



Departamento de Posgrado

Maestría en Psicoterapia Integrativa

Propuesta de Intervención desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad en base a la relación de Depresión y Personalidad en jóvenes universitarios.

Autor: Psc. Marco Antonio Jiménez Gaona.

Directora: Mgst. María Alexandra Córdova Vega.

Cuenca-Ecuador

2015

Propuesta de Intervención desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad en base a la relación de Depresión y Personalidad en jóvenes universitarios.

2. DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a mi familia por el apoyo incondicional que me brindan cada día, sin ustedes sería un ser más en el mundo. Especialmente a mi Madre que disfruta viéndonos crecer profesionalmente y cada día se esfuerza para que su amor nos acompañe en ese camino.

3. AGRADECIMIENTO

A todos y cada una de los compañeros, estudiantes, amigos, docentes y especialmente a mi familia que de una u otra manera apoyaron en este proyecto de investigación. A la Magister Alexandra Córdova por su acompañamiento en el desarrollo de la misma, al Magister Adrián Vásquez y Byron Bustamante que confiaron en mí y supieron guiarme en este nuevo reto.

De sobremanera a los estudiantes universitarios que participaron voluntariamente para que pueda desarrollarse este trabajo, sin ellos esto no sería posible.

A todas las personas que sin mencionarlas participaron en este nuevo logro.

GRACIAS POR APOYARME A MEDIDA QUE VOY CRECIENDO

4. RESUMEN

Esta investigación identifica la relación entre los rasgos de Personalidad y la Depresión en 500 jóvenes universitarios de la ciudad de Loja. La metodología es de tipo cuantitativa, transversal y correlacional. La variable Depresión se evaluó a través de: Inventario de Depresión de Beck (BDI) escala de autoevaluación para Depresión de Zung (SDS), para los rasgos de Personalidad se consideró el Cuestionario de Personalidad Big Five (BFQ), y el Cuestionario de Personalidad de la SEAPSI, finalmente se aplicó un Cuestionario sociodemográfico (Ad-hoc). Los resultados muestran que los rasgos predominantes en el Cuestionario SEAPSI son el anancástico e histriónico, y estabilidad emocional seguido de energía, según el cuestionario Big Five, seleccionando solo los sujetos con depresión subclínica, los rasgos predominantes son: anancástico, y dependiente, mientras que en esta submuestra, con el Cuestionario de Personalidad Big Five los más frecuentes son estabilidad emocional seguido de energía. Además se encontró que el 77.4 % de los estudiantes no presentan ningún síntoma de depresión, mientras que el 16.8% presenta una depresión leve, el 4.2% intermitente y 1.6% depresión moderada, es decir el 22.6% presentan depresión subclínica, finalmente se presenta una propuesta de intervención focalizada en la personalidad.

PALABRAS CLAVE

Jóvenes, Depresión, Personalidad, Relación, Intervención.

5. ABSTRACT

ABSTRACT

This research identifies the relationship between personality traits and depression in 500 university students in the city of Loja. The methodology is quantitative, transversal and correlational. The depression variable was assessed through: Beck Depression Inventory (BDI), and Zung Self-Rating Depression Scale (SDS). For personality traits we used the Big Five Personality Questionnaire (BFQ), and the SEAPSI Personality Questionnaire; and at the end, we applied an Ad-hoc socio-demographic questionnaire. The results show that the predominant features in the SEAPSI Questionnaire are anankastic and histrionic; emotional stability followed by energy. According to the Big Five questionnaire (applied only for subjects with subclinical depression) the predominant features are anankastic, and dependent; while in this subsample, the Big Five Personality Questionnaire showed that the most frequent are emotional stability followed by energy. In addition, it was found that 77.4% of students do not have any symptoms of depression, while 16.8% have mild depression, 4.2% intermittent depression and 1.6% moderate depression, which means that 22.6% have subclinical depression. To finish, we present a proposal for intervention focused on personality.

KEYWORDS: Youth, Depression, Personality, Relationship, Intervention.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

6. ÍNDICE DE CONTENIDOS

1.	CARÁTULA.....	I
2.	DEDICATORIA.....	li
3.	AGRADECIMIENTOS.....	lii
4.	RESUMEN.....	lv
5.	ABSTRACT	v
6.	ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
7.	ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS.....	vii
8.	INTRODUCCIÓN.....	8
9.	CAPÍTULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS.....	14
10.	CAPÍTULO 2. RESULTADOS.....	15
11.	CAPITULO 3: DISCUSIÓN.....	28
12.	CONCLUSIONES.....	32
13.	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	33
14.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
15.	ANEXOS.....	45

7. ÍNDICE DE FIGURAS, TABLAS Y ANEXOS

1.	FIGURA 1. Modelo Integrador multifactorial de la depresión.....	10
2.	TABLA 1. Características Sociodemográficas (Frecuencias).....	16
3.	TABLA 2. Características Sociodemográficas (Medidas de tendencia central).....	17
4.	TABLA 3. Medidas de tendencia central rasgos de personalidad, cuestionario SEAPsl....	17
5.	TABLA 4. Medidas de tendencia central de puntajes T de las subdimensiones personalidad, cuestionario BIG FIVE.....	18
6.	TABLA 5. Medidas de tendencia central de puntajes T de los 5 rasgos de personalidad, cuestionario BIG FIVE.....	18
7.	TABLA 6. Medidas de tendencia central de puntajes T de las subdimensiones personalidad, cuestionario BIGFIVE. (Sujetos Sinceros n= 228).....	19
8.	TABLA 7. Medidas de tendencia central de puntajes T de los 5 rasgos de personalidad, cuestionario BIGFIVE. (Sujetos Sinceros n= 228).....	19
9.	TABLA 8. Rasgo de personalidad predominante cuestionario SEAPSI.....	20
10.	TABLA 9. Rasgo de personalidad predominante cuestionario BIG FIVE.....	20
11.	TABLA 10: Rasgo de personalidad predominante cuestionario de BIG FIVE (Sujetos sinceros n=228).....	21
12.	TABLA 11: Confiabilidad cuestionarios de personalidad.....	21
13.	TABLA 12: Prevalencia síntomas DI.....	22
14.	TABLA 13: Prevalencia síntomas SDS.....	23
15.	TABLA 14: Confiabilidad inventarios de depresión.....	24
16.	TABLA 15: Prevalencia de depresión subclínica.....	25
17.	TABLA 16: Correlaciones variables independientes y depresión.....	25
18.	TABLA 17: Asociación entre variables independientes y depresión subclínica. (Chi ²).....	26
19.	TABLA 18: Comparación de medias según presencia de depresión subclínica.....	27
20.	TABLA 18.1: Comparación de medias según presencia de depresión subclínica.....	28
21.	TABLA 19: Cuadro resumen plan de intervención.....	43
22.	Anexo 1: Registro de aseveraciones.....	47
23.	Anexo 2: Matriz de señalamientos.....	49
24.	Anexo 3: Listado de ideas claves de identificación y cuestionamiento.....	51
25.	Anexo 4: Blog de notas sobre la condición, eventos asociados e intentos de cambio.....	53
26.	Anexo 5: Apuntes de tratante.....	55
27.	Anexo 6: Tarjeta de auto- instrucciones.....	57
29.	Anexo 7: Esquema F.O.D.A. de personalidad: estado actual.....	58
30.	Anexo 8: Algoritmo jerárquico -Triada cognitiva de Beck.....	61
31.	Anexo 9: Cuestionario SEAPsl (Análisis de predominio de personalidad).....	63

Marco Antonio Jiménez Gaona
"Trabajo de titulación"
Maestría en Psicoterapia Integrativa

Propuesta de Intervención desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad en base a la relación de Depresión y Personalidad en jóvenes universitarios.

INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno de estado de ánimo que afecta a todos los grupos etáreos, desde niños a adultos mayores, se ha identificado como uno de los grupos de riesgo a los jóvenes, existen gran cantidad de estudios en poblaciones universitarias (Ibrahim, Kelly, Adams, & Glazebrook, 2012). A modo de ejemplo, en un estudio nacional de salud universitaria en EE.UU, encontró que 1 de cada 3 estudiantes informó, "sentirse tan deprimido que era difícil funcionar" al menos una vez en el último año y casi 1 de cada 10 informaba "haber considerado seriamente intentar suicidarse" en el año anterior, (American College Health Association, 2009). Los resultados de prevalencia de depresión en universitarios, varían entre diversos estudios, pasando de identificar al 10% o hasta límites superiores como el 84%, (Ahmed K. Ibrahim, 2012). La Depresión no sólo afecta al individuo diagnosticado, sino también a su entorno y sus relaciones sociales. En este sentido, algunos estudios han informado sobre una fuerte asociación entre depresión y relaciones problemáticas entre padres e hijos, malestar en las relaciones matrimoniales y otras dificultades interpersonales así como un mayor riesgo para el desarrollo de psicopatología posterior en los hijos (Keller, Cummings, Peterson, & Davies, 2008; Weissman, y otros, 2006). Como manifestación más severa del trastorno, la depresión puede finalizar con la pérdida de la vida. (Möller, 2003), apunta que alrededor de un 60% a 70% de los pacientes con depresión experimentan ideas suicidas y sitúa la incidencia del suicidio en torno a un 10% a 15% entre estos pacientes.

La Depresión se caracteriza por la presencia de una serie de manifestaciones conductuales, cognitivas, emocionales, motivacionales y somáticas (Barlow & Durand, 2011). Para otros autores, en un episodio depresivo mayor, el núcleo central es una alteración del estado de ánimo, habitualmente tristeza, que podría manifestarse también como ira, irritabilidad, y pérdida de interés en actividades que resultaban interesantes previamente, a menudo, la persona afectada presenta anhedonia y puede experimentar desesperanza, (Kendler, Gardner, & Prescott, 1999). La severidad de la depresión se relaciona con una mayor presencia de malestar físico, dolor,

síntomas de ansiedad y limitaciones en el nivel de actividad, así como una peor salud, insatisfacción vital, apoyo social inadecuado y discapacidad (Strine, y otros, 2009).

Existen dos métodos principales para evaluar la depresión, uno es la entrevista y el otro la auto-aplicación de pruebas (Katz, Shaw, Vallis, & Kaiser, 1995), disponiendo cada uno de ellos de numerosos instrumentos (Nezu, Ronan, Meadows, & McClur, 2000) En relación con la investigación científica, el Inventario de Beck consta de 19 ítems (cada uno un síntoma) y en el que una puntuación mayor a veinte nueve determina la existencia de depresión severa. Este inventario ha sido sin duda uno de los instrumentos utilizados con mayor frecuencia en investigación psiquiátrica para la evaluación de la gravedad y la evolución de los trastornos depresivos en la población general (Heerlein & Ritcher, 1991), incluso con población universitaria (Ahmed K. Ibrahim, 2012).

La Clasificación Internacional de Enfermedades CIE 10 (OMS, 1996) la define como un desorden afectivo, que se divide en episodio leve, se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatigabilidad; episodio moderado tiene dificultades para desarrollar actividades sociales, laborales; y episodio grave, existe angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa. Según la Asociación Americana de Psiquiatría [APA], en su manual diagnóstico DSM IV, el trastorno depresivo mayor, es un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, sin historia de episodios maníacos, mixtos o hipomaníacos (APA, 2015), en la quinta edición, el trastorno depresivo mayor, se subdivide en leve, moderado, grave, con características psicóticas, en remisión parcial, en remisión total, no especificado, con ansiedad, con características mixtas, con características melancólicas, con características atípicas, con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, con catatonia, con inicio en el periparto, con patrón estacional (APA, 2015).

Según Beck, (1979) y su modelo cognitivo existe una triada cognitiva para la depresión: (1) visión negativa acerca de sí mismos, (2) visión negativa de las experiencias propias presentes, (3) visión negativa acerca del futuro. En consecuencia propone que la vulnerabilidad a la depresión proviene de esquemas cognitivos distorsionados, que contienen actitudes negativas sobre temáticas de pérdida, inadecuación, fracaso, o catástrofe. Las personas con vulnerabilidad a la depresión extraen conclusiones ilógicas. Cuando los esquemas cognitivos aprendidos en la infancia y adolescencia, que permanecen en estado latente, son activados por estresores vitales,

se manifiestan en forma de pensamientos automáticos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro (Beck, John, Shaw, & Emery, 1979).

Desde el modelo integrador, la depresión se considera como un producto de factores ambientales y disposicionales, o más concretamente, como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. Los factores situacionales son importantes como desencadenantes del proceso depresogénico, y los factores cognitivos como moderadores de los efectos del ambiente. En este modelo se plantea una cadena de acontecimientos que conduce a la aparición de la Depresión. (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985) (Ver figura 1)

FIGURA 1.
Modelo integrador multifactorial de la depresión



Nota. Adaptado de Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (1997).

Según el modelo Integrativo, la cadena de acontecimientos están influenciada por factores individuales estables, como la personalidad, desde el origen, mantenimiento y culminación de la depresión, de esta forma algunos rasgos pueden ser considerados como vulnerabilidades e inmunidades. Algunos estudios del impacto de la personalidad en la salud mental positiva y negativa, han encontrado que: El Neuroticismo es el factor más relacionado con la psicopatología,

mientras que la afabilidad y extroversión son los factores protectores asociados con la salud mental positiva. (Lamers, Westerhof, Viktória, & Bohlmeijer, 2012).

Según (Balarezo L. , 2010) La “Depresión” no es un trastorno aislado de quien lo sufre, al enfatizar la importancia del estudio de la personalidad, la misma que es constituida desde el momento mismo de la concepción, e inclusive antes desde el deseo o no de sus padres. En la personalidad interfieren procesos biológicos (antecedentes patológicos familiares); procesos familiares, (funcionalidad familiar); procesos sociales, que implican el medio ambiente donde se desarrolla; procesos afectivos y conductuales del individuo, sus características con estímulos internos y externos que producen un feedback. Todo esto da como resultado un self o una personalidad única, pero que puede compartir características comunes con otros y que son esos elementos los que nos permiten elaborar planes de trabajo.

