera a la normalidad. Existen diferentes criterios para establecer, comprender y delimitar la normalidad en el ámbito de la psicopatología, partiendo desde su conceptualización que hace referencia a cumplir con lo establecido, clasificándolo entre la norma ideal y la descriptiva o estadística:

Norma ideal

Se considera, según este criterio, como normal todo aquello que se ajusta a lo socialmente identificado como común o que sigue un modelo o patrón. Es algo que se pretende alcanzar, que realmente no se lo puede realizar en perfección, pero al menos se debe intentar lograrlo. Esta concepción de normalidad se supone proviene de un modelo creado por el hombre en sociedad, para poder de tal manera juzgar o discernir lo sano de lo desviado. Se identifican dos normas ideales (Capponi, 1987):

a. Norma ideal prescriptiva o del deber: es considerado normal todo aquello que es como debe ser y lo anormal sería todo aquello que es como no debería ser, en relación con una idea coherente de dicha sociedad, que sugiere como sería un funcionamiento adecuado y correcto del sujeto. Lo negativo o las limitaciones que surgen de esta norma, es que es un criterio subjetivo y selectivo, no permite la

individualidad del sujeto al ser muy idealista o ficticio, y no podría discernir de quien realmente necesita ayuda, ya que no se puede alcanzar la perfección como tal (Fernández, 2010).

b. Norma ideal natural, constitutiva o funcional: es un estado de normalidad que respeta la naturalidad o desarrollo natural del sujeto en relación con sus funciones y a su actividad, identificando su comportamiento como normal, si logra conducir su conducta de manera adecuada en relación a la actividad que ejerce en su día a día. Predispone la existencia de un orden que cumple su progreso y patrones subjetivos del individuo, cuando algo no surge con normalidad dentro de este aspecto, estigmatiza lo que no surge de manera natural. Dentro de sus limitaciones esta que es difícil diferenciar entre aquello que es natural y aquello que no lo es (Dewey, 2014).

Norma descriptiva, estadística o modal

Esta idea de normalidad va sujeta a lo objetivo, ya que utiliza la estadística como base de su medición y va en función a la frecuencia y prevalencia de la normalidad. Todo aquello que se aleje de la normalidad estadística, es considerado como anormal. Es decir, la normalidad o anormalidad tiene una explicación cuantitativa, lo cual se le atribuye a la campana de Gauss. Todo lo que se encuentre en el medio se identifica como una normalidad, los extremos predisponen psicopatología, anormalidad o desviación. Dentro de las limitaciones que surgen en este modelo es que, específicamente, no es normal lo más frecuente, ni siquiera si las evaluaciones son realizadas a la misma hora o al mismo tiempo. Cada persona tiene factores intrínsecos o extrínsecos que influenciarían en la población (Dewey, 2014).

1.2 Psicopatología

La psicopatología es definida como una experiencia mental anormal (Aragona, 2019), cuyo origen epistemológico está conformado por raíces griegas para *psykhe*, mente o alma, *pathos*, sufrimiento o dolor, y *logia*, estudio de, componiendo el significado de estudio del sufrimiento de la mente (Aprea, 2010). La psicopatología

es también identificada como una ciencia independiente que estudia la etiología del desvío o anormalidad del comportamiento humano, lo cual, debe ser abordado desde una perspectiva multidisciplinaria por la complejidad que la compone (Belloch, Sandín y Ramos, 2018).

A la psicopatología también se la puede definir como una disciplina científica que se encarga de estudiar el origen, curso y características manifestantes del desarrollo anormal de la mente y el comportamiento humano, que interfieren el funcionamiento normal de un individuo en su vida cotidiana, influenciando en su salud (Castaño, 2009). La psicopatología no es una totalidad como tal, está compuesta por aspectos psicológicos, biológicos y sociales, que influyen en su desencadenamiento o mantenimiento a lo largo del desarrollo de la vida de un individuo, por lo tanto, no se puede polarizar a la psicopatología como algo absoluto (Lupón, Torrents y Quevedo, 2012).

La psicopatología se va desarrollando al pasar el tiempo, pero no ha tenido un desarrollo fijo durante la historia, ya que, al verse ligado al malestar mental, se ha ido desviando desde lo sobrenatural hasta lo científico. La línea de tiempo de la historia de la psicopatología nos refiere que inició cuando el hombre identificó a las enfermedades mentales con un origen sobrenatural, lo que generó como consecuencia el uso de los exorcismos para tratar dichas enfermedades, realizadas principalmente por hechiceros, para posteriormente transformarse en un uso común de los sacerdotes, con el fin de provocar la salida del ser maligno del cuerpo del sujeto poseído (Aprea, 2010).

Hipócrates (460-377 a.C), es considerado como la primera persona en desarrollar una clasificación de trastornos mentales, quien afirmaba que dichas enfermedades tenían una etiología orgánica, señalando a la interacción de los cuatro humores como responsables de las respuestas emocionales y conductuales de cada individuo. Identificaba como un correcto funcionamiento de la personalidad o conducta, cuando los humores interactuaban adecuadamente con las fuerzas externas del individuo, clasificando a los trastornos mentales en manía, melancolía y frenitis (APIR, 2017).

Aristóteles (384-322 a.C.), manifiesta su concordancia con esta afirmación hecha por Hipócrates, mientras que Platón (329-347 a.C.) señala que dichas dolencias tienen un origen orgánico, étnico y divino. No todo en esta época estaba ligado las experiencias internas, en Alejandría, existiría un desarrollo importante en el uso de medicamento en el tratamiento de las enfermedades mentales. Los internamientos en sanatorios encargados del cuidado de los pacientes enfermos mentales inician en este lugar, usando como herramientas el ejercicio físico y actividades sociales en grupo con música y aire libre (Gómez, 2013).

Durante el renacimiento, a pesar del avance en medicamentos para el tratamiento de enfermedades mentales, reaparece la utilización de medios mágicos y tratamientos eliminar el mal que se ha incrustado en el alma del paciente, pensamiento que permanece como primordial hasta el siglo XVII. Al finalizar el siglo XV, se enfatiza más el pensamiento de que la enfermedad mental tiene un vínculo directo con una posesión demoniaca, considerando el trabajo del brujo como algo esencial para la curación del enfermo. Dicho suceso obliga a la iglesia a tomar mando de los exorcismos y eliminar la elección del pueblo de acudir al brujo para realizar la curación (Aprea, 2010).

Esta relación de la locura ligada a posesiones demoniacas se extiende hasta mediados del siglo XIX. San Agustín, en la misma época, agrega la idea que la razón puede controlar o modificar cierta psicopatología manifestada en un enfermo mental. Empieza una época donde se le da un verdadero origen orgánico a los malestares del alma, refiriendo por Alberto Magno (1193-1280) y Tomás de Aquino (1225-1274) que el alma no puede enfermar, entonces la enfermedad debe ser únicamente de origen orgánico (Aprea, 2010).

En el renacimiento, la concepción de la enfermedad mental se liga, con fundamentos más consistentes, a la medicina, con sustento científico del médico Jean Fernel (1497-1588) y este vínculo fuerte con la filosofía de la mano del filósofo José Luis Vives (1492-1540), reflexionando sobre los procesos psíquicos y su origen.

Con respecto al surgimiento de la psiquiatría, se considera a Johann Weyer (1515-1588) como el primer psiquiatra y padre de la psiquiatría actual, quien luchaba por la necesidad de utilizar la medicina y un trato humanista y respetuoso en el tratamiento de los enfermos mentales, cuyo resultado genera la censura por parte de la iglesia hasta el siglo XX (Apreada, 2010).

Sería el padre Jodré en Valencia, España quien funda el primer centro de enfermedades, para posteriormente ampliarla por toda España y en el año 1567 en la ciudad de México. El enfoque de centros especializados en trastornos mentales se da en Francia, donde en el año 1641 se crea el primer hospital especializado para enfermos mentales.

Esta iniciativa se extiende a Viena con el conocido *Lunatics Tower*, Virginia, Estados Unidos y en Londres hasta el año 1773. El estado de todos estos centros de especialización para la salud mental era bastante deplorable y daban muy poca seguridad con respecto a la recuperación de los pacientes que se encontraban internados ahí (Jarne, 2006).

A finales del siglo XVII e inicios del siglo XIX, nace un enfoque científico para el tratamiento de los enfermos mentales, con una visión menos empírica y más científica, centrando el trato al paciente desde un enfoque humanista, fomentando el avance de la medicina y la utilización de medicamentos para el tratamiento de las enfermedades mentales en estos sanatorios, con la identificación del signo en el paciente o en el enfermo, como una señal de la función mental que está dañada. Nace el análisis de casos clínicos con una sólida base empírica, abriendo paso a la patología.

El médico Philippe Pinel a finales de los años 1700 e inicios de 1800, asume la dirección del Hospital *Salpetriere* en Francia, liberando a los enfermos de los tratos inhumanos con los cuales eran tratados con el fin de curarlos (1794), y transforma los hospitales psiquiátricos en lugares especializados y adecuados para el trato digno del paciente, incorporando la ética profesional y la moral con espacios

adecuados y tratos humanos, lo cual generó resultados inmediatos en la recuperación de los pacientes (Apreada, 2010).

Benjamín Rush, autor del primer libro americano de psiquiatría, considerado como el padre de la psiquiatría moderna, fue iniciado por Pinel y Jean-Baptiste Pussin en el hospital dirigido por Pinel en Francia, replica el modelo humano incrustado en este país a Estados Unidos. Sus métodos fueron cuestionados para la época, pero su práctica médica era muy eficaz en la recuperación de los pacientes psiquiátricos, siendo conocido por su método de sacar la mala sangre de los pacientes enfermos y baños de agua fría, que ayudaban a reducir la agitación psicótica, creando la silla de apaciguamiento, métodos aceptados en la época (Vallejo, 2002).

Durante este tiempo, Esquirol (1777-1840), identifica las alucinaciones y la monomanía y recalca la importancia que tienen las emociones en el desencadenamiento y desarrollo de las enfermedades mentales. Durante el siglo XX, Emil Kraepelin (1856-1926) publica su famoso libro Tratado de Psiquiatría y la clasificación de enfermedades mentales de manera ordenada y específica, con el fin de brindar información de manera ordenada con respecto a los signos y síntomas que caracterizan a cada trastorno mental, juntamente con su tratamiento específico.

A partir de este momento, el trato a los pacientes psiquiátricos y la identificación de la sintomatología que encamina a su diagnóstico empieza a ser más científica y directa (Apreada, 2010).

Para finalizar, el aporte que ejercieron Sigmund Freud (1856-1939), médico que se encargó de estudiar la psicopatología de las personas de manera individual y no como algo en conjunto, y en el ámbito científico con Iván Pavlov (1849-1936) quien, a pesar de haber iniciado con el condicionamiento clásico años antes, no es hasta que el estadounidense Watson refuerza lo propuesto por Pavlov y la psiquiatría experimental nace con un desarrollo direccionado a la ciencia, identificando a la psicopatología desde diferentes posturas, teorías, fundamentos y sobre todo, desde un aspecto individual (Sarason, 1996).

La psicopatología no es una situación que surge a partir de lo genético o contextual como tal, es un compendio de algunos factores que influenciarían en su aparición, sin embargo, existen modelos que explican el origen de la psicopatología o la enfermedad como tal. A continuación, se pretende explicar los modelos mejor aceptados en referencia a la psicopatología:

Modelo biológico

Este modelo surge a partir de un contexto médico científico. Quien introduciría dicho modelo sería Hipócrates con su patología de los humores y Kraepelin con su clasificación de las enfermedades mentales. El pionero de esta concepción fue el médico psiquiatra Wilhelm Griesinger (1817-1868), alemán que según su propuesta identificó una relación entre los trastornos psicopatológicos y lesiones de origen anatómico en el sistema nervioso central, agrupando las enfermedades psiquiátricas que se han clasificado en función a sus características similares con respecto a la sintomatología, diferenciando también diferentes trastornos de otros (Jarne, 2006).

La base de este modelo es concatenar la alteración del cerebro (organismo) como causa principal de la conducta anormal de un individuo, identificando alteraciones o patologías en la anatomía del cerebro (forma o tamaño de la masa encefálica) o bioquímicas (alteración en los procesos químicos por exceso o recaptación inadecuada). Estos podrían ser efectos de factores hereditarios, infecciosos, metabólicos, alteraciones en diferentes sistemas o traumáticos. Si una alteración se da o se activa en varias generaciones (Buendía, 1993).

Existe un factor dominante con respecto a lo genético que predispondría al individuo a desarrollarla, entonces es cuando se fomenta la prevención de dicha enfermedad mediante un abordaje médico, social y psicológico para realizar un diagnóstico a tiempo y mejorar la calidad de vida del individuo y su familia. Las alteraciones psicopatológicas según el modelo biológico van en función a la alteración del cerebro que produciría cambios negativos o extraños en la conductual del individuo,

el cual propone un tratamiento psiquiátrico con la ayuda de otras especialidades, que deberían corregir esas anomalías de tipo orgánica (Buendía, 1993).