No todos los individuos logran experimentar todos los síntomas para ser diagnosticados como depresivos, es por ello que se han creado otras categorías diagnósticas, como por ejemplo la depresión subclínica o subsindrómica, que consiste en que pese a que los criterios diagnósticos para un trastorno depresivo no se cumplan, la presencia de síntomas depresivos significativos puede causar un importante malestar (Judd, Rapaport, Paulus, & Brown, 1994). El trastorno depresivo menor o depresión subclínica se caracteriza por la presencia de menos síntomas (entre dos y cinco) y un menor deterioro global que el trastorno depresivo mayor (Keller, Hanks, & Klein, 1996). Se define por la presencia de un estado de ánimo triste o deprimido, o una pérdida del interés o placer ante prácticamente cualquier actividad.

Es importante considerar, que uno de los predictores más importantes para el desarrollo de un trastorno depresivo mayor es la presencia de sintomatología subclínica, encontrándose que la incidencia de depresión en sujetos con depresión subclínica triplica a la observada en sujetos asintomáticos (Cuijpers, Smit, & Willemse, 2005); además, la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos, pero que no alcanzan el umbral para un diagnóstico de depresión, es un problema muy prevalente. La prevalencia de sintomatología depresiva subclínica en esta población fue del 33.4% (Vázquez & Blanco, 2006). (Cuijper, De Graaf, & Van Dorsselaer, 2004) asociado a un mayor riesgo de conducta suicida frente a personas que no manifiestan síntomas (Fergusson, Horwood, Ridder, & Beautrais, 2005) y a grados de disfunción y malestar comparables a los generados por un cuadro clínico completo de depresión (Gotlib, Lewinsohn, & Seeley, 1995).

Se han propuesto distintos factores de riesgo para la depresión, sin embargo, ninguno de ellos constituye un factor necesario ni suficiente para la aparición del trastorno (Muñoz, Cuijpers, Smit, Barrera, & Leykin, 2010). En relación al sexo, el hallazgo más consistente en la literatura es la mayor prevalencia de depresión en mujeres con respecto a los hombres. La edad para el inicio del primer episodio de depresión es bastante consistente en distintos estudios, que informan de edades de inicio entre 24 y 30 años (Andrade, y otros, 2003; Kessler, y otros, 2003; Weissman, y otros, 2006; Vázquez & Torres, 2005), aunque la edad de inicio anterior a los 20 años se considera un factor de riesgo de cronicidad (Hölzel, Härter, Reese, & Kriston, 2011). En cuanto al estado civil, estar divorciado, separado o viudo también se ha considerado un factor de riesgo (Sadock & Sadock, 2004). Además se ha señalado como posible factor de riesgo la presencia simultánea de otros trastornos psicológicos, como los de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, dependencia de tabaco u otros trastornos psiquiátricos o trastornos del eje III, particularmente si son crónicos (Andrade, y otros, 2003; Gillham, Hamilton, Freres, & Patton, 2006; Kaelber, Moul, & Farmer, 1995; Sadock & Sadock, 2004; Vázquez & Blanco, 2006).

Siguiendo la propuesta del Modelo Integrativo, es necesario analizar la personalidad como un factor de riesgo o protector, para el desarrollo de la depresión. Como constructo la personalidad, tiene diversos modelos explicativos, por ejemplo el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, (Balarezo L. , 2010) para este autor la personalidad es una estructura interna formada por factores biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continua interacción, esta interacción hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar y de interrelacionarse con los demás. Desde el modelo factorial de los cinco grandes factores de personalidad (Goldberg, 1981) la personalidad es un conjunto de rasgos, que agruparon en cinco grandes dimensiones (Energía, Afabilidad, Tesón, Estabilidad emocional y Apertura mental), estas fueron el resultado del análisis factorial de miles de características en diversas culturas, idiomas y poblaciones, para muchos psicólogos las cinco dimensiones de la personalidad no son sólo universales sino también tienen orígenes genéticos. (Loehlin, 1993). Las dos propuestas teóricas disponen de instrumentos para evaluar la personalidad Cuestionario SEAPSI (Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia, 2010) y BFQ (Caprara, Barbaranelli, & Borgogni, 2001)

En este proyecto se pretende estudiar la prevalencia de la depresión en jóvenes universitarios de la ciudad de Loja, e intentar dar una explicación en base a los rasgos predominantes de personalidad medidos a través del cuestionario de personalidad SEAPSI y el cuestionario Big

Five, que puedan estar modulando la aparición o no del trastorno depresivo, evaluado con el Inventario de depresión de Beck (BDI) y la escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS).

Este problema, se ha estudiado a nivel latinoamericano, especialmente en estudiantes de medicina o psicología, en diversos países como Colombia, Chile, México, Venezuela y Perú. En nuestro país y en la región sur existe un antecedente de estudio, relacionado con una tesis doctoral sobre la salud mental de estudiantes universitarios (Torres, 2013) quien sostiene a través de su investigación que: “Los factores de riesgo para la tendencia suicida en los 1094 estudiantes universitarios son: Padecer algún tipo de trastorno psicológico o haberlo padecido alguna vez en la vida, especialmente la depresión. Entre las características personales el tener puntajes altos en neuroticismo, así como el bajo nivel de autoestima.

La importancia de este proyecto de investigación radica en la propuesta de intervención diseñada en base a los resultados obtenidos, el mismo que focalizado en la personalidad y en aspectos relacionados a la depresión.

CAPITULO 1: MATERIALES Y MÉTODOS

Esta investigación es de tipo cuantitativa, transversal y correlacional, la variable dependiente (depresión) se evaluó a través de instrumentos psicotécnicos de autoinforme: el Inventario de Depresión de Beck (BDI), 1996 y la escala de autoevaluación para Depresión de Zung (SDS), 1965 para las variables independientes (rasgos de personalidad) se consideró el Cuestionario de Personalidad Big Five (BFQ) 2001, y el cuestionario de personalidad de la SEAPsl 2010, finalmente se aplicó un cuestionario sociodemográfico (Ad-hoc) 2014.

Para fines de esta investigación se evaluó a 785 estudiantes, sin embargo utilizando los criterios de exclusión: como el tiempo mínimo y máximo de aplicación, cuestionarios incompletos e incorrectamente rellenos, rellenos al azar, menores de edad, no registraban datos como edad, ciclo académico, y datos sociodemográficos, y que presentaban más de un rasgo en el cuestionario de personalidad de la SEAPsl, la muestra final se redujo a 500 sujetos.

Una vez definidos los instrumentos y la población de estudio se procedió a la aplicación de los instrumentos o test, esta aplicación se realizó de forma colectiva en las aulas respectivas de los establecimientos educativos, el tiempo de aplicación según el pilotaje inicial se estableció entre cuarenta y cinco minutos a cincuenta minutos.

Con los instrumentos aplicados el siguiente paso fue la corrección y calificación, para luego ser tabulados y finalmente se realizó el análisis cuantitativo. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS 21. Los análisis realizados fueron de tipo descriptivo (Frecuencias, porcentajes, medidas de tendencia central y de dispersión) y análisis de tipo inferencial, para evaluar la confiabilidad de los instrumentos, correlaciones (*puntajes r*), asociaciones (Chi^2), y análisis de diferencias de medias (prueba T de muestras independientes). Con estos resultados hemos elaborado la discusión y las respectivas conclusiones. Finalmente esta información nos permitió elaborar un diseño de intervención focalizado en la personalidad en los jóvenes que presentan depresión subclínica.

CAPÍTULO 2: RESULTADOS

En este apartado se presentan los resultados en relación al análisis estadístico de las variables depresión, personalidad y sociodemográficas. Se muestran las características sociodemográficas de los sujetos evaluados, la prevalencia de los rasgos de personalidad, la prevalencia de depresión y finalmente la correlación de estas dos variables.

TABLA 1: Características sociodemográficas (Frecuencias)

VARIABLES	DESCRIPTIVOS	
	N	%
Sexo		
Hombre	240	48
Mujer	260	52
Estado civil		
Nunca Casado/a	448	89.6
Alguna vez casado/a	52	10.4
Ocupación		
Estudiante que trabaja	115	23
Trabajador que estudia	35	7
Estudiante	350	70
Procedencia		
Fuera de Loja	171	34.2
De Loja	329	65.8
Estado de Vivienda		
Propia	318	63.6
Arrendada	182	36.4
Con quién vive		
Solo	60	12
Con alguien	440	88
Sensación de Descanso		
Si	285	57
No	215	43
Actividad Física		
Inferior a 30 min	219	43.8
Superior a 30 min IM	165	33
Superior a 30 min IA	116	23.2
Medicamentos		
Si	25	5
No	475	95
Salud General		
Muy mala	1	2
Mala	17	3.4
Normal	217	43.4
Buena	206	41.2
Muy Buena	59	11.8

Fuente: Encuesta Ad-hoc sociodemográfica estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

TABLA 2: Características sociodemográficas (Medidas de tendencia central)

VARIABLES	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
Edad	21.49	2.808
Años en Loja	14.04	9.409
Convivientes Casa	3.17	2.109
Horas de Sueño	6.84	2.059
Horas de trabajo	7.16	3.58
Horas de ocio	3.37	2.244
Faltas a clases	0,6	1.483

Fuente: Encuesta Ad-hoc sociodemográfica estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

Las características sociodemográficas de los participantes en el estudio se muestran en la Tabla 1 y 2. Todos los indicadores fueron respondidos por el 100% de los estudiantes. La muestra de estudio en su mayoría eran mujeres con un 52%; el promedio de edad de los estudiantes es de 21.49 años ($DT=2.808$); en la distribución para la variable estado civil nos muestra que el 10.4 % estuvieron alguna vez casados; el 30% de los estudiantes trabajan, el promedio de horas al día de trabajo es de 7.16 ($DT=3.58$). El 34.2 % no provienen de la ciudad de Loja, el 12% vive solo. En relación a la sensación de descanso un alto porcentaje menciona no sentirse descansado luego de dormir (43%); el promedio de horas de sueño es de 6.84 ($DT=2.059$). Además el 43.8 % realiza actividad física inferior a 30 minutos al día; y el promedio de las horas de ocio es de 3.37 al día ($DT=2.244$). Respecto a la variable salud en general el 5.4 % de los estudiantes mencionan que su salud es mala o muy mala y el 5% ha tomado medicamento psicotrópico.

TABLA 3: Medidas de tendencia central rasgos de personalidad, Cuestionario SEAPSI

VARIABLES	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
Anancástico	3.83	2.034
Paranoide	3.64	1.883
Ciclotímico	3.55	2.053
Histriónico	3.68	2.034
Evitativo	1.99	2.125
Dependiente	3.10	1.932
Esquizotípico	2.38	1.892
Esquizoide	1.76	1.710
Disocial	1.30	1.484
Inestable	2.09	1.843

Fuente: Cuestionario de Personalidad SEAPSI estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

En la tabla 3 podemos observar los promedios de puntaje bruto obtenido por los sujetos en cada uno de los rasgos de personalidad ($n = 500$). El rasgo con mayor puntaje es el anancástico con 3.83 ($DT=2.034$), seguido del histriónico con 3.62 ($DT=2.034$). Los de menor frecuencia son el disocial con 1.3 ($DT=1.843$) y esquizoide 1.76 ($DT=1.710$).

TABLA 4: Medidas de tendencia central de puntajes T de las subdimensiones personalidad, Cuestionario BIG FIVE.

VARIABLES	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
Dinamismo	38.96	5.316
Dominancia	39.24	5.212
Coordialidad	38.15	5.037
Cooperacion	39.52	4.877
Escrupulosidad	38.24	5.147
Perseverancia	42.27	5.885
Control de emocionaes	37.33	6.227
Control de impulsos	35.14	6.131
Apertura a la cultura	39.13	5.554
Apertura a la experiencia	40.92	4.884
Distorsión	33.51	5648

Fuente: Cuestionario de Personalidad Big Five estudiantes universitarios
Elaboración: Tesista

En la tabla 4 se resumen los promedios de las puntuaciones T, obtenidas por los estudiantes en las subdimensiones del Big-Five ($n = 500$). La sub-dimensión perseverancia presenta mayor puntuación media de 42.27 ($DT=5.885$), seguida de apertura a la experiencia con 40.92 ($DT=4.884$).

TABLA 5: Medidas de tendencia central de puntajes T de los 5 rasgos de personalidad, cuestionario BIG FIVE.

VARIABLES	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
Energía	43.04	9.060
Afabilidad	44.59	8.561
Tesón	41.58	8.139
Estabilidad emocional	49.47	7.739
Apertura mental	43.14	8.716

Fuente: Cuestionario de Personalidad Big Five estudiantes universitarios
Elaboración: Tesista

En relación a los puntajes T de los 5 rasgos de personalidad del cuestionario BIG FIVE ($n = 500$), el rasgo que tiene mayor promedio es estabilidad emocional con el 49.47 ($DT=7.739$), seguido de afabilidad con 44.59 ($DT=8.561$).