Modelo psicógeno

Este modelo identificaría que un efecto psicológico generaría un trastorno mental, idea iniciada por Sigmund Freud, diferenciando un paciente entre neurosis y psicosis, entre una conducta normal y anormal, y la comprensión ampliada de un fenómeno psicótico. Se evita generalizar la patología y se lo individualiza, dejando atrás el análisis de la enfermedad y partiendo del análisis del enfermo. Esta iniciativa, género que en Estados Unidos se dejara de internar de manera indiscriminada a los pacientes psiquiátricos, y empezara un tratamiento ambulatorio con un enfoque humanista y científico (Gutiérrez y otros, 1996).

Las insatisfacciones surgidas en el modelo biológico generan la necesidad de abordar la psicopatología desde otra perspectiva y es cuando este modelo toma fuerza a finales de los años 50 y principios de los años 60. El error del modelo biomédico es darle énfasis al tratamiento mediante medicamentos y excluir el aspecto psicológico, lo contextual, y no enfocarse en el individuo como un ser biopsicosocial, sino como un enfermo más (Jarne, 2006).

Existen enfermedades netamente ligadas a lo biológico, como en ejemplo la esquizofrenia o trastornos orgánicos, que necesitarían de un tratamiento médico como primera opción, pero el factor emocional también sería un desencadenante de trastornos mentales y cuyo tratamiento de primera línea sería el psicológico, sin olvidar que el trabajo multidisciplinario podría elevar las garantías de equilibrio (Buendía, 1993).

Modelo Cognitivo Conductual

Este modelo surge como una opción o alternativa con el fin de introducir los procesos mentales cognitivos como desencadenantes de la psicopatología en un individuo. El conductismo plantearía que la alteración de la conducta de una

persona iría en función a sus pensamientos o procesos de aprendizaje que obtendría de parte de las personas que se han encargado de la crianza del individuo, proponiendo como alternativa de tratamiento, la modificación de la conducta para así modificar su pensamiento irracional (Luque & Villagrán, 2000).

Lo emocional, las conductas aprendidas del contexto, la manera como un individuo reacciona frente al conflicto, son situaciones que van modificando la psique de la persona y generando respuestas psicopatológicas en el diario vivir, que no necesariamente van ligados a lo biológico, pero que si generasen alteraciones en el aspecto químico del cerebro (Sarason, 1996).

Modelo Social

Este modelo daría valor al contexto social en el que se desarrollaría un individuo, relacionando directamente el malestar o perturbación mental con la cultura, determinando que factores sociales podrían alterar la conducta de un individuo, desencadenando o interviniendo en los factores genéticos y psicológicos para la aparición de la enfermedad mental (Luque & Villagrán, 2000).

Al desarrollar la temática de este modelo, se lograría concatenar la psiquiatría con lo social, creando la psiquiatría comunitaria, la cual ha tenido relevancia en el tratamiento de trastornos mentales al intervenir en el individuo como tal, y de igual manera en su desarrollo social, con el fin de generar soluciones orgánicas y sociales en el individuo (Luque & Villagrán, 2000).

Con respecto a los modelos en referencia, la explicación del origen de la psicopatología dependería de aspectos internos y externos o también conocidos como factores endógenos y exógenos, respectivamente (Quiróz, 2009). Existirían antecedentes psicopatológicos que se obtienen por medio de aspectos internos (como hereditarios) y el contexto o situaciones que surgen fuera del organismo que influenciarían en el desencadenamiento de la psicopatología. Lo adquirido como lo innato, prevalecen al momento del surgimiento de una enfermedad mental.

1.3 Dimensiones de los síntomas psicopatológicos

Leonard Derogatis (1994) ha desarrollado un instrumento encargado de la recolección de características o síntomas psicopatológicos llamado Inventario de Síntomas de Derogatis, para población adulta en general, con basta investigación y aplicaciones tanto en población clínica y no clínica. Básicamente, lo que el inventario pretende es recolectar de manera autónoma, sintomatología que se diferenciaría en nueve dimensiones encargadas de ubicar al paciente en un rango perteneciente a lo patológico o normal, las cuales son somatización, obsesión y compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo (Gómez, 2013).

Somatización

La somatización es la tendencia a experimentar y comunicar distrés somático en respuesta al estrés psicosocial y la necesidad de buscar atención médica para controlarlo, lo cual en varias ocasiones no puede ser controlado, ya que su origen no es orgánico sino funcional. Se encuentra normalmente asociado con desordenes ansiosos y depresivos y constituye una base de trastornos somatomorfos. Su aparición es impredecible y difícil de prevenir e incluso tratar (Lipowski, 1987).

La somatización representa de igual manera, una historia de problemas no resueltos, dando conflictos que bordean lo médico y lo psicológico, ya que la queja del paciente que somatiza es física, donde el paciente refiere el malestar que siente en su cuerpo. La etiología es algo funcional psicológico, que, para poder tratar la somatización, posiblemente el paciente necesite medicamento psiquiátrico juntamente con tratamiento psicológico (Kellner, 1990).

La somatización manifestaría de síntomas físicos, que el individuo padece a partir de su incapacidad de poder manejar el suceso psicológico, cuyo organismo reacciona con el fin de poder contener el malestar con reacciones físicas.

Obsesiones y compulsiones

Las obsesiones son pensamientos, imágenes o conductas que ocurren de manera persistente, incluso cuando la persona pretende controlarlos o intenta eliminarlos. Si los vive de una manera real, los cuales son invasivos y molestos para el individuo que los padece ya que surgen en su mayoría sin sentido ni desencadenante alguno. Las compulsiones por otra parte son la respuesta a la obsesión, que surgiría para poder calmar el malestar que genera el pensamiento obsesivo a manera de acto repetido y propositivo, con el fin de obtener un ritual que responde a la obsesión (Guerrig y Zimbardo, 2005).

Las obsesiones serían entonces un malestar psíquico que surge a partir de una experiencia fijada en una idea o imagen mental que necesita de una compulsión o acto compulsivo para poder contener el malestar generado por dicha idea, produciéndose de manera repetitiva para poder calmar la obsesión.

Sensibilidad interpersonal

La sensibilidad interpersonal hace referencia a una sensación o sentimiento de inadaptación en el aspecto social, generando vulnerabilidad social, timidez y vergüenza en el individuo. Provocaría hipersensibilidad a cualquier tipo de valoración por parte de otros, incluso cuando esta no sea negativa. Esta incomodidad e inhibición social que surge a partir de esta sensibilidad interpersonal y provoca que la persona no genere bienestar al momento de relacionarse con las personas de su contexto (Davison et. al, 1997).

La sensibilidad interpersonal se caracterizaría por una sensación intensa de incomodidad por parte de un individuo que no rechaza el pertenecer en un círculo social, sino que inconscientemente no puede ser parte de la sociedad de una manera normal, por el malestar psíquico que surge al pensar que tiene que pertenecer.

Depresión

La depresión, como síntoma, es conocida como uno de los principales malestares psicopatológicos predominantes en el ser humano, afecta más a las mujeres que a los hombres, como respuesta emocional a problemas de la vida cotidiana (Organización Mundial de la Salud, 2021). La depresión es un estado mental de alta complejidad que atraviesa por diversos grados de severidad, manifestando variedad sintomática, caracterizado por reactividad frente a situaciones de la vida cotidiana (Baringoltz, 2009).

La depresión también es definida como uno de los tipos de alteración del estado del ánimo que genera hipertimia displacentera, una sensación o sentimiento de malestar emocional, que desencadena una pérdida de interés en pasatiempos que antes interesaban, disminución de la energía, alteración en el sueño y apetito, dificultad para entender y comprender y tristeza prolongada (Retamal, 1998).

La depresión se definiría como un estado emocional caracterizado por malestar psíquico que produce en un individuo un estado de disminución de la energía vital, energía psíquica, alteración de las funciones básicas orgánicas y un hiperactivación negativa del estado emocional displacentera.

Ansiedad

La ansiedad como síntoma, es un estado emocional que genera intranquilidad, desesperación y angustia, que, en niveles aumentados, desarrollaría síntomas vegetativos en el ser que lo padece, caracterizado por molestias gástricas, urinarias, cefaleas, hiperhidrosis, vértigo, dolores musculares y demás. La ansiedad surge o nace desde una idea que nace desde el malestar percibido de la persona (Checa, 2010).

La ansiedad genera agitación e intranquilidad un tanto desagradable con un pensamiento anticipatorio que previene el peligro, con un predominio de síntomas psíquicos y una sensación constante de desastre o peligro inevitable, con una

combinación de sintomatología psíquica y fisiológica, que generan una reacción de sobresalto en el individuo, que lo lleva a buscar una solución frente al peligro que percibe de su exterior (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003).

En conclusión, la ansiedad es un estado mental que generaría malestar fisiológico a partir de una experiencia mental que produce anticipación de peligro frente a diversas situaciones que el individuo se percibe como vulnerable.

Hostilidad

La hostilidad se define como una conducta negativa hacia las personas que rodean a un individuo, e incluso una respuesta de miedo a las situaciones que surgen a su alrededor. Una persona que es hostil no genera amistad con las personas de su contexto, denigran y son rencorosas, devaluando el valor de los demás ya que piensa constantemente que los otros están obrando de una manera negativa hacia esa persona (Palmero, 2010).

Ansiedad fóbica

La ansiedad fóbica es una reacción exagerada e irracional de una situación en específico. Reacción emocional que es persistente en situaciones tensionales que generan nerviosismo y preocupación, acompañada de la activación del Sistema Nervioso Autónomo con el fin de poder reaccionar de acuerdo con el factor que ha desencadenado el miedo irracional en la persona (Micin y Bagladi, 2011).

La ansiedad fóbica puede expresarse con expectativa desesperante, exagerada y anticipatoria de amenaza, presentando una conducta evitativa sistemática de quien la padece, lo cual le da el sentido irracional (Gonzales, 2013). La ansiedad fóbica se definiría como un miedo irracional frente a una situación en específico, que puede diferenciarse en diferentes grados de intensidad y son, en ocasiones, sus niveles lo suficiente elevados como para incapacitar al individuo que la padece, a realizar actividades de la vida cotidiana.

Ideación paranoide

La ideación paranoide se caracteriza por una idea o pensamiento caracterizada por una constante sospecha de que los otros pretenden hacer daño o perjudicar al individuo que lo padece. La suspicacia y la sospecha de que otros tiene previsto engañarlos, generar malestar o atacar es constante, a pesar de no existir una evidencia consistente que pruebe dicha idea (Sánchez, 2018).

La desconfianza y la sospecha negativa constante que persiste en el pensamiento del individuo, incapacitan en las relaciones interpersonales y de alguna manera, le impide desarrollarse fluidamente en los contextos que envuelven su vida cotidiana.

Psicoticismo

El psicoticismo se caracteriza por la soledad, apatía, hipotimia o aplanamiento afectivo, agresividad, egocentrismo, dificultad para establecer relaciones interpersonales e impulsividad o incapacidad para controlar impulsos. A veces se muestra crueldad y hostilidad hacia personas cercanas y lejanas, con un gusto por lo inusual y gusto por lo temerario (Grieco, 2012).

El psicoticismo se podría reconocer porque el individuo muestra agresividad, frialdad afectiva, egocentrismo, ensimismamiento, dificultad para controlar impulsos, ausencia de empatía con los demás y con mucha dificultad para sentir culpa o malestar al ejercer un daño hacia alguien.

1.4 Psicopatología en estudiantes universitarios

Según la Teoría del Apego tradicional de Bowlby (1907 – 1990), es una etapa extremadamente importante para el desarrollo emocional y cognitivo del futuro adulto, que de no desarrollarse de manera adecuada, podría desencadenar conflictos en diferente esferas del individuo (Pacheco, 2018). Al iniciar el cambio de adolescencia a adulto joven, existe una confusión entre lo que se desea ser y lo

que debe ser, ya que existe mayor responsabilidad consigo mismo y las expectativas que su contexto han incrustado en su ser (Erickson, 1985).

La transición de colegio a universidad, durante la adolescencia, representa un factor desencadenante de malestar en la época universitaria, identificando números elevados de síntomas depresivos en esta población, particularmente en las mujeres (Moreira y Telzer, 2015). Se identificaron factores que influenciarían en un malestar generalizado en la población universitaria como el sistema de educación superior, la carga académica, la dinámica familiar, estrategias de afrontamiento inadecuadas frente a diversas problemáticas de la vida cotidiana (Caparrós, Villar, Ferrer y Viñas, 2007).

La pandemia que se suma con las restricciones para prevenir más contagios, llevó a los estudiantes universitarios a hacerse responsables de su salud mental y del impacto que haya generado en cada uno de ellos, evitando el contacto social al que se encontraban acostumbrados durante sus estudios presenciales (Cobo, Vega y García, 2020).

Una investigación en Chile con una muestra de 718 estudiantes universitarios entre hombre y mujeres, donde no se identificó una diferencia estadísticamente influenciada entre género. Se identificaron con mayor prevalencia la existencia de sintomatología depresiva, ansiosa y somática en contraste con psicoticismo y de ansiedad fóbica, cuyos autores refieren no son típicos de encontrar en población no clínica (Gempp & Avendaño, 2008).

En México, en una investigación con 466 estudiantes universitarios, se exploraron las características psicopatológicas en mujeres y hombres, donde estos últimos tendrían cierta tendencia a puntuaciones más bajas en todas las puntuaciones en comparación con las mujeres, pero no de manera significativa. Se identificaron prevalencia alta de las dimensiones Somatización y depresión, obsesión y compulsión y el índice de severidad global, donde las otras dimensiones no reportaron puntajes significativos (Rivera & Montero, 2013).