TABLA 6: Medidas de tendencia central de puntajes T de las subdimensiones personalidad, cuestionario BIG FIVE. (Sujetos Sinceros $n=228$)

VARIABLES	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
Dinamismo	39.25	5.448
Dominancia	39.62	5.581
Coordialidad	38.36	4.667
Cooperación	39.48	4.684
Escrupulosidad	38.10	5.494
Perseverancia	42.41	5.957
Control de emociones	36.75	6.067
Control de impulsos	34.68	5.865
Apertura a la cultura	38.80	5.302
Apertura a la experiencia	41.07	4.712
Distorsión	31.43	1.953

Fuente: Cuestionario de Personalidad Big Five estudiantes universitarios
Elaboración: Tesista

TABLA 7: Medidas de tendencia central de puntajes T de los 5 rasgos de personalidad, cuestionario BIG FIVE. (Sujetos sinceros $n=228$)

VARIABLES	MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL	
	<i>M</i>	<i>DT</i>
Energía	43.81	9.668
Afabilidad	44.79	7.703
Tesón	41.52	8.579
Estabilidad emocional	48.73	7.340
Apertura mental	42.91	8.717

Fuente: Cuestionario de Personalidad Big Five estudiantes universitarios
Elaboración: Tesista

Se repitió el análisis de medias, en la submuestra de sujetos sinceros, esto se obtuvo analizando los promedios de los sujetos que obtuvieron los puntajes óptimos de distorsión que recomienda el cuestionario BIG FIVE, ($n=228$, Puntaje T= 45-55), en la tabla 6 se describen los promedios en puntajes T de cada subdimensión, el mayor lo obtiene la subdimensión perseverancia con 42.41 ($DT=5.957$), seguida de apertura a la experiencia con una puntuación media de 41.07 ($DT=4.712$).

En la tabla 7 se describen los promedios de puntajes T por rasgo, el de mayor promedio es estabilidad emocional con 48.73 ($DT=7.340$), seguido de afabilidad con 44.79 ($DT=7.703$).

TABLA 8: Rasgo de personalidad predominante cuestionario de SEAPSI

VARIABLES	DESCRIPTIVOS	
	F	%
Anancástico	125	25
Paranoide	68	13.6
Ciclotímico	75	15
Histriónico	77	15.4
Evitativo	21	4.2
Dependiente	50	10
Esquizotípico	29	5.8
Esquizoide	9	1.8
Disocial	2	0.4
Inestable	44	8.8

Fuente: Cuestionario de Personalidad SEAPSI estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

La tabla 8 presenta la distribución de la frecuencia de los rasgos predominantes del cuestionario de personalidad SEAPSI ($n=500$), se considera un solo rasgo en el que el sujeto presente mayor puntaje. El rasgo anancástico está presente en el 25% de los sujetos como rasgo principal, seguido del histriónico con el 15.4, mientras que los rasgos menos prevalentes como principales son el disocial con el 0.4% y esquizoide con el 1.8%.

TABLA 9: Rasgo de personalidad predominante cuestionario de BIG FIVE

VARIABLES	DESCRIPTIVOS	
	F	%
Energía	73	14.7
Afabilidad	65	13.1
Tesón	35	7
Estabilidad emocional	312	62.8
Apertura mental	52	10.5

Fuente: Cuestionario de Personalidad Big Five estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

*Se incluyen sujetos que presentan multirasgo

TABLA 10: Rasgo de personalidad predominante cuestionario de BIG FIVE (Sujetos sinceros n=228)

VARIABLES	DESCRIPTIVOS	
	F	%
Energía	41	18
Afabilidad	29	12.7
Tesón	18	7.9
Estabilidad emocional	135	59.2
Apertura mental	25	11

Fuente: Cuestionario de Personalidad Big Five estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

*Se incluyen sujetos que presentan multirasgo

En la tabla 9 podemos observar la distribución de la frecuencia de los rasgos predominantes del cuestionario de personalidad BIG FIVE ($n=500$), en este cuestionario se consideraron también los sujetos que tenían dos rasgos como predominantes, y se los incluyó en el conteo. El rasgo más frecuente entre los participantes es la estabilidad emocional con el 62.8%. En la tabla 10 se realizó el mismo análisis con los sujetos sinceros ($n=228$) y se obtuvo un resultado similar aunque el porcentaje del rasgo estabilidad emocional bajó al 59,2%. En los dos análisis el segundo rasgo es energía con 14,7% y 18% respetivamente. El rasgo que menos se presenta en ambos análisis es Tesón con el 7% y 7,9%.

TABLA 11: Confiabilidad cuestionarios de personalidad.

Instrumento	CONFIABILIDAD		
	N	# ítems	Indicador fiabilidad
BFQ	500	132	0,851
SEAPSI	500	100	0,79
BFQ	228	132	0,785
SEAPSI	228	100	0,807
BFQ	113	132	0,82
SEAPSI	113	100	0,783

Fuente: Cuestionario de Personalidad Big Five y SEAPSI estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

La tabla 11 presenta la confiabilidad de los instrumentos de personalidad considerando la muestra total ($n=500$), la submuestra de sujetos sinceros ($n=228$) y la submuestra de sujetos con depresión subclínica ($n=113$), en la misma se observa que la puntuación de confiabilidad del BFQ 0.851 con ($n=500$) disminuye significativamente en las otras dos submuestras, 0.785 ($n=228$) y 0.82 ($n=113$). Al contrario de lo que ocurre con las puntuaciones de confiabilidad del cuestionario

SEAPSI, donde el puntaje de confiabilidad bajo el test de las dos mitades, aumenta de 0.79 ($n=500$) a 0.807 ($n=228$) pero disminuye a 0,783 ($n=113$).

TABLA 12: Prevalencia síntomas BDI

SÍNTOMAS	ANÁLISIS DE SÍNTOMAS BDI							
	1		2		3		4	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Percepción de tristeza o estado de ánimo	388	77.6	94	18.8	17	3.4	1	0.2
Pesimismo	409	81.8	52	10.4	32	6.4	7	1.4
Sentimientos de fracas	436	87.2	46	9.2	17	3.4	1	0.2
Insatisfacción	294	58.8	168	33.6	23	4.6	15	3.0
Sentimientos de culpa	347	69.4	132	26.4	12	2.4	9	1.8
Sentimientos de castigo	350	70.0	122	24.4	27	5.4	1	0.2
Odio a sí mismo	412	82.4	81	16.2	5	1.0	2	0.4
Autoacusación	293	58.6	175	35.0	20	4.0	12	2.4
Impulsos suicidas	440	88.0	57	11.4	2	0.4	1	0.2
Periodos de llanto	384	76.8	39	7.8	8	1.6	69	14
Irritabilidad	300	60.0	115	23.0	22	4.4	63	13
Aislamiento social	343	68.6	127	25.4	25	5.0	5	1.0
Indecisión	400	80.0	47	9.4	49	9.8	4	8.0
Imagen corporal	409	81.8	61	12.2	29	5.8	1	0.2
Capacidad laboral	368	73.6	95	19.0	34	6.8	3	0.6
Trastorno del sueño	221	44.2	246	49.2	24	4.8	9	1.8
Cansancio	260	52.0	216	43.2	21	4.2	3	0.6
Pérdida de apetito	376	75.2	95	19.0	28	5.6	1	0.2
Pérdida de peso	385	77.0	81	16.2	22	4.4	12	2.4

Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI) estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

*4 Mayor severidad del síntoma

Al preguntar a los 500 estudiantes sobre la presencia de 19 síntomas propuestos en el Inventario de Depresión de Beck (BDI) ($n=500$), en la tabla 12 se describe que los síntomas con mayor severidad, son el llanto con el 13.8% seguido de la irritabilidad con el 12.6%. Además se observa que el 55.8% de los estudiantes presentan el síntoma de trastornos del sueño aunque el nivel de severidad va desde leve a un 1,8% que manifiestan que es grave en intensidad.