En Colombia se realizó la valoración de características psicopatológicas en 340 estudiantes universitarios mediante el SCL-90-R, se identificó que la mayoría de la muestra evaluada no se ubicaba en un percentil de riesgo, sin embargo, el grupo minoritarios arrojó que existía una prevalencia de ideación paranoide, hostilidad, obsesión-compulsión y depresión (Erazo y Jiménez, 2012). En Argentina se realizó la aplicación del SCL-90-R a 444 estudiantes universitarios hombres y mujeres, en las cuales se identificó medidas superiores en contraste a los hombres en las dimensiones Ansiedad, Depresión, Somatización, Hostilidad y Ansiedad Fóbica, así también en los tres índices (Urquijo, 2014).

Una investigación realizada en una universidad del cantón Ambato, a 87 estudiantes universitarios que fueron evaluados mediante el SCL-90-R, se identificó que ninguna de las nueve dimensiones evaluadas era considerada como patología severa o era necesario una intervención psicológica de importancia, sin embargo, se destaca la presencia de sintomatología referente a hostilidad, seguida por ansiedad fóbica e ideación paranoide (Mayorga y Moreta, 2019).

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Metodología de Investigación

La metodología del presente proyecto de investigación se enfoca en un paradigma post positivista, no experimental, de modalidad cuantitativa, de alcance descriptivo y de corte transversal.

Paradigma

El paradigma del presente proyecto va en función a una adaptación del paradigma positivista, donde la realidad es algo observable pero no interpretada por lo científico, es decir, no es científicamente comprobable por la imperfección de los mecanismos intelectuales y perceptivos del ser humano, inhibiendo el control completo de todas las variables que podrían surgir en el desarrollo del descubrimiento de un fenómeno (Flores, 2004).

La realidad, en este paradigma, puede ser comprendido de forma imperfecta incluyendo el papel del investigador como parte del fenómeno de interés, así influenciaría el investigador en el objeto de estudio y el objeto de estudio en el investigador, mediante elementos cualitativos y cuantitativos, solucionando la pregunta metodológica mediante hipótesis y experimentación modificada (Ramos, 2019).

El presente proyecto se desarrollará en un nivel de investigación no experimental, al describir el problema de investigación analizando las variables en su entorno natural, sin la necesidad de que el investigador genere algún tipo de influencia en este (Fernández, 2002). Al desarrollar el proyecto el investigador no necesitaría trasladar a los participantes a un laboratorio o lugar especial para la evaluación, al contrario, evaluaría las variables expuestas en su ambiente natural con el fin de cuantificarlas de manera objetiva sin generar una influencia sobre el fenómeno de estudio (Ramos, 2019).

Modalidad

La modalidad del proyecto de investigación es cuantitativa, cuyo objeto principal es explicar o descomponer el fenómeno de investigación mediante la medición de este, con el fin de obtener datos científicos para así poder predecir el comportamiento del fenómeno y controlarlo (Ramos, 2019). Para poder llevar a cabo esta modalidad, se necesitaría recopilar información para objetivarla mediante la comprobación de la hipótesis, mediante el uso de programas estadísticos que nos permitan obtener una medición numérica, con lo cual el investigador facilitaría a la ciencia patrones generalizados de comportamiento y aplicar la comprobación de fundamentos teóricos para explicar dichos patrones (Hernández et al., 2010).

Alcance

El proyecto de investigación es de alcance descriptivo por la descomposición literaria o conceptual que se realizara con las variables estudiadas (Ramos, 2019), detallando las características psicológicas asociadas a las conductas psicopatológicas en los estudiantes universitarios. El objetivo que se pretendería alcanzar mediante la descripción de las variables es explicar mediante la teoría el porqué de dichos comportamientos o fenómenos de interés, su frecuencia y prevalencia, que en el caso de dicho proyecto serían las conductas psicopatológicas.

Corte

El corte del presente proyecto de investigación es transversal, puesto que se realizaría una sola aplicación de los instrumentos para la evaluación y descripción de las variables de estudio, es decir, los resultados obtenidos funcionarían al momento de la aplicación, y para poder describirlos en un futuro, se necesitaría realizar una nueva aplicación de los reactivos, por eso es importante enfatizar en el tiempo que se ha realizado la evaluación (Cortés & iglesias, 2004).

2.2 Técnicas y Herramientas

Técnicas

Al desarrollar el proyecto de investigación con las medidas de bioseguridad por la pandemia COVID – 19, y al no tener contacto con los estudiantes universitarios por sus clases vía telemática, se utilizó el programa de Office en línea Google *Forms*, al transcribir sin modificación las preguntas de las herramientas que se utilizaron para la recopilación de los datos, si también el consentimiento informado y la ficha sociodemográfica. investigación se utilizó el programa en línea Google *Forms* con el fin de recopilar datos a través de la transcripción de reactivos psicológicos que van a medir las variables.

Herramientas

Para desarrollar la evaluación dentro de proyecto de investigación, se ha utilizado la carta de consentimiento informado, la ficha sociodemográfica y el Inventario de Síntomas de Derogatis SCL 90 R.

Ficha sociodemográfica

Las características de la muestra son muy importantes de abordar, con el fin de cumplir con el alcance de la investigación al describir dichas características e incluso darles un valor estadístico. Se recabaría información relevante en función a lo social y demográfico, de cada participante de la investigación como: género, edad, estado civil, estado laboral, provincia de residencia, semestre de estudio.

Cada factor que se ha investigado en la ficha sociodemográfica ha sido con la finalidad de identificar o caracterizar a la muestra evaluada con los objetivos del proyecto de investigación.

2.3 Instrumentos

Inventario de síntomas de Derogatis, Revisado (SCL-90-R)

El SCL-90-R es un instrumento desarrollado por Leonard Derogatis y colaboradores desde el año 1975 hasta el año 1994, de auto aplicación cuya finalidad es medir el grado de malestar psicológico actual que percibe una persona, conocido también como distrés. Se compone de un listado de 90 síntomas psiquiátricos con una escala Likert que va desde nada (0), muy poco (1), poco (2), bastante (3) y mucho (4), en la cual el evaluado debe ubicar el malestar que haya percibido en sí mismo en los últimos 15 días.

Una vez respondidas las preguntas, el inventario posibilitaría el clasificar dichos síntomas en nueve dimensiones principales de síntomas (somatización, Obsesión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo), y tres dimensiones globales (Índice de Gravedad Global, índice de Malestar Positivo y Total de Síntomas Positivos) (Gempp & Avendaño, 2008).

El tiempo de auto administración puede ser de un máximo de 15 minutos, la edad de aplicación mínima es de 13 años y no se recomienda aplicar en población adulta mayor, se requiere que tenga el individuo una comprensión lectora mínima de sexto grado y puede ser aplicado de manera individual o grupal en poblaciones clínicas o no clínicas. Con respecto a las propiedades psicométricas, la fiabilidad del inventario es igual o superior a $r = 0.70$ y alrededor de 0.80 en análisis de consistencia interna (Derogatis & Savitz, 2000).

Al ser un inventario adecuado para estudiantes universitarios por el grupo etario que se ha logrado obtener y también el pertenecer a una población no clínica, características importantes para la aplicación del reactivo.

Tabla 1. *Análisis de la fiabilidad del Inventario de síntomas de Derogatis, Revisado (SCL-90-R)*

Alfa de Cronbach	Ítems
0.987	90

Nota: 589 observaciones

Fuente: Elaboración propia

Con respecto a la estadística de fiabilidad del Inventario de Síntomas de L. Derogatis SCL-90-R en función a la puntuación global, se determina se ha recabado una consistencia interna estadísticamente favorable para la población no clínica de estudiante universitarios con un $\alpha = 0.987$.

2.4 Procedimiento metodológico

Se ha establecido una estructura de tiempo de evaluación para la recolección de información cumpliendo con los tiempos establecidos por la universidad.

- Para cumplir con el objetivo teórico del presente proyecto de investigación, se procedió a la búsqueda bibliográfica en diferentes bibliotecas científica digitales, sobre las características psicopatológicas existentes en los estudiantes universitarios, propuestas de intervención, prevalencia, entre otros.
- Ampliación de los temas a conceptualizar en función a la variable características psicopatológicas de la población. Análisis del problema.
- Se indaga en revistas científicas indexadas, libros digitales y físicos, tesis de postgrados y doctorados.
- Al haber obtenido la información necesaria, se procedió a desarrollar el marco metodológico respetando las Normas APA, la dirección del tutor académico y los lineamientos establecidos por la universidad.
- Para los aspectos metodológico del presente proyecto, se ha tomado como referencia de desarrollo, una tesis del repositorio digital de la PUCESA, con el fin de tener una guía. También se toman en cuenta los conceptos expuestos de referentes del desarrollo metodológico en el Ecuador y el mundo.

- Se procede a indagar sobre la fiabilidad del Inventario de Síntomas de L. Derogatis en estudiantes universitarios, encontrando información relevante para la investigación y la seguridad científica de que es fiable realizarlo en dicha población.
- A continuación, mediante la plataforma digital de Office, se utilizaría Google *Forms* para transcribir el consentimiento informado, la ficha sociodemográfica, el SCL-90-R para empezar con la investigación.
- Se extiende documentos de petición de permiso a las universidades del cantón Ambato, para que autoricen la aplicación del inventario en sus estudiantes universitarios. Se les adjunta un documento que contiene una explicación detallada de los objetivos de investigación y el consentimiento informado por parte de la universidad.
- Se obtiene respuestas positivas de parte de las universidades del cantón Ambato. Se procede a compartir el enlace de Google *Forms* con los estudiantes universitarios.
- Una vez obtenidos los datos mediante la plataforma, se procedería a la calificación del inventario.
- Mediante el programa estadístico SPSS Vol. 25 se procede al análisis estadístico de las variables, así como también la fiabilidad del inventario, prevalencia de las características psicopatológicas, las características sociodemográficas de la muestra y el Alpha de Cronbach.
- Finalmente, se procede al análisis de los resultados. Se llegaría a conclusiones y recomendaciones con respecto al tema indagado y el desarrollo de la propuesta de intervención.

Población y muestra

Población

De acuerdo con la Secretaría de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT), en el Ecuador la educación superior en el sector público únicamente cubre el 54% de las postulaciones semestrales existentes, el resto, es mediante la educación particular. Para el 2018, existieron un total de 632.541

estudiantes universitarios de diferentes ramas de la educación en el Ecuador, que según indican el 52% serían hombres y el 48% mujeres.

Con respecto a la autoidentificación étnica, el 89% es representado por mestizos y el porcentaje restante se encuentra caracterizado por indígenas, afroecuatorianos, montubios, blancos y otros que no lo registran. Para el 2020, el 69% de los estudiantes universitarios accedieron a educación técnica o tecnológica y el porcentaje restante en universidades particulares. Con respecto a la titulación, el 56% es representado por las mujeres, el 90% por mestizos y el 65% es de educación pública (SENESCYT, 2020).

En el cantón Ambato la Universidad Técnica de Ambato, Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato, Universidad Tecnológica Indoamérica Sede Ambato y Universidad Autónoma de los Andes Sede Ambato son los institutos de educación superior que funcionan en el cantón, teniendo como total de 23317 estudiantes universitarios de diferentes puntos del país (de la Cruz & Moya, 2017).

Muestra

La muestra de estudiantes universitarios necesario para obtener resultados estadísticamente significativos se lo realizó con el 0,05 de error de muestreo (e), con una población (N) de 23317 estudiante universitarios en el Ecuador, con una probabilidad de ocurrencia y no ocurrencia (0) del 0,5 con un porcentaje de confianza del 95%, con un nivel de confiabilidad (Z) de 1,96. Con estos datos, pretendemos obtener el tamaño de la muestra (n). Con el número total de estudiantes y la aplicación de la fórmula para obtener la muestra, se requiere de 378 estudiantes universitarios mínimos para facultar los resultados obtenidos en la presente investigación.

Se conto con la participación de 597 estudiantes universitarios que deberían cumplir con diversos criterios para poder ser parte de la evaluación:

- Aceptar el consentimiento informado.
- Ser mayores a 18 años.

- Haber contestado todos los ítems de preguntas.
- Ausencia de diagnóstico de patología clínica.
- No tener un diagnóstico de alguna enfermedad catastrófica.
- No tener un diagnóstico de una enfermedad mental.
- Ausencia de consumo perjudicial de sustancias.
- No presentar síndrome de abstinencia.
- No encontrarse en estado gestacional.
- No consumir medicamento para regular alguna patología clínica mental o médica.

En la ficha sociodemográfica se contó con la presencia de preguntas que permitirían identificar a los estudiantes que cumplían los criterios previamente mencionados. Después de aplicar los criterios de inclusión, se contaría con la participación de 589 estudiantes universitarios.

Muestreo

En el presente estudio se aplicó el muestreo no probabilístico por conveniencia. El investigador seleccionó a los participantes de la evaluación a conveniencia de la investigación. Se condicionó a que cumplan con los criterios de inclusión de la investigación (Ramos, 2019). La evaluación se llevó a cabo durante la pandemia COVID-19, por lo tanto, el link que contenía las herramientas de evaluación se los hizo llegar por medio de sus autoridades.

Características de la muestra

En la Tabla 2 se describen los aspectos y característica sociodemográficas de la población que incluye Género, estado civil, situación laboral, situación económica y edad, que para el análisis estadístico las variables de orden nominal se representan mediante frecuencia (f) y porcentajes (%). En la tabla 3 se caracterizan los semestres a los que pertenecen los estudiantes universitarios en frecuencia y porcentaje y en la tabla 4 la provincia a la cual pertenecen.

Tabla 2. Análisis estadístico sociodemográfico de la población: variables personales.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Género		
Masculino	226	38,4%
Femenino	363	61,6%
Estado Civil		
Soltero/a	560	95,0%
Casado/a	14	2,4%
Divorciado	7	1,2%
Unión Libre	7	1,2%
Situación Económica		
Muy buena	48	8,2%
Buena	266	45,1%
Regular	219	37,2%
Mala	56	9,5%
Ocupación Laboral actual		
Si trabaja	142	24,1%
No trabaja	447	75,9%
Edad		
Media		22,2

Nota: 589 observaciones

Fuente: Elaboración propia

En el análisis estadístico de las características sociodemográficas de la población, se encontró que el 38,4% pertenecen al género masculino (n= 226) y el 61,6% al género femenino (n= 363). El 95% de la muestra son solteros (n= 560); el 2,4% casados (n= 14) y divorciados (n= 7) y unión libre (n= 7) el 1,2% respectivamente. El 8,2% de la población refiere tener una situación económica muy buena (n= 48); el 45,1% una situación económica buena (n= 266); el 37,2% una situación económica regular (n=219); y el 9,5% una situación económica mala (n= 56). El 75,9% de la muestra no tiene un trabajo actual (n= 447), mientras que el 24,1% si labora (n= 142).

El promedio de edad de la muestra es de 22,2 años, con una edad mínima de 18 y una máxima de 31. La mayoría de la muestra pertenece al género femenino, son solteros, con una situación económica buena que no tienen un trabajo actual, con una edad promedio de 22,2 años.

Tabla 3. Análisis estadístico sociodemográfico de la población: variables provincia de residencia

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Provincia de residencia		
Bolívar	31	5.3%
Carchi	4	0.7%
Chimborazo	48	8.1%
Cotopaxi	87	14.8%
El Oro	2	0.3%
Esmeraldas	11	1.9%
Galápagos	1	0.2%
Guayas	6	1.0%
Imbabura	10	1.7%
Los Ríos	5	0.8%
Manabí	8	1.4%
Morona Santiago	2	0.3%
Napo	10	1.7%
Orellana	8	1.4%
Pastaza	11	1.9%
Pichincha	39	6.6%
Santa Elena	2	0.3%
Santo Domingo de los Tsáchilas	18	3.1%
Sucumbíos	2	0.3%
Tungurahua	284	48.2%

Nota: 589 observaciones

Fuente: Elaboración propia

En el análisis estadístico de las características sociodemográficas de la muestra: provincia de residencia, se encontró que el 0,3% pertenece a El Oro (n= 2), el 1,9% pertenece a Esmeraldas (n= 11), el 0,2% pertenece a las Galápagos (n= 1), el 1% pertenece a Guayas (n= 6), el 1,7% pertenece a Imbabura (n= 10), el 0,8% pertenece a Los Ríos (n= 5), el 1,4% pertenece a Manabí (n= 8), el 0,3% pertenece a Morona Santiago (n= 2), el 1,7% pertenece a Napo (n= 10), el 1,4% pertenece a Orellana (n= 8), el 1,9% pertenece a Pastaza (n= 11), el 6,6% pertenece a Pichincha (n= 39), el 0,3% pertenece a Santa Elena (n= 2), el 3,1% pertenece a Santo Domingo de los Tsáchilas (n= 18), el 0,3% pertenece a Sucumbíos (n= 2) y el 48,2% pertenece a Tungurahua (n= 284).

La mayoría de los estudiantes universitarios pertenecen a la Provincia de Tungurahua, observando que existen estudiantes de todas las provincias del Ecuador.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

3.1 Análisis descriptivo de las evaluaciones psicológicas

A partir de la aplicación de los reactivos utilizados para medir las variables de estudio, se valoró las características psicopatológicas de los estudiantes universitarios.

Análisis descriptivo del Inventario de Síntomas de Derogatis, Revisado (SCL-90-R)

El SCL-90-R está compuesto por nueve dimensiones que fueron examinados para el análisis descriptivo del reactivo: 1. Somatización, 2. Obsesiones y Compulsiones, 3. Sensibilidad Interpersonal, 4. Depresión, 5. Ansiedad, 6. Hostilidad, 7. Ansiedad Fóbica, 8. Ideación paranoide y 9. Psicoticismo, incluyendo el 10. Índice de Severidad global con el fin de obtener la prevalencia de psicopatología en la población.

Se puede observar en la Tabla 6 la Frecuencia (f) y Porcentaje (%) del análisis de los resultados obtenidos según sus niveles de severidad según las dimensiones para determinar la prevalencia de las características psicopatológicas existentes en la muestra de estudiante universitarios y en la Tabla 5 se observará la prevalencia de características psicopatológicas en la muestra, mediante el análisis del Índice de Severidad Global (ISG)

Tabla 4. Análisis de los resultados del Inventario de síntomas de Derogatis, Revisado (SCL-90-R): prevalencia

Índice de severidad Global	f	%
Normal	422	71.6%
Riesgo	88	14.9%
Severo	79	13.4%
Total	589	100%

Nota: 589 observaciones

Fuente: Elaboración propia

En el análisis descriptivo del SCL-90-R, acorde a la prevalencia de sintomatología psicopatológica en los estudiantes universitarios, se determina que el mayor porcentaje de la muestra evaluada se encuentra en una normalidad con el 71,6%, mientras que en Riesgo y Severidad se ha encontrado un porcentaje del 14,9% y 12,4% respectivamente.

En totalidad como $f=167$ estudiantes universitarios necesitarían de atención en salud para tratar sus malestares, lo cual representaría el 28,3% de la muestra evaluada.

Resultados corroborados con la investigación llevada a cabo en Ambato, donde no se identificó que la mayoría de su muestra universitaria tendría niveles normales de Severidad Global (Mayorga & Moreta, 2014). Se determina que la población universitaria del cantón Ambato no se encontraría en riesgo de necesitar atención medica mental para tratar sus malestares.

Tabla 5. Análisis descriptivo de los resultados del Inventario de síntomas de Derogatis, Revisado (SCL-90-R): dimensiones

Dimensión	f	%
Somatizaciones		
Normal	410	69.6%
Riesgo	126	21.4%
Severo	53	9.0%
Total	589	100%
Obsesiones y Compulsiones		
Normal	397	67.4%
Riesgo	111	18.8%
Severo	81	13.8%
Total	589	100%
Sensibilidad interpersonal		
Normal	385	65.4%
Riesgo	139	23.6%
Severo	65	11%
Total	589	100%
Depresión		
Normal	386	65.5%
Riesgo	115	19.5%
Severo	88	14.9%
Total	589	100%
Ansiedad		
Normal	405	68.8%
Riesgo	116	19.7%
Severo	68	11.5%
Total	589	100%
Hostilidad		

Normal	400	67.9%
Riesgo	126	21.4%
Severo	63	10.7%
Total	589	100%
Ansiedad Fóbica		
Normal	375	63.7%
Riesgo	120	20.4%
Severo	94	16%
Total	589	100%
Ideación Paranoide		
Normal	383	65%
Riesgo	148	25.1%
Severo	58	9.8%
Total	589	100%
Psicoticismo		
Normal	410	69.6%
Riesgo	114	19.4%
Severo	65	11.0%
Total	589	100%

Nota: 589 observaciones

Fuente: Elaboración propia

En el análisis descriptivo de las dimensiones del SCL-90-R, se encontró en los resultados que el porcentaje predominante es el de Normalidad en las nueve dimensiones teniendo el 69,6% en Somatización (f= 410), el 67, 4% en Obsesiones y Compulsiones (f= 397), el 65,4% en Sensibilidad Interpersonal (f= 385), el 65,5% en Depresión (f= 386), el 68,8% en Ansiedad (f= 405), el 67,9% en Hostilidad (f= 400), el 63,7% en Ansiedad Fóbica (f= 375), el 65% en Ideación paranoide (f= 383) y el 69,6% en Psicoticismo (f= 410). Con respecto al Riesgo encontrado en los resultados, se halló el 21,4% en Somatización (f= 126), el 18,8% en Obsesiones y Compulsiones (f= 111), el 23,6% en Sensibilidad Interpersonal (f= 139), el 19,5% en Depresión (f= 115), el 19,7% en Ansiedad (f= 116), el 21,4% en Hostilidad (f=

126), el 20,4% en Ansiedad Fóbica (f= 120), el 25,1% en Ideación paranoide (f= 148) y el 19,4% en Psicoticismo (f= 114).

La Severidad existente en las nueve dimensiones, se manifiesta con el 9% en Somatización (f= 53), el 13,8% en Obsesiones y Compulsiones (f= 81), el 11% en Sensibilidad Interpersonal (f= 65), el 14,9% en Depresión (f= 88), el 11,5% en Ansiedad (f= 68), el 10,7% en Hostilidad (f= 63), el 16% en Ansiedad Fóbica (f= 94), el 9,8% en Ideación paranoide (f= 58) y el 11% en Psicoticismo (f= 65).

Se ha encontrado una prevalencia de características psicopatológicas existentes en la población no clínica de estudiantes universitarios del cantón Ambato, identificando a la dimensión Ideación paranoide como la predominante en Riesgo con el 25,1% y a la dimensión Ansiedad Fóbica como la predominante en Severidad con el 16%, resultados que se contrastan con los resultados obtenidos en una población no clínica en Chile, donde la dimensión Ansiedad Fóbica no era una característica psicopatológica típica en población no clínica (Gempp & Avendaño, 2008).

En contraste con Gempp y Avendaño, en Colombia si se encontraron índices de importancia en la dimensión Ansiedad Fóbica en la población universitaria (Urquijo, 2014). El mayor porcentaje de estudiantes se encuentra en la normalidad, datos que van acorde a la investigación llevada a cabo en Ambato, donde se destacaría la presencia de sintomatología referente a ansiedad fóbica e ideación paranoide (Mayorga & Moreta, 2019), datos que concuerdan con esta investigación.

Análisis de la prevalencia de características psicopatológicas por género

Tabla 6. Análisis de prevalencia de características psicopatológicas por género.

Prueba de muestras independientes						
	Género	Media	t	Sig. (bilateral)	95% de intervalo de confianza	
					Inferior	Superior
Somatizaciones	Hombre	0.51	4.26	0.000	0.4257	-0.1572
	Mujer	0.80				
Obsesiones y compulsiones	Hombre	0.73	3.42	0.001	0.4082	0.1104
	Mujer	0.99				
Sensibilidad interpersonal	Hombre	0.51	3.08	0.002	0.3405	0.0755
	Mujer	0.72				
Depresión	Hombre	0.59	4.58	0.000	0.4949	0.1980
	Mujer	0.94				
Ansiedad	Hombre	0.52	3.71	0.000	0.3948	0.1219
	Mujer	0.78				
Hostilidad	Hombre	0.46	2.77	0.006	0.2864	0.0492
	Mujer	0.62				
Ansiedad fóbica	Hombre	0.31	4.63	0.000	0.4077	0.1650
	Mujer	0.59				
Ideación Paranoide	Hombre	0.55	0.83	0.406	0.1904	0.0771
	Mujer	0.61				
Psicoticismo	Hombre	0.44	1.31	0.190	-0.1918	0.0381
	Mujer	0.52				
Índice global de severidad	Hombre	0.53	3.64	0.000	0.3517	0.1055
	Mujer	0.76				

Nota: 589 Observaciones

Fuente: Elaboración propia

** $p \leq 0,01$; * $p \leq 0,05$.

Se puede observar que en la dimensión Somatizaciones existe una media (x) de $x=0,517$ en hombres y en mujeres de $x=0,808$ con un valor $t=-4,285$; en Obsesiones y compulsiones existe una $x=0,734$ en hombres y una $x=0,993$ en mujeres con un valor $t=-3,21$; en Sensibilidad Interpersonal existe una $x=0,515$ en hombres y una $x=0,723$ en mujeres con un valor $t=-3,082$; en Depresión existe una $x=0,595$ en hombres y una $x=0,942$ en mujeres con un valor $t=-4,585$; en Ansiedad existe una $x=0,528$ en hombres y una $x=0,786$ en mujeres con un valor $t=-3,719$; en Hostilidad existe una $x=0,460$ en hombres y una $x=0,628$ en mujeres con un valor $t=-2,778$.

En Ansiedad Fóbica existe una $x=0,311$ en hombres y una $x=0,597$ en mujeres con un valor $t=-4,635$; en Ideación Paranoide existe una $x=0,558$ en hombres y una $x=0,615$ en mujeres con un valor $t=-0,832$; en Psicoticismo existe una $x=0,448$ en hombres y una $x=0,525$ en mujeres con un valor $t=-1,313$ y en Índice Global de Severidad existe una $x=0,535$ en hombres y una $x=0,763$ en mujeres con un valor $t=-3,647$.