TABLA 13: Prevalencia síntomas SDS

SÍNTOMAS	ANÁLISIS DE SÍNTOMAS SDS							
	1		2		3		4	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Me siento decaído y triste	356	71.2	119	23.8	20	4.0	5	1.0
Por la mañana es cuando me siento mejor	177	35.4	141	28.2	98	19.6	84	16.8
Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto	421	84.2	62	12.4	15	3.0	2	0.4
Tengo problemas para dormir por la noche	283	56.6	130	26.0	59	11.8	29	5.6
Como la misma cantidad de siempre	195	39.0	102	20.4	87	17.4	116	23.2
Todavía disfruto del sexo	230	46.0	79	15.8	43	8.6	148	29.6
He notado que estoy perdiendo peso	320	64.0	100	20.0	53	10.6	27	5.4
Tengo problemas de estreñimiento	413	82.6	53	10.6	22	4.4	12	2.4
Mi corazón late más rápido de lo normal	336	67.2	109	21.8	41	8.2	14	2.8
Me canso sin razón alguna	316	63.2	110	22.0	50	10.0	24	4.8
Mi mente esta tan clara como siempre	216	43.2	129	25.8	85	17.0	70	14.0
Me es fácil hacer lo que siempre hacía	184	36.8	128	25.6	91	18.2	97	19.4
Me siento agitado y no puedo estar quieto	289	57.8	116	23.2	63	12.6	32	6.4
Siento esperanza en el futuro	249	49.8	110	22.0	66	13.2	75	15.0
Estoy más irritable de lo normal	317	63.4	102	20.4	58	11.6	23	4.6
Me es fácil tomar decisiones	142	28.4	155	31.0	110	22.0	93	18.6
Siento que soy útil y me necesitan	204	40.8	156	31.2	82	16.4	58	11.6
Mi vida es bastante plena	219	43.8	157	31.4	73	14.6	51	10.2
Siento que los demás estarían mejor si muriera	422	84.4	37	7.4	25	5.0	16	3.2
Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes	208	41.6	134	26.8	97	19.4	61	12.2

Fuente: Escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS) estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

*4 Mayor severidad del síntoma

Al preguntar a los 500 estudiantes sobre la presencia de 20 síntomas propuestos en el Inventario de Depresión de Zung (SDS) ($n=500$), en la tabla 13 se describe que los síntomas con mayor presencia son la insatisfacción con las relaciones sexuales (29.6%) y la falta de apetito (23.2%).

TABLA 14: Confiabilidad inventarios de depresión.

<i>Instrumento</i>	CONFIABILIDAD		
	<i>n</i>	<i># items</i>	<i>Indicador fiabilidad</i>
BDI	500	19	0,784
SDS	500	20	0,632
BDI	228	19	0,775
SDS	228	20	0,654
BDI	113	19	0,704
SDS	113	20	0,543

Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI), escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS) estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

La tabla 14 presenta la confiabilidad de los instrumentos de sintomatología depresiva, considerando la muestra total ($n=500$), la submuestra de sujetos sinceros ($n=228$) y la submuestra de sujetos con depresión subclínica ($n=113$). Se observa que la puntuación de confiabilidad del BDI 0.784 con ($n=500$) disminuye en las otras dos submuestras, 0.775 ($n=228$) y 0.704 ($n=113$). En el caso de SDS, siempre tiene valores de confiabilidad más bajos que el BDI, incluso inferiores a lo esperado para un instrumento estandarizado, sus puntajes de confiabilidad son: 0.632 ($n=500$) a 0.654 ($n=228$) pero disminuye a 0,543 ($n=113$).

TABLA 15: Prevalencia de depresión subclínica.

Variable	PREVALENCIA DE DEPRESIÓN		
	Rango	f	%
BDI	Normal	387	77.4
	Leve	84	16.8
	Intermitente	21	4.2
	Moderado	8	1.6
	M		6.64
	DT		5.282
SDS	Normal	500	100
	Ligeramente deprimido	–	–
	Moderadamente deprimido	–	–
	Severamente deprimido	–	–
	M		23.61
	DT		6.622

Fuente: Inventario de Depresión de Beck (BDI), escala de autoevaluación para la depresión de Zung (SDS) estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

En relación a la prevalencia de depresión, no se encontraron casos con depresión grave y severa según el Inventario de Depresión de Beck (BDI), por lo tanto solo hay casos de depresión subclínica. En la tabla 15 observamos que el 22.6% de los estudiantes presentan síntomas clínicos de depresión. Con el test SDS, no se encontraron casos de depresión ni de depresión subclínica.

TABLA 16: Correlaciones variables independientes y depresión.

RASGO	CORRELACIONES DEPRESIÓN		
	n	R	P
Esquizotípico	500	0.111	0.013
Esquizoide	500	0.108	0.016
Horas de sueño	500	-0.158	0.000
Faltas a clases	500	0.091	0.043

Fuente: Encuesta Ad-hoc, Cuestionario SEAPSI, Big Five, BDI, SDS estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

En la tabla 16 se muestran los puntajes de correlación significativa, que se obtuvieron al cruzar los puntajes obtenidos en el BDI, y todas las variables independientes sociodemográficas y de personalidad. Se obtuvieron relaciones débiles aunque estadísticamente significativas entre depresión y el rasgo esquizotípico ($r=0.111$) y esquizoide ($r=0.108$), y con las horas de sueño del estudiante ($r= - 0.158$) y los días que ha faltado a clases en el último semestre ($r=0.091$).

TABLA 17: Asociación entre variables independientes y depresión subclínica. (Chi²)

Variable	Rango	CON DEPRESION SUB CLÍNICA			SIN DEPRESION SUB CLÍNICA		x ²	P
		n	f	%	F	%		
Salud general	Muy mala		1	0.9	0	0.0	9.593	0.048
	Mala		7	6.2	10	2.6		
	Normal	500	49	43.4	168	43.4		
	Buena		48	42.5	158	40.8		
	Muy buena		8	7.1	51	13.2		
Medicamentos*	Si	500	8	7.1	17	4.4	0.324	0.180
	No		105	92.9	370	95.6		
Actividad física	Inferior a 30 min		42	37.2	117	45.7	3.528	0.171
	Superior a 30 min IM	500	45	39.8	120	31.0		
	Superior a 30 min IA		26	23.0	90	23.3		
Sensación descanso*	Si	500	61	54.0	52	46.0	0.517	0.264
	No		224	57.9	163	42.1		
Con quien vive*	Solo	500	15	13.3	45	11.6	0.624	0.371
	Con alguien		98	86.7	342	88.4		
Estado de vivienda*	Propia	500	76	67.3	242	62.5	0.376	0.210
	Arrendada		37	32.7	145	37.5		
Ciclo academico	1		20	17.7	95	24.5	9.261	0.414
	2		6	5.3	14	3.6		
	3		13	11.5	73	66.6		
	4		6	5.3	18	4.7		
	5	500	12	10.6	27	7.0		
	6		7	6.2	24	6.2		
	7		18	15.9	56	14.5		
	8		7	6.2	23	5.9		
	9		16	14.2	36	9.4		
	10		8	7.1	21	5.4		
Estado civil*	Nunca casado	500	101	89.4	347	89.7	1.000	0.525
	Alguna vez casado		12	10.6	40	10.3		
Ocupación	Estudiante que trabaja		35	31.0	80	20.7	9.571	0.008
	Trabajador que estudia	500	12	10.6	23	5.9		
	Estudiante		66	58.4	284	73.4		
Procedencia*	Loja	500	76	67.3	253	65.4	0.737	0.400
	Fuera de Loja		37	32.7	134	34.6		
Sexo	Masculino	500	58	51.3	182	47.0	0.454	0.243
	Femenino		55	48.7	205	53.0		

Fuente: Encuesta Ad-hoc, BDI estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

Respecto a la relación de los estudiantes que presentan depresión subclínica con otras variables en la tabla 17 observamos que hay asociación con estado de salud ($\chi^2= 9,593$, $p=0,048$) y con la variable ocupación ($\chi^2= 9,571$, $p=0,008$). El 7.1% de los estudiantes con depresión subclínica menciona tener mala y muy mala salud mientras que el 2.6% de los que no presentan esta condición dice presentar mala y muy mala salud. El 41.6% de los estudiantes con depresión subclínica trabajan, mientras que el 26.6% de los que no son caso están trabajando.

TABLA 18: Comparación de medias según presencia de depresión subclínica.

Variable	Depresión Subclínica	N	M	DT	T	P
Edad	No Caso	387	21,4	2,87	-1,37	0,354
	Caso	113	21,81	2,59		
Años en Loja	No Caso	387	13,63	9,52	-1,8	0,068
	Caso	113	15,44	8,92		
Convivientes casa	No Caso	387	3,15	2,08	-0,39	0,301
	Caso	113	3,24	2,21		
	No Caso	387	6,96	1,98	2,46	
Horas sueño	Caso	113	6,42	2,27		0,044
Horas de trabajo	No Caso	387	7,13	3,57	-0,26	0,828
	Caso	113	7,23	3,63		
Horas de ocio	No Caso	387	3,43	2,23	1,09	0,426
	Caso	113	3,17	2,28		
Faltas a clases	No Caso	387	0,51	1,12	-2,67	0,003
	Caso	113	0,93	2,31		
	No Caso	387	3,8	2,05	-0,67	
Anancástico	Caso	113	3,95	1,98		0,35
	No Caso	387	3,61	1,93	-0,64	
Paranoide	Caso	113	3,74	1,72		0,16
	No Caso	387	3,54	2,03	-0,11	
Ciclotímico	Caso	113	3,57	2,13		0,307
	No Caso	387	3,69	2,09	0,11	
Histriónico	Caso	113	3,66	1,85		0,203
	No Caso	387	1,85	2,07	-2,77	
Evitativo	Caso	113	2,48	2,25		0,241
	No Caso	387	3,02	1,88	-1,75	
Dependiente	Caso	113	3,38	2,08		0,407
	No Caso	387	2,21	1,81	-3,58	
Esquizotípico	Caso	113	2,93	2,06		0,054
	No Caso	387	1,64	1,63	-2,92	
Esquizoide	Caso	113	2,17	1,91		0,065
	No Caso	387	1,23	1,48	-1,96	
Disocial	Caso	113	1,54	1,48		0,805
	No Caso	387	2,04	1,88	-0,99	
Inestable	Caso	113	2,24	1,69		0,097

Fuente: Encuesta Ad-hoc, Cuestionario SEAPsl, Big Five, BDI, SDS estudiantes universitarios
Elaboración: Tesista

TABLA 18.1: Comparación de medias según presencia de depresión subclínica.

Variable	Depresión Subclínica	N	M	DT	T	P
Dinamismo	No Caso	384	38,94	5,26	-0,18	0,246
	Caso	113	39,04	5,51		
Dominancia	No Caso	384	39,36	5,19	0,95	0,411
	Caso	113	38,83	5,29		
Coordialidad	No Caso	384	38,33	4,96	1,43	0,363
	Caso	113	37,56	5,27		
Cooperación	No Caso	384	39,47	4,73	-0,39	0,185
	Caso	113	39,67	5,38		
Escrupulosidad	No Caso	384	38,2	5,05	-0,29	0,249
	Caso	113	38,36	5,49		
Perseverancia	No Caso	384	42,45	6,01	1,25	0,045
	Caso	113	41,66	5,4		
Control de emociones	No Caso	384	37,54	6,13	1,36	0,337
	Caso	113	36,63	6,54		
Control de impulsos	No Caso	384	35,21	6,16	0,44	0,839
	Caso	113	34,92	6,07		
Apertura a la cultura	No Caso	384	39,19	5,53	0,45	0,638
	Caso	113	38,92	5,64		
Apertura a la experiencia	No Caso	384	41,04	4,98	1	0,257
	Caso	113	40,51	4,56		
Energía	No Caso	384	43,18	8,93	0,65	0,193
	Caso	113	42,55	9,53		
Afabilidad	No Caso	385	44,74	8,35	0,7	0,177
	Caso	113	44,1	9,27		
Tesón	No Caso	384	41,72	8,25	0,68	0,419
	Caso	113	41,12	7,75		
Estabilidad emocional	No Caso	384	49,66	7,76	1	0,981
	Caso	113	48,83	7,66		
Apertura mental	No Caso	384	43,34	8,72	0,94	0,725
	Caso	113	42,47	8,72		

Fuente: Encuesta Ad-hoc, Cuestionario SEAPsl, Big Five, BDI, SDS estudiantes universitarios

Elaboración: Tesista

Al comparar los promedios de las diversas variables independientes de este estudio Tabla 18.1 y 18.2, se encontraron diferencias de medias con significancia estadística en: horas de sueño diarias ($t=2.46$, $p=0.044$) quienes no tienen depresión subclínica duermen en promedio más tiempo ($m=6,96$), número de días que falta a clases al semestre ($t= -2.67$, $p=0.003$), los estudiantes que más faltan son los que tienen caso de depresión subclínica con 0,93 días de inasistencia como promedio y en la subdimensión de personalidad “perseverancia” ($t=1.25$, $p=0.045$), los no caso tienen mayor puntaje en ese rasgo ($m=42.45$).