En función a la comparación entre medias con respecto a las características psicopatológicas en tanto al género, se puede observar que el género femenino arroja una diferenciación estadísticamente significativa en severidad en cada dimensión estudiada y de igual manera en el índice global de severidad, en comparación con el género masculino, con una significación bilateral $<0,05$ se comprueba la validez de dichos datos obtenidos estadísticamente.

En México, se obtuvieron resultados similares en comparación de género y características psicopatológicas, donde encontraron que las mujeres tenían puntajes más altos de severidad en comparación con los hombres (Rivera & Montero, 2013), a diferencia de la investigación encontrada en Chile, donde no se identificaba una diferenciación estadísticamente significativa entre género (Gempp & Avendaño, 2008).

Se detallaría que existen diferencias culturales que podrían influenciar en la presencia de una diferenciación estadísticamente significativa entre género de la presencia de características psicopatológicas en la población estudiada, teniendo a referente a México con similitud con una muestra de Ecuador, lo cual daría a entender que entre estas poblaciones existen similitudes culturales que favorecen a estos resultados.

Propuesta de intervención para características psicopatológicas en estudiantes universitarios del cantón Ambato, Ecuador.

Justificación de la temática y contexto de aplicación

Descripción y análisis de la realidad

De acuerdo a la investigación realizada, las dimensiones Ideación Paranoide y Ansiedad Fóbica son las prevalentes en esta población estudiada. La ideación paranoide es una idea o pensamiento caracterizada por una constante sospecha de que los otros pretenden hacer daño o perjudicar al individuo que lo padece. La suspicacia y la sospecha de que otros pretenden engañarlos, molestarlos o atacarlos es constante, a pesar de no existir una evidencia consistente que pruebe dicha idea (Sánchez, 2018).

La desconfianza y la sospecha constante que persiste en el pensamiento del individuo, lo incapacitan en las relaciones interpersonales y de alguna manera, le impiden desarrollarse fluidamente en los contextos que envuelven su vida cotidiana, al igual que le generan el malestar constante de estar alertas, lo cual es desgastante mental y físicamente para el individuo.

La ansiedad fóbica es una reacción exagerada e irracional de una situación en específico. Reacción emocional que es persistente en situaciones tensionales que generan nerviosismo y preocupación, acompañada de la activación del Sistema Nervioso Autónomo con el fin de poder reaccionar de acuerdo con el factor que ha desencadenado el miedo irracional en la persona (Micin y Bagladi, 2011).

La ansiedad fóbica puede expresarse con expectativa desesperante, exagerada y anticipatoria de amenaza, presentando una conducta evitativa sistemática de quien la padece, lo cual le da el sentido irracional (Gonzales, 2013). La ansiedad fóbica se definiría como un miedo irracional frente a una situación en específico, que puede diferenciarse en diferentes grados de intensidad y son, en ocasiones, sus niveles lo suficiente elevados como para incapacitar al individuo que la padece, a realizar actividades de la vida cotidiana.

A partir del diagnóstico realizado a la población estudiada, se evidencia que el área cognitiva es la que desencadenaría el malestar identificado al comprender que precisamente el estado de alerta es desencadenado por una idea irracional de persecución sin fundamento, al igual que la idea irracional de la ansiedad fóbica, que hace creer al individuo que debe temer sobre algo en específico, desencadenando malestar emocional, por lo que se propone un programa de intervención en función a la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) con el modelo ABC.

Destinatarios

Los beneficiarios directos son los estudiantes universitarios y lo destinatarios indirectos son sus familiares.

Recursos

Recursos Humanos.

- Psicóloga/o Clínica/o con preparación, estudios y experiencia en TREC.
- Coterapeuta, profesional en formación clínica, con quien se planificarán las sesiones y evaluaciones.

Recursos materiales.

- Espacio adecuado para la intervención.

- Materiales necesarios para casa sesión y evaluación.

Recursos tecnológicos.

- Laptop.
- Proyector.
- Internet.
- Tablet.

Sustentación teórica y metodológica

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

La TREC, sostiene su teoría con evidencia empírica, pretende que quienes la utilicen sean capaces de identificar sus puntos débiles y hacer algo al respecto; al discutir sus propias ideas, a descubrir lo que lleva a resultados buenos o positivos, y a descartar aquellos que conducen a consecuencias malas o negativas. (Ellis y Abrahms, 2001).

La TREC está en función a la idea de que tanto las emociones como las conductas de un individuo son producto de las creencias que posee y de la interpretación que haga de la realidad (Ellis, 1962). Por lo tanto, la meta fundamental de la TREC es la de asistir al paciente en la identificación de sus pensamientos irracionales o disfuncionales y ayudarlo a que los sustituya por otros más racionales o eficientes (Ellis y Becker, 1982).

La TREC examina además la filosofía básica del individuo, que constituye la base sobre la que surgen las inferencias sobre él mismo, sobre los demás y sobre el mundo en general. En conclusión, la TREC se basaría en la filosofía de que la perturbación emocional no es creada por las situaciones sino por las interpretaciones de esas situaciones y las ideas que se desencadenarían a partir de los pensamientos que generarían dichas percepciones.

Modelo ABC

Dentro de la TREC, se puede conceptualizar los problemas psicológicos de los pacientes. Este modelo fue descrito por Ellis en 1962 y expone que existe un Acontecimiento (A) que es interpretado por el individuo, desencadenando una serie de Creencias (Beliefs) (B) sobre sí mismo; lo cual desarrollaría Consecuencias (C) que serían el resultado de la interpretación que el individuo hace de A (Ellis, 1962).

La percepción errónea de lo que realmente sucede en A, responden a patrones disfuncionales y dificultan el funcionamiento adecuado del sujeto, por lo que existiría un exceso de subjetividad en el pensamiento (B irracional) y eso causaría en gran medida consecuencias emocionales y/o conductuales (Ellis, 1962).

Entonces, nuestras creencias (B) serían el resultado de las interpretaciones que hacemos de las acciones de otros (A) en función a nuestra experiencia lo cual generaría consecuencias emocionales o conductuales (C) que perturbarían en gran medida el desenvolvimiento del individuo en su diario vivir, formando con coherencia el modelo ABC.

Objetivos

Objetivo general

- Proponer un plan de intervención a través de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) para que los estudiantes universitarios racionalicen sus ideas perturbadoras.

Objetivos específicos

- Sustentar teórica y metodológicamente el plan de intervención con los modelos propuestos de la TREC.
- Brindar herramientas cognitivo conductuales para el manejo adecuado de las ideas irracionales de los estudiantes universitarios.
- Integrar la práctica del modelo ABC de la TREC para el manejo de ideas irracionales en los estudiantes universitarios.

Etapas de desarrollo

Las etapas para lograr el desarrollo de la propuesta y cumplir con los objetivos son las siguientes:

- **Diagnóstico Previo.** - Obtener los datos necesarios para detectar creencias irracionales en los estudiantes universitarios.
- **Diseño del Plan de Intervención.** - Planificar las actividades, metodología, herramientas de intervención, condiciones para la ejecución y los recursos.

Metodología

La metodología que se empleará dentro del estudio a continuación será en función a la participación activa de los estudiantes universitarios con el fin de identificar creencias irracionales en ellos y elaborarlos por medio de la TREC con el modelo ABC. Al entrenar a los estudiantes universitarios a identificar si sus creencias son racionales o irracionales, serán capaces de debatir dichas creencias de manera autónoma y poder generar un control adecuado de las consecuencias que dichas creencias les trae.

De igual manera, al focalizar o proyectar los sucesos activadores e introyectarlos como posibles amenazas en su psique, los estudiantes universitarios serán capaces de ubicar dichos sucesos en sus pródromos de activación de malestar, generando la oportunidad de que ellos puedan inmediatamente tener un debate consigo mismos y entender que parte de su percepción de la situación, por su historia, activan el malestar cognitivo.

Las sesiones que se van a trabajar, se fusionaran con técnicas de control orgánico, es decir, con técnicas de relajación que ellos podrían utilizar incluso al estar rodeados de personas, para controlar sus malestares en cualquier contexto que se active. Sumando a técnicas cognitivo conductuales, hará que el estudiante universitario sea capaz de obtener el control sobre sí mismo, actuando específicamente en su cuerpo y en sus ideas.

El proceso se realizará por la interacción a través del diálogo, con técnicas de comunicación manejadas apropiadamente por el profesional en psicología clínica, y con la práctica de técnicas de relajación con conexión del recurso.

El plan de intervención está estructurado en tres fases:

1. **Psicoeducación:** esta fase permitirá a los estudiantes universitarios comprender el objetivo del plan de intervención. De igual forma una primera aproximación al modelo ABC, comprensión de lo que es y cómo se activa una idea irracional, como desmantelarla y transformarla en racionales.
2. **Entrenamiento:** en esta fase se indica el dominio de la técnica flecha abajo, el poder de las palabras en las interacciones humanas, la aproximación teórico-práctica de los distintos estilos para utilizar la técnica de persuasión verbal, la adquisición de herramientas para afrontar situaciones de estrés, el guardar la calma en situaciones adversas y desarrollar como herramienta del modelado como base para la construcción de un yo mejorado.
3. **Ejecución:** Se espera que el alumnado con este entrenamiento sea capaz de afrontar sus problemas de manera eficaz a mediano plazo, creando un primer paso para el dominio de sus reacciones basadas en ideas irracionales. Primer acercamiento al dominio de la imaginación racional emotiva.

Esta propuesta consta de nueve sesiones distribuidas semanalmente, con duración de entre 45 minutos a 1 hora cada una, a excepción de las sesiones uno y nueve en donde se podría extender el tiempo por ser el inicio y culminación del proceso. Cada sesión tendrá tres etapas: inicio, desarrollo y cierre, en la etapa de desarrollo se trabajarán dos momentos, el primer momento será para el entrenamiento de las técnicas y el segundo momento para llevarlos a la práctica en terapia.

Diseño de Sesiones

En la siguiente tabla se ampliará lo mencionado en la tabla anterior, en donde se podrán observar cada una de las temáticas a tratar con sus objetivos, el procedimiento de cada uno de los momentos que se trabajarán en la etapa de

desarrollo de cada sesión, el tiempo destinado para cada etapa y finalmente los resultados que se esperan conseguir a partir del trabajo realizado.

Cuadro 1. Detalle de la primera sesión, en base a la fase de psicoeducación.

SESIÓN # 01		
TEMA: No creas todo lo que piensas.	OBJETIVOS: Introducir el plan de intervención. Marcar las pautas a seguir durante las 9 sesiones. Explicar el modelo ABC Exponer las ideas irracionales propuestas por Ellis.	
DESTINATARIOS: Estudiantes universitarios	RECURSOS: Proyector Laptop Ovillo de Lana Anexo 1	
FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	Dinámica de presentación la telaraña: Se pide al grupo de participantes que formen un círculo en el piso, mientras va recorriendo un ovillo de lana. Para pasar el ovillo al siguiente participante, el alumnado deberá contar brevemente situaciones en la cuales han sentido que los demás han estado en su contra además de decir su nombre. Cuando todos hayan compartido su experiencia, el terapeuta a cargo recogerá aquellas experiencias que más le hayan llamado la atención para contextualizar el propósito de los talleres a desarrollarse.	15 min

DESARROLLO	Se introducirá el plan de intervención exponiendo lo más relevante del mismo a través del uso de diapositivas. Inmediatamente se expondrá el modelo ABC, desglosando su contenido teórico, para que así los oyentes internalicen este conocimiento y nos sirva como base para el resto del programa. Se busca que cada intervención teórica por parte del terapeuta sea interactiva, se dará apertura total a preguntas, críticas y aportes en todo momento. Se expondrán en esta primera sesión las ideas irracionales propuestas por Albert Ellis.	15 min
	En la segunda parte de la intervención se le entregará al alumnado el Anexo 1, en el cual deberán responder al cuestionario propuesto y realizar la puesta en común de las respuestas de manera aleatoria.	20 min
CIERRE	Para cerrar esta sesión se pedirá a los asistentes que nos entreguen una breve retroalimentación de lo que les ha parecido la sesión para tenerlo en cuenta para la siguiente. Además, se pedirá que en lo largo de la semana traten de identificar situaciones en las cuales hayan sido capaces de observar estas ideas en su día a día.	05 min
RESULTADOS A ESPERAR	Se busca que a través de la primera sesión el alumnado: Comprenda el objetivo del plan de intervención. Tengan una primera aproximación al modelo ABC.	

	Comprendan que es una idea irracional.
--	--

Nota: Elaboración propia del autor

Cuadro 2. Detalle de la segunda sesión, en base a la fase de psicoeducación.

SESIÓN # 02		
TEMA: - ¿Qué me detona?	OBJETIVOS: - Exponer las principales razones por las que se activan los pensamientos irracionales. - Explicar de manera didáctica la cadena de desarrollo del modelo ABC.	
DESTINATARIOS: - Estudiantes Universitarios.	RECURSOS: - Proyector - Laptop - Marcadores - Pizarra. - Anexo 2	
FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	- Para iniciar esta sesión se pedirá a varios participantes que nos compartan las ideas irracionales que pudieron encontrar a lo largo de la semana en su día a día. El terapeuta escogerá unas cuantas ideas y las escribirá en la pizarra para poder dismantelar esas ideas en conjunto con el grupo. Se buscará que el profesional a cargo sea lo más empático y carismático posible para que quienes hayan compartido sus experiencias no se sientan aludidos.	10 min

DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - En esta sesión nos enfocaremos en el trabajo de los activadores de las ideas irracionales, para ellos el terapeuta a cargo realizará una breve explicación de que son estos activadores y como identificarlos. Inmediatamente se realizará la lectura del Anexo 2, en el cual se les pedirá a los participantes estar atentos para identificar los activadores del relato, los cuales serán puestos en común. 	20 min
	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Roll Playing</i>: Los estudiantes en grupos de 5 realizarán una escenificación de eventos en los cuales se identifiquen activadores de ideas irracionales, se les planteará escenarios; escolares, laborales, familiares, etc. 	25 min
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Se cerrera esta sesión con una breve reflexión del terapeuta, enfocada en la importancia de identificar los activadores de las ideas irracionales. 	05 min
RESULTADOS A ESPERAR	<p>Se busca que el alumnado se capaz de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar de manera los activadores de las ideas irracionales. - Lograr que los estudiantes se capaces de dismantelar las ideas irracionales y transformarlas en racionales. 	

Nota: Elaboración propia del autor

Cuadro 3. Detalle de la tercera sesión, en base a la fase de entrenamiento.

SESIÓN # 03		
TEMA: - Flecha abajo	OBJETIVOS: - Entrenar al alumnado en la técnica flecha abajo. - Promover el pensamiento crítico para afrontar los problemas de manera eficaz.	
DESTINATARIOS: - Estudiantes universitarios.	RECURSOS: - Pizarra - Marcadores - Cartulinas de colores. - Anexo 3	
FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	- Se empezará esta sesión utilizando el cuento de la vaquita (Anexo 3). Una vez que se haya leído el cuento se pedirá a los estudiantes que expresen una pequeña reflexión sobre el mismo.	15 min
DESARROLLO	- Se pedirá que los estudiantes formen grupos de 4 personas y en cada grupo se debatirá cuáles serían los primeros pensamientos de la familia del cuento al enterarse que se murió la vaquita. El terapeuta irá apuntando estos pensamientos en la pizarra. - Una vez que se tengan unas cuantas ideas claras y definidas. El profesional a cargo explicará la herramienta flecha	20 min

	abajo para llegar al fondo de cada idea, llegando a su idea base.	
	<ul style="list-style-type: none"> - Para reforzar la técnica y cerciorarnos si la idea llego a sus destinatarios, en los mismos grupos el terapeuta repartirá 4 colores de cartulina de manera aleatoria. En cada cartulina irá señalado nivel 1, nivel 2, nivel 3 y nivel 4. El profesional postulará 3 escenarios en los cuales se podría aplicar la técnica flecha abajo y cada grupo se ira encargando de organizar la secuencia lógica para llegar al fondo del asunto dependiendo de su nivel. 	10 min
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Se abrirá un espacio para dudas sobre la técnica y se cerrará con un breve mensaje de cómo utilizar esta técnica para ayudarnos a nosotros mismos a desenmascarar ideas irracionales en nuestro diario vivir. 	05 min
RESULTADOS QUE SE ESPERA	<ul style="list-style-type: none"> - Dominio de la técnica flecha abajo. - Identificación de ideas irracionales en situaciones varias. 	

Nota: Elaboración propia del autor

Cuadro 4. Detalle de la cuarta sesión, en base a la fase de entrenamiento.

SESIÓN # 04		
TEMA: - Tus palabras tienen poder	OBJETIVOS: - Explicar la técnica persuasión verbal. - Exponer los diferentes modos de utilizar la técnica de persuasión verbal.	
DESTINATARIOS: - Estudiantes Universitarios	RECURSOS: - Pizarra - Marcadores - Proyector - Laptop - Youtube (Anexo 4)	
FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Se realizará una breve retroalimentación de lo que se ha venido trabajando en las semanas pasadas. - Se pedirá a los presentes que aporten con las maneras que ellos creen que se puede influir en una persona a través del dialogo. 	10 min
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Se expondrá el video preparado para esta sesión (Anexo 4). - Al finalizar se pedirá al alumnado su opinión respecto a la comunicación en los protagonistas del video y de cómo expresaron sus ideas, desde su lenguaje no verbal, hasta los mensajes más explícitos. - El profesional acogerá todas las opiniones expresadas y dará paso a la explicación de la técnica de persuasión verbal. Donde expondrá: 	30 min

	<ul style="list-style-type: none"> a) Estilo socrático b) Estilo didáctico c) Estilo humorístico d) Estilo de autorrevelación 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Se pedirá a los participantes que en parejas practiquen el estilo que más les haya gustado de los expuestos. - Después, se escogerá una pareja de cada estilo para que pasen a dar una pequeña demostración de cómo llevarían a cabo esta técnica. 	15 min
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Se hará énfasis a modo de reflexión de la importancia de saber aterrizar ideas irracionales, tanto en nosotros como en los que nos rodean. 	05 min
RESULTADOS A ESPERAR	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento del poder de las palabras en las interacciones humanas. - Aproximación teórico-práctica de los distintos estilos para utilizar la técnica de persuasión verbal. 	

Nota: Elaboración propia del autor

Cuadro 5. Detalle de la quinta sesión, en base a la fase de entrenamiento.

SESIÓN # 05		
TEMA: - ¿Y si me relajo qué?	OBJETIVOS: - Aprender a identificar síntomas secundarios. - Perfeccionar la utilización del modelo ABCD	
DESTINATARIOS: - Estudiantes Universitarios	RECURSOS: - Pizarra - Marcadores - Música relajante - Anexo 5	
FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	- Dinámica el sol brilla (Anexo 5)	10 min
DESARROLLO	- Una vez que el grupo se haya relajado con la dinámica inicial, el terapeuta marcará la importancia de mantener la calma ante situaciones de alto estrés capaces de desencadenar en la creación de ideas irracionales en nosotros mismos. Se realizará una ronda de preguntas en las cuales el terapeuta tratará de obtener que herramientas utiliza el alumnado para conseguir relajarse en situaciones de alto estrés. - Una vez hecho esto, el terapeuta introducirá el concepto de estrategias de distracción como herramientas ante estas situaciones.	15 min

	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando ya se hayan expuesto las alternativas terapéuticas para conseguir la relajación se llevará a cabo una práctica guiada de las mismas. El terapeuta será el encargado de guiar la sesión utilizando su arsenal de técnicas de relajación y utilizando las más pertinentes para la población. 	10 min
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Se pedirá la intervención de los participantes para evaluar la utilidad de las técnicas expuestas y en que contextos les serian de utilidad. 	10 min
RESULTADO A ESPERAR	<ul style="list-style-type: none"> - Adquisición de herramientas para afrontar situaciones de estrés. - Concientización de saber guardar la calma en situaciones adversas. 	

Nota: Elaboración propia del autor

Cuadro 6. Detalle de la sexta sesión, en base a la fase de entrenamiento.

SESIÓN # 06		
TEMA: - Como quería ser cuando era niño.	OBJETIVOS: - Exponer el modelado como técnica de autocontrol. - Descentralizar los problemas de una sola perspectiva para buscar soluciones a través de otros ojos.	
DESTINATARIOS: -	RECURSOS: - Pizarra - Marcadores - Proyector - Laptop - Youtube (Anexo 6) - Hojas de papel.	
FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	- Se dará inicio a esta sesión con la proyección del video resumen de la película La Lista De Schindler (Anexo 6).	12 min
DESARROLLO	- Cuando se haya terminado de proyectar el video, el terapeuta en la pizarra ira apuntando aquellas cualidades que los estudiantes hayan visto en Schindler o que crean que este hombre tenía. - Al finalizar con el listado de cualidades, el profesional introducirá la técnica de modelado como herramienta para lograr salir de eventos difíciles. Partiendo siempre de la pregunta; ¿Cómo vería “xxxx” mi problema?,	15 min

	¿qué haría “xxxx” en mi caso?, entre otras similares.	
	<ul style="list-style-type: none"> - Se pedirá a cada uno de los participantes que piensen en un personaje o persona que conozcan y que admiren, que piensen en su temperamento, carácter o demás cualidades. Una vez que tengan en mente a la persona seleccionada, en una hoja de papel procederán a escribir un evento en el que creen que podrían haber actuado de otra manera, pero ahora imaginaran como hubiese reaccionado la persona en la que pensaron anteriormente ante esa situación. - Se pondrá en común lo que hayan escrito. 	15 min
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Se cerrará esta sesión con una reflexión profunda sobre como el ver nuestros problemas desde otros ojos los puede hacer lucir más pequeños. - Se enfatizará en la importancia de imitar aquellas conductas de personas o personajes que admiramos para intentar llegar a ser nuestras mejores versiones. 	05 min
RESULTADO A ESPERAR	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener la herramienta del modelado como base para la construcción de un yo mejorado. - Ampliar el abanico de posibles soluciones ante problemas del diario vivir. 	

Nota: Elaboración propia del autor

Cuadro 7. Detalle de la séptima sesión, en base a la fase de ejecución.

SESIÓN # 07		
TEMA: - Imaginación racional emotiva	OBJETIVOS: - Proveer de la técnica de imaginación racional emotiva a los participantes. - Practicar la técnica para cerciorarnos de su correcta aplicación.	
DESTINATARIOS: - Estudiantes universitarios	RECURSOS: - Proyector - Laptop - Youtube (Anexo 7) - Pizarra - Marcadores	
FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Se hará un breve recuento de las técnicas aprendidas hasta el momento. - Después se proyectará el video preparado para esta sesión (Anexo 7). - El terapeuta profundizará en como la imaginación puede hacernos jugar malas pasadas, como en el video expuesto, donde una predisposición inducida a presenciar efectos paranormales, acentúa los estímulos contextuales para que la ilusión se complete dejando de lado las explicaciones racionales. 	15 min
	<ul style="list-style-type: none"> - El terapeuta explicara la técnica de imaginación racional emotiva. Introduciéndola como un entrenamiento en el cual el individuo cambiara sus emociones inapropiadas por unas más adecuadas. 	15 min

	<ul style="list-style-type: none"> - De manera interactiva con los oyentes el terapeuta guiara ejemplos donde se podría aplicar esta técnica. 	
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - Se pedirá a los participantes que lleven a cabo la técnica con una experiencia pasada. - Cuando todos hayan logrado entender la técnica, se recordará a los asistentes que tienen que practicarla diario por lo menos por 30 días, para que así esta sirva como una respuesta automática ante eventuales adversidades. 	10 min
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - El terapeuta acentuara el poder de la imaginación tanto para bien como para mal en el ser humano, y recalcará que el control sobre la mente de uno mismo significara la diferencia entre afrontar los problemas de manera asertiva y calmada o dejarse desbordar por las emociones. - Se pedirá al alumnado que en el transcurso de la semana piensen en aquellas situaciones que habitualmente suelen sentir vergüenza. 	05 min
RESULTADO A ESPERAR	<ul style="list-style-type: none"> - Se espera que el alumnado con este entrenamiento sea capaz de afrontar sus problemas de manera eficaz a mediano plazo, creando un primer paso para el dominio de sus reacciones basadas en ideas irracionales. - Primer acercamiento al dominio de la imaginación racional emotiva. 	

Nota: Elaboración propia del autor

Cuadro 8. Detalle de la octava sesión, en base a la fase de ejecución.

SESIÓN # 08		
TEMA: - Enfrentando mis miedos	OBJETIVOS: - Exponer la técnica de ataque de vergüenza. - Desmantelar las creencias e ideas absolutas.	
DESTINATARIOS: - Estudiantes Universitarios	RECURSOS: - Pizarra - Marcadores - Papel de colores (Rojo y Verde) - Palitos de madera - Hoja de papel - Tijeras - Cinta adhesiva	
FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Se pedirá a los participantes que compartan las situaciones vergonzosas que se les pidió en la sesión anterior. Posibles ejemplos: hablar con extraños, solicitar en voz alta la parada del transporte público, participar en clase, cantar en un karaoke, hablarle a la persona que te atrae, etc. - Para esta actividad el profesional a cargo usara la clave de humor para hacer las revelaciones de los estudiantes menos incomodas, se requiere de gran empatía y agilidad mental para mantener el orden en el grupo sin desbordar emociones negativas. 	10 min

DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - El terapeuta explicará los pasos de la técnica haciendo uso de la pizarra y de marcadores donde podrá utilizar para esto un esquema, una lluvia de ideas o lo que considere más próximo a su estilo. - Una vez que la idea de la técnica esté clara se pedirá a los participantes que anoten en una hoja de papel una de las situaciones vergonzosas más frecuente en su vida y mediante una auto reflexión se buscara sacar si esta situación produce: vergüenza, humillación, culpabilidad, depresión o demás emociones negativas. 	15 min
	<ul style="list-style-type: none"> - Ahora se pedirá a los participantes que recorten un círculo rojo y uno verde. Para pegarlos con cinta adhesiva a un palito de madera. - Ya con las paletas de colores ensambladas, pediremos la ayuda de unos cuantos voluntarios quienes pasaran al frente con su situación vergonzosa ya descifrada. Con la guía del terapeuta cambiaran sus ideas irracionales por unas racionales. Para ello como indicador levantarán la paleta roja cuando surjan las ideas erróneas y cuando hayan sido remplazadas por las correctas levantarán la paleta verde. 	20 min
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Para finalizar esta sesión, el profesional realizará una analogía del uso de los colores rojo y verde como una filosofía de vida, donde el avanzar y detenerse en el 	05 min

	momento adecuado, pueden significar en decisiones trascendentales para la vida.	
RESULTADO A ESPERAR	<ul style="list-style-type: none">- Adquisición de una herramienta para combatir la vergüenza.- Análisis crítico de pensamientos irracionales en situaciones de alto estrés.	

Nota: Elaboración propia del autor.

Cuadro 9. Detalle de la novena y última sesión, en base a la fase de ejecución.

SESIÓN # 09		
TEMA: - Cierre	OBJETIVOS: - Sintetizar todas las herramientas adquiridas. - Evaluar de manera practica el dominio de lo aprendido hasta el momento. - Cerrar el taller.	
DESTINATARIOS: - Estudiantes Universitarios	RECURSOS: - Pizarra - Marcadores - Anexo 8	
FASE	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> - Para esta sesión se pedirá a los participantes que formen un círculo y se sienten en el piso. Se dará inicio realizando la dinámica; quien soy (Anexo 8). - Al finalizar con la actividad de apertura, se procederá a recordar los objetivos de llevar a cabo esta serie de sesiones, se procurará darle un sentido a cada una de las técnicas expuestas y como estas pueden convertirse en aliadas para combatir las problemáticas halladas en la investigación previa. 	10 min
DESARROLLO	<ul style="list-style-type: none"> - En esta última sesión serán los participantes quienes demostrarán lo que han aprendido. El terapeuta a cargo llevara preparados casos en los cuales los alumnos puedan desarrollar las técnicas aprendidas. Para ello escribirá en la pizarra las técnicas aplicadas 	15 min

	<p>y se apuntará debajo de cada una el nombre de los participantes que más hayan simpatizado con cada una de ellas. Así formando grupos. Estos grupos leerán los casos de manera cuidadosa y desarrollarán como tratarían ese caso.</p>	
	<ul style="list-style-type: none"> - Cada grupo pasara a exponer su técnica y como la aplicaron en los casos entregados. Mientras exponen, el terapeuta realizará las preguntas pertinentes al caso como; ¿Por qué escoger esta técnica para este caso?, ¿cómo creen que evolucionaron las ideas en el caso?, entre otras tantas que se consideren adecuadas al caso. 	15 min
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> - Para finalizar los talleres, se agradecerá la participación y el compromiso de todos los presentes. Se expondrá los deseos por parte del terapeuta con lo expuesto durante todo el taller y un mensaje motivador para poner en práctica las herramientas brindadas en este proceso. - Se recibirán críticas y preguntas antes de cerrar el taller. 	10 min
RESULTADO A ESPERAR	<ul style="list-style-type: none"> - Se espera que al finalizar el taller los asistentes sean capaces de confrontar de mejor manera las problemáticas halladas en el análisis previo al desarrollo del taller. - Un manejo controlado de las ideas irracionales en el día a día. 	

	- Cerrar el taller en un punto alto, capaz de mantenerse en la memoria de los participantes promoviendo la permanencia de los conocimientos expuestos.
--	--

Nota: Elaboración propia del autor

Cronograma

El plan de intervención será ejecutado dentro de los meses de octubre y noviembre del 2023 de la manera en que se detalla a continuación:

Nota: En muchos de los talleres las fases de entrenamiento y ejecución irán a la par para la optimizar el tiempo y supervisar la ejecución adecuada de la técnica expuesta.

Tabla 3.1. Cronograma de actividades

	OCTUBRE				NOVIEMBRE				
	1	2	3	4	1	2	3	4	5
S1									
S2									
S3									
S4									
S5									
S6									
S7									
S8									
S9									

FASE DE PSICOEDUCACIÓN		FASE DE ENTRENAMIENTO		FASE DE EJECUCIÓN	
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	------------------------------	--

Nota: Elaboración propia del autor

Mecanismos de Evaluación

La evaluación del presente plan de intervención se realizará una vez ejecutado el mismo a través del Inventario de Síntomas SCL-90-R a los estudiantes universitarios del cantón Ambato, con el fin de identificar la eficacia del plan de intervención propuesto.

Limitaciones y Prospectivas

La poca apertura por medio de las instituciones de educación superior a este tipo de propuestas podría ser una limitante importante a tomar en cuenta para su ejecución. No es novedad que la salud mental históricamente se ha ubicado en un segundo plano, dejándola rezagada, principalmente en países en vías de desarrollo como el nuestro.

Si las instituciones a cargo de velar por la salud mental de sus estudiantes no se hace cargo, sería muy difícil contar con el apoyo del alumnado. Otro elemento a tomar en cuenta es el tiempo para la aplicación de las sesiones, las agendas de los estudiantes suelen ser apretadas, por lo que encontrar espacios y tiempos idóneos para su ejecución podría tornarse en una tarea complicada.

CONCLUSIONES

- Se logró identificar la prevalencia y existencia de características psicopatológicas en la población de estudio, así como también una fiabilidad clínicamente aceptable para su réplica en el estudio de esta población y al menos de tercera parte de la población no clínica de los estudiantes universitarios necesitarían atención en salud para tratar sus malestares psíquicos.
- Con respecto a la diferenciación estadísticamente significativa encontrada en la investigación entre género, se ha comprobado que el género femenino presenta mayores niveles de severidad en cuanto a todas las dimensiones estudiadas, al igual que en la globalidad de esta.
- La propuesta de intervención para las características psicopatológicas, son fiables para su ejecución, ya que han sido realizadas mediante el enfoque racional emotivo conductual, el cual tiene un valor científico significativo.
- Un gran porcentaje de los estudiantes evaluados perciben que tiene una economía relativamente mala, lo cual es importante recalcar, para futuras investigaciones.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda fomentar la higiene mental en población no clínica, con el fin de generar una conciencia de salud mental favorable para la sociedad.
- Se recomienda tener un mejor control de los sujetos de estudio en futuras aplicaciones del SCL 90 R, ya que al ser un instrumento sensible se podría utilizar para realizar un abordaje temprano en sujetos con patologías importantes.
- Con respecto al proyecto de intervención se recomienda tener espacios de descanso entre fases y dimensiones, con el fin de no generar cansancio en los participantes del proyecto de intervención. También, es importante antes de aplicar el proyecto de intervención, realizar una aplicación del inventario y al finalizar hacer el re-test con el fin de evaluar si las técnicas aplicadas han funcionado para mejorar el malestar existente.
- Se sugiere a las universidades del Cantón Ambato, desarrollar un abordaje adecuado en salud mental, ya que no se toma en cuenta el trabajo del psicólogo clínico en la prevención de la enfermedad mental. Existen universidades en España que han visto resultados favorables al tomar en cuenta la salud mental de sus estudiantes. Es importante realizar una evaluación del estado mental al iniciar la carrera de estudio, y mantener un seguimiento de los estudiantes con evaluaciones trimestrales, destinando una carpeta física o personal por estudiante.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmed, M. Z., Ahmed, O., Aibao, Z., Hanbin, S., Siyu, L., & Ahmad, A. (2020). Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian journal of psychiatry*, 51. doi: 10.1016/j.ajp.2020.102092
- Aprada, G. (2010). *La psicopatología, la psiquiatría y la salud mental*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata.
- Aragona, M. (2019). The influence of Max Weber on the concept of empathic understanding (Verstehen) in the psychopathology of Karl Jaspers. *History of psychiatry*, 30(3), 283-299. doi: 10.1177/0957154X19845
- Ávila, A., Herrero, J., & Fernández, L. (2009). Más allá de la docencia: La unidad de atención psicológica y salud mental del universitario (UAPSMU) en la universidad de Salamanca. *Acción psicológica*, 6(1), 49-62. Obtenido de <http://bit.ly/451rWI8>
- Azzara, S. H., Rugna, M., Hirschberg, S., & Jeifetz, M. (2008). Psicoticismo y adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. *XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Obtenido de bit.ly/3ZscGD1
- Beck, A. T. (2013). *Terapia cognitiva para trastornos de ansiedad*. Desclee de brouwer.
- Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid, España: McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A. U.
- Baringoltz, S. (2009). Terapia cognitiva y depresión. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*. 2. Obtenido de bit.ly/45ZyOai

- Bonet, J. I. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13(3), 447-452. Obtenido de bit.ly/3rml8Hv
- Buendía, J. (1993). *Estrés y psicopatología*. Madrid, España: Pirámide.
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794. Obtenido de bit.ly/3PJVztm
- Capponi, R. (1987). *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Chile: Universitaria
- Castaño, L. (2009). *Psicopatología III Unidad I*. Lima, Perú.
- Cobo-Rendón, R., Vega-Valenzuela, A., & García-Álvarez, D. (2020). Consideraciones institucionales sobre la Salud Mental en estudiantes universitarios durante la pandemia de Covid-19. *CienciAmérica*, 9(2), 277-284. doi: 10.33210/ca.v9i2.322
- Cortés, M., & Iglesias, M. (2004). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación*. México: Universidad Autónoma del Carmen.
- Derogatis, L. R. (1975). *Scl-90-r*. Baltimore, MD, USA: Johns Hopkins University.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1977). *SCL-90. Administration, scoring and procedures manual-I for the R (revised) version and other instruments of the Psychopathology Rating Scales Series*. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Derogatis, L. R. & Savitz, K. L. (2000). The SCL-90-R and Brief Symptom Inventory (BSI) in primary care. In M. E. Maruish (Ed.), *Handbook of psychological assessment in primary care setting* (pp. 297-334). Mahwah: Lawrence Erlbaum.

- Erazo, M., & Jiménez, M. (2012). Dimensiones psicopatológicas en estudiantes universitarios. *Revista CES Psicología*, 5(1), 65-76. Obtenido de bit.ly/3PPIYWQ
- Erikson, E. H. (1985). *Estadios fundamentales del desarrollo psicosocial*. Buenos Aires: Paidós.
- Flores, M. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista Digital Universitaria*, 5 (1), 2-9. Obtenido de bit.ly/455nFU6
- Gempp Fuentealba, R., & Avendaño Bravo, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL-90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58. Obtenido de bit.ly/48nRaU9
- Gómez, S. (2013). *Psicopatología I*. México: RED TERCER MILENIO S.C
- Gerrig, R., & Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida (17 ed.)*. Ciudad de México, México: Pearson Educación.
- Gutiérrez J., Horta E., Requena E., Rodríguez, A., Sánchez X. & Talarn A. (2004). *Psicopatología clínica, volumen I*. Barcelona: UOC.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*(288), 112954. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112954
- Jarne E. A., Talarn C. A., Arma Y. M., Ruiz, E., Requena V.E. & i Faja H. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC.
- Kellner, R. (1990). Somatization: theories and research. *Journal of nervous and mental disease*, 178(3), 150-60. Obtenido de bit.ly/46lxXAJ

- Lee, A. M., Wong, J. G., McAlonan, G. M., Cheung, V., Cheung, C., Sham, P. C., ... & Chua, S. E. (2007). Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *52*(4), 233-240. doi: 10.1177/070674370705200405
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, *145*(11), 1358-1368. Obtenido de bit.ly/3rnmqlt
- Lupón Bas, M., Torrents Gómez, A., & Quevedo Junyent, L. J. (2012). *Apuntes de psicología en atención visual*. Barcelona: Universitat Politècnica de Catalunya.
- Luque R. & Villagrán JM. (2000). *Modelos, teorías y paradigmas*. España: Trotta.
- Mayorga-Lascano, M., & Moreta-Herrera, R. (2019). Síntomas clínicos, subclínicos y necesidades de atención psicológica en estudiantes universitarios con bajo rendimiento. *Revista Educación*, *43*(2), 452-467. doi: 10.15517/revedu.v43i2.32239.
- Meredith, G. R., Rakow, D. A., Eldermire, E. R., Madsen, C. G., Shelley, S. P., & Sachs, N. A. (2020). Minimum time dose in nature to positively impact the mental health of college-aged students, and how to measure it: A scoping review. *Frontiers in psychology*, *10*, 2942. doi: 10.3389/fpsyg.2019.02942.
- Mitjanas, T., Guarch, J., Puig, O., Torres, A., López, C., Jorquera, A., & Salamero, M. (2004). Influencia de la comorbilidad trastorno distímico-trastorno de la personalidad en el tratamiento cognitivo-conductual en grupo para el trastorno distímico. *Rev. psiquiatr. Fac. Med. Barc*, *32*(4), 174-182. Obtenido de bit.ly/3LAhyjP
- Moreira, J. F. y Telzer, E. H. (2015). Changes in family cohesion and links to depression during the college transition. *Journal of Adolescents*, *43*, 72–82. doi: 10.1016/j.adolescence.2015.05.012.

- Micin, S., & Bagladi, V. (2011). Salud mental en estudiantes universitarios: Incidencia de psicopatología y antecedentes de conducta suicida en población que acude a un servicio de salud estudiantil. *Terapia psicológica*, 29(1), 53-64. doi: 10.4067/S0718-48082011000100006
- Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo del 2021). *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Palmero, F. (2010). Hostilidad, psicofisiología y salud cardiovascular. *Suma Psicológica*, 14(1), 23-50. Obtenido de bit.ly/461bWaF
- Pareja, M. Á. V. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427. Obtenido de bit.ly/454knRg
- Ramos Galarza, C. A. (2019). *Fundamentos de investigación para psicólogos: Primer Round*. Quito, Ecuador: Editorial El Conejo.
- Rajkumar, R. P. (2020). COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of Psychiatry*, 52, 102066. Doi: 10.1016/j.ajp.2020.102066
- Reinoso, J. (2020). La pandemia, los universitarios y la universidad. *Revista de Identidad Universitaria*, 1(9), 4-4. Obtenido de bit.ly/3ETO6Bu
- Retamal, P. (1998). *Depresión*. Editorial Universitaria.
- Rivera-Ledesma, A., Pérez Sánchez, I. N., & Montero-López Lena, M. (2013). SCL-90 R: distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *Universitas Psychologica*, 12(1), 105-118. Obtenido de bit.ly/3t68KMp
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., & Sánchez-Sosa, J. J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos

esenciales. *International journal of clinical and health psychology*, 5(3), 445-462. Obtenido de bit.ly/3rnwXgu

Sahu, P. (2020). Closure of universities due to coronavirus disease 2019 (COVID-19): impact on education and mental health of students and academic staff. *Cureus*, 12(4). doi: 10.7759/cureus.7541

Sánchez, A. (2018). *Síntomas psicopatológicos en estudiantes de una Facultad de Psicología de Lima*. (Tesis). Universidad Nacional Federico Villareal. Obtenido en bit.ly/3PYzp6V

Sarason, I.G. & Sarason B. R. (1996). *Psicología Anorma*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

Secretaria de Educación Superior. Ciencia, Tecnología e Innovación. (2020). *Boletín anual-SENESCYT, Versión 2*. bit.ly/3OwSWYD

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista malestar e subjetividade*, 3(1), 10-59. Obtenido de bit.ly/3Put8yb

Vallejo, R. J. (2002). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Masson.

Urquijo, S. (2014). *Prevalencia de psicopatologías en estudiantes universitarios de Psicología*. Argentina: Asociación Argentina de Estudio e Investigación en Psicodiagnóstico (ADEIP).

Xiong, J., Lipsitz, O., Nasri, F., Lui, L. M., Gill, H., Phan, L., & McIntyre, R. S. (2020). Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *Journal of affective disorders*, 277. 55—64. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.001

- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729
- Wollfolk, R. L. (2006). Terapia cognitivo conductual afectiva: un nuevo tratamiento para la somatización. *Psicología. Conductual*, 14(3), 549-566. Obtenido de bit.ly/3Q1mn8J
- Wu, K. K., Chan, S. K., & Ma, T. M. (2005). Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 18(1), 39-42. doi: 10.1002/jts.20004

ANEXOS

Anexo 1

Ejercicio Practico

A continuación, se presenta una serie de pensamientos. Para cada uno, escribe los pensamientos irracionales, identifica el tipo y, siguiendo las reglas explicadas, indica la regla más apropiada para modificarlo. Finalmente, reescríbelos modificados como racionales. Para facilitar la comprensión del ejercicio tienes un ejemplo de cómo realizarlo.

EJEMPLO: Tengo que dar una charla ante los compañeros del departamento. Todos tienen más experiencia que yo. Voy a hacerlo fatal.	
PENSAMIENTO IRRACIONAL	Voy a hacerlo fatal.
TIPO	Catastrofista.
REGLA PARA MODIFICARLO	Ver probabilidad real y consecuencias reales.
PENSAMIENTO MODIFICADO	Tengo que dar una charla ante los compañeros del departamento. Todos tienen más experiencia que yo. Si me lo preparo concienzudamente, puedo hacerlo tan bien como ellos lo harían.

1.- Yo antes era una persona muy alegre y siempre estaba de bromas y de risas. Ahora me paso el día apagado, nervioso. No puedo evitar los nervios en el trabajo.	
PENSAMIENTO IRRACIONAL	
TIPO	
REGLA PARA MODIFICARLO	

PENSAMIENTO MODIFICADO	

2.- Tengo que cuadrar estas cuentas. Esto no va a cambiar nunca. Hasta ahora sólo yo he hecho esta labor.	
PENSAMIENTO IRRACIONAL	
TIPO	
REGLA PARA MODIFICARLO	
PENSAMIENTO MODIFICADO	

3.- Esto debe de ser el karma. De joven no quería rellenar ni los documentos de las becas de estudios y ahora estoy encargado de toda la burocracia de la oficina. Si sigo así, lo mismo en unos años ya no toco un papel.	
PENSAMIENTO IRRACIONAL	
TIPO	
REGLA PARA MODIFICARLO	
PENSAMIENTO MODIFICADO	

4.- Esta tarde tenemos la presentación del proyecto ante los clientes. O lo hago mejor que los demás o no merecerá la pena mi esfuerzo.	
PENSAMIENTO IRRACIONAL	
TIPO	
REGLA PARA MODIFICARLO	

PENSAMIENTO MODIFICADO	

5.- ¡Otra vez llega tarde a las reuniones de grupo! Es un sujeto despreciable.	
PENSAMIENTO IRRACIONAL	
TIPO	
REGLA PARA MODIFICARLO	
PENSAMIENTO MODIFICADO	

Anexo 2

La profecía autocumplida

- Gabriel García Márquez

Imagínese usted un pueblo muy pequeño donde hay una señora vieja que tiene dos hijos, uno de 17 y una hija de 14. Está sirviéndoles el desayuno y tiene una expresión de preocupación. Los hijos le preguntan qué le pasa y ella les responde: "No sé, pero he amanecido con el presentimiento que algo muy grave va a sucederle a este pueblo". El hijo se va a jugar al billar, y en el momento en que va a tirar una carambola sencillísima, el otro jugador le dice: "Te apuesto un peso a que no la haces". Todos se ríen. Él se ríe. Tira la carambola y no la hace. Paga su peso y todos le preguntan qué pasó, si era una carambola sencilla Y él contesta: "es cierto, pero me ha quedado la preocupación de una cosa que me dijo mi madre esta mañana sobre algo grave que va a suceder a este pueblo". Todos se ríen de él y el que se ha ganado su peso regresa a su casa, donde está con su mamá, o una nieta o en fin, cualquier pariente, feliz con su peso dice y comenta: -Le gané este peso a Dámaso en la forma más sencilla porque es un tonto. - ¿Y por qué es un tonto? -Porque no pudo hacer una carambola sencillísima estorbado con la idea de que su mamá amaneció hoy con la idea de que algo muy grave va a suceder en este pueblo. Y su madre le dice: - No te burles de los presentimientos de los viejos porque a veces salen. Una pariente oye esto y va a comprar carne. Ella le dice al carnicero: "Deme un kilo de carne" y en el momento que la está cortando, le dice: Mejor córteme dos, porque andan diciendo que algo grave va a pasar y lo mejor es estar preparado". El carnicero despacha su carne y cuando llega otra señora a comprar un kilo de carne, le dice: "mejor lleve dos porque hasta aquí llega la gente diciendo que algo muy grave va a pasar y se están preparando y comprando cosas". Entonces la vieja responde: "Tengo varios hijos, mejor deme cuatro kilos..." Se lleva los cuatro kilos y para no hacer largo el cuento, diré que el carnicero en media hora agota la carne, mata a otra vaca, se vende toda y se va esparciendo el rumor. Llega el momento en que todo el mundo en el pueblo, está esperando que pase algo. Se paralizan las actividades y de pronto a las dos de la tarde. Alguien dice: - ¿Se ha dado cuenta del calor que está haciendo? - ¡Pero si en este pueblo siempre ha hecho calor! Tanto calor que es pueblo donde los músicos tenían instrumentos

remendados con brea y tocaban siempre a la sombra porque si tocaban al sol se les caían a pedazos. -Sin embargo -dice uno-, a esta hora nunca ha hecho tanto calor. -Pero a las dos de la tarde es cuando hace más calor. -Sí, pero no tanto calor como ahora. Al pueblo desierto, a la plaza desierta, baja de pronto un pajarito y se corre la voz: "Hay un pajarito en la plaza". Y viene todo el mundo espantado a ver el pajarito. -Pero señores, siempre ha habido pajaritos que bajan. -Sí, pero nunca a esta hora. Llega un momento de tal tensión para los habitantes del pueblo, que todos están desesperados por irse y no tienen el valor de hacerlo. -Yo sí soy muy macho -grita uno-. Yo me voy. Agarra sus muebles, sus hijos, sus animales, los mete en una carreta y atraviesa la calle central donde todo el pueblo lo ve. Hasta que todos dicen: "Si este se atreve, pues nosotros también nos vamos". Y empiezan a dismantelar literalmente el pueblo. Se llevan las cosas, los animales, todo. Y uno de los últimos que abandona el pueblo, dice: "Que no venga la desgracia a caer sobre lo que queda de nuestra casa", y entonces la incendia y otros incendian también sus casas. Huyen en un tremendo y verdadero pánico, como en un éxodo de guerra, y en medio de ellos va la señora que tuvo el presagio, le dice a su hijo que está a su lado: "¿Vistes mi hijo, que algo muy grave iba a suceder en este pueblo?".

Anexo 3

El cuento de la vaquita

Un sabio maestro y su discípulo paseaban por el campo a menudo. Un día se encontraron con una humilde casa de madera, habitada por una pareja y sus tres hijos. Todos iban mal vestidos, con ropa sucia y rota. Sus pies estaban descalzos y el entorno denotaba una pobreza extrema.

El Maestro le preguntó al padre de familia cómo hacían para sobrevivir, ya que en aquel paraje no existían industrias ni comercio, ni se veía riqueza por ninguna parte. Con calma, el padre de familia le contestó: “mire usted, nosotros tenemos una vaquita que nos proporciona varios litros de leche cada día. Una parte la vendemos y con el dinero compramos otras cosas y la otra parte la utilizamos para consumo propio. De esta forma sobrevivimos”.

El maestro agradeció la información, se despidió y se fue. Al alejarse le dijo a su discípulo: “busca la vaquita, llévala al precipicio y empújala al barranco”

El joven se quedó espantado, ya que la vaquita era el único medio de subsistencia de aquella humilde familia. Pero pensó que su Maestro tendría sus razones y, con gran pesar, llevó a la vaquita al precipicio y la empujó. Aquella escena se quedó grabada en su mente durante muchos años.

Al cabo del tiempo, el discípulo culpabilizado por lo que había hecho, decidió dejar al Maestro, volver a aquel lugar y disculparse con aquella familia a la que había hecho tanto daño. Al acercarse, observó que todo había cambiado. Una preciosa casa estaba rodeada por árboles donde muchos niños jugaban y había un automóvil aparcado.

El joven se sintió triste y desesperado porque pensó que aquella humilde familia vendió todo para sobrevivir. Cuando preguntó por ellos, le contestaron que seguían allí, que no se habían marchado. Entró corriendo en la casa y se dio cuenta de que estaba habitada por la misma familia que antes. Entonces, le preguntó al padre de familia qué había pasado y este, con una amplia sonrisa, le contestó:

“Teníamos una vaquita que nos proporcionaba leche y con la que sobrevivíamos. Pero un afortunado día la vaquita se cayó por un precipicio y murió. En ese

momento nos vimos obligados a hacer otras cosas, a desarrollar otras habilidades que nunca habíamos imaginado poseer. De esta forma comenzamos a prosperar y nuestra vida cambió”.

Anexo 4

Link: https://www.youtube.com/watch?v=PrRkT7rLd8Y&ab_channel=JorgeNegrete

Anexo 5

El sol brilla en...

De pie o sentados, los participantes forman un círculo pequeño con una persona en el centro. La persona en el centro grita “el sol brilla en...” y dice un color o un artículo de vestir que alguien en el grupo tenga. Por ejemplo, “el sol brilla en todos los que llevan algo azul” o “el sol brilla en todos los que llevan calcetines” o “el sol brilla en todos los que tienen ojos cafés”. Todos los participantes que tienen estos atributos deben cambiar lugares entre sí. La persona en el centro trata de tomar el lugar de los que se han movido, y así se queda otra persona en el centro sin lugar. La nueva persona en la mitad grita “el sol brilla en...” y dice nombres de diferentes colores o tipos de ropa.

Anexo 6

Link:

https://www.youtube.com/watch?v=XNPyxEFHv_M&ab_channel=ResumenParaBotanear

Anexo 7

Link: https://www.youtube.com/watch?v=fLkGoG53l0c&ab_channel=BanjhoRap

Anexo 8

¿Quién soy?

Ponga el nombre de diferentes personas famosas en la espalda de cada participante, de manera que ellos no puedan verlo. Pida a los participantes que se paseen por el salón, haciéndose preguntas entre ellos sobre la identidad de su persona famosa. Las preguntas sólo pueden ser respondidas con “sí” o “no”. El juego continúa hasta que todos hayan descubierto quiénes son.

ANEXOS

a. Link de aplicación con el Consentimiento informado, ficha sociodemográfica y reactivos psicológicos.

GOOGLE FORMS

<https://forms.gle/H6ZgrttY585FRs6A6>