CAPÍTULO 3: DISCUSIÓN

En relación con rasgos de personalidad en ($n= 500$) de los cinco grandes rasgos de personalidad, los más prevalentes son estabilidad emocional (EE +) y energía (E +) mientras que Tesón (T-) es el menos prevalente en esta muestra, esto nos revela que los sujetos se autodefinen como tranquilos, equilibrados y pacientes además de dinámicos y extrovertidos, y muestran menos características relacionadas a la responsabilidad, orden y diligencia. Lo cual es contradictorio con los resultados obtenidos en el SEAPSI, debido a que en este el rasgo de personalidad más prevalente es el anancástico (A +) donde el estudiante prefiere la búsqueda de perfección, que en ocasiones interfiere en la actividad práctica, rectitud y escrupulosidad muestran preocupación por los detalles, orden, y reglas, en general apego al trabajo y productividad; y el rasgo histriónico (H+) donde se evidencia la búsqueda constante de apoyo y elogio, vanidad en su apariencia y conducta, utilización permanente del aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo, exageración en la expresión de sus emociones comportándose de manera dramática, tendencia a la teatralidad según el cuestionario SEAPSI, sin embargo cuando se analizan los puntajes T de los subrasgos de personalidad del Big Five, es consistente que en todas las submuestras el promedio de puntaje más alto se obtiene en perseverancia. En base a estos resultados, es importante considerar que existe un nivel de deseabilidad de los estudiantes universitarios por mostrar este tipo de rasgo, como lo menciona, (Ellington, Sackett, & Hough, 1999), la deseabilidad social o distorsión de la respuesta ha sido definida como "la tendencia a contestar a los ítems de modo que se responde a las presiones sociales o normativas en lugar de proporcionar un autoinforme verídico" y la sociedad ecuatoriana en su mayoría promueve como deseables características de comportamiento y de conducta orientadas hacia el perfeccionismo, la sumisión, el cumplimiento de las normas, la moralidad y religiosidad. Además es necesario comparar entre el BIG FIVE y el SEAPSI, estos dos cuestionarios aunque miden la dimensión de personalidad tienen características diferentes (estructura, preguntas, respuestas, confiabilidad, etc.) el primero presenta una escala de distorsión (D) que evita que los sujetos evaluados den una imagen favorable o desfavorable de sí mismos, además este test en su versión de 132 ítems presenta una escala de respuesta de forma líker, ahora bien el segundo cuestionario presenta una escala de respuesta dicotómica donde el evaluado debe identificarse o no con la frase presentada, esto induce a que se atribuya o no el rasgo, no da opción a identificar un nivel intermedio del mismo, lo cual estimula la deseabilidad en los sujetos que no están contestando en forma sincera, esto queda demostrado al momento de analizar como sube el nivel de confiabilidad del test SEAPSI cuando se compara el coeficiente obtenido con todos los sujetos versus el que se obtiene solo con los que pasan el criterio de distorsión del BIG FIVE.

Los rasgos de personalidad más prevalente en los sujetos con depresión subclínica no varían considerando el cuestionario de personalidad BIG FIVE y el SEAPsl. Es importante tener en consideración la propuesta del modelo integrativo focalizado en la personalidad, sobre la importancia de considerar los rasgos de la persona que padece un trastorno, en este caso la depresión subclínica. Su referente el (Balarezo L. , 2010), al respecto menciona que, en la personalidad interfieren procesos biológicos, procesos familiares, sociales, procesos afectivos y conductuales, que determinan una personalidad única, pero puede compartir características comunes con otros, como se mencionó anteriormente la sociedad ecuatoriana promueve rasgos anacásticos como los deseables socialmente, y todos aquellos que vayan en contra de este tipo de características de comportamiento o de cogniciones, tienden socialmente a ser tachados como: rebeldes, libertinos, entre otros adjetivos posiblemente más fuertes. La idiosincrasia Ecuatoriana, aún promueve ciertos valores como deseables, entre ellos: el orden, perfección, seguir las reglas y ser responsable, por lo que no es sorprendente encontrar en este grupo de estudiantes universitarios, que lo anancástico y la perseverancia sean los más prevalentes incluso en quienes tienen depresión subclínica, sería interesante un análisis de este mismo rasgo, en sociedades con jerarquía de valores diferentes, por ejemplo en países europeos comparados con los latinos. Sin embargo otros estudios en población universitaria, han encontrado que: en los universitarios colombianos, existe un mayor uso de estilos de afrontamiento activos, centrados en el problema, reevaluación positiva y búsqueda de apoyo social, y un menor uso de aquellos estilos considerados pasivos y centrados en la emoción. (Espinosa, Contreras, & Esguerra, 2009), lo que nos sugiere que si se les pregunta cómo afrontan el estrés la deseabilidad social también direcciona hacia respuestas que estarían relacionadas con el tipo de personalidad extrovertida y con rasgos de estabilidad emocional, en contra de aquellas tendencias propias de estilos cognitivos, de déficit relacional y emocionales entre los cuales está el anacástico, el ciclotímico, paranoide e histriónico, los esquizoides, evitativos, esquizotípicos y dependientes. Este punto es importante analizar al momento de plantear alternativas de intervención. Para ello se recomienda reducir al máximo la deseabilidad social con el fin de obtener respuestas sinceras que orienten un correcto proceso de intervención, siendo necesario pasar de los autoinformes a heteroevaluación de la personalidad.

La incidencia de depresión en la muestra de estudiante universitarios de la ciudad de Loja es del (21%) con el Inventario de Depresión de Beck estos resultados se asemejan a los encontrados por (Arrivillaga, Cortés, Goicochea, & Lozano, 2003) donde indican que un 30% de jóvenes de la Pontificia Universidad Javeriana de Colombia presentan algún nivel de depresión, véase también (Ahmed K. Ibrahim, 2012).

En cuanto a los factores relacionados con la depresión subclínica hemos encontrado que hay asociaciones con: estar trabajando y estudiando, la autopercepción de salud general, estos dos pueden ser considerados factores desencadenantes del estado de ánimo negativo, también se encontraron relaciones con consecuencias del estado emocional negativo como son con: menos cantidad de horas de sueño diario y mayor cantidad de días que se ausentan de clases en los sujetos con depresión subclínica. El trabajar y estudiar al mismo tiempo produce una sobrecarga de actividades que pueden generar mayor cantidad de estrés, y éste desencadenar sintomatología depresiva, de igual forma el mal estado de salud es un estresante vital que puede ocasionarla. Al respecto, (Barra, Cerna, Kramm, & Velíz, 2006), al estudiar a estudiantes universitarios chilenos, encontraron que la ocurrencia y frecuencia de problemas de salud reportados se relacionan claramente con el número de eventos estresantes, con el impacto de tales eventos, con el estrés percibido y con el ánimo depresivo, además el impacto de eventos estresantes tienen relaciones significativas con el estrés percibido y con el ánimo depresivo. También se ha encontrado que los trastornos del sueño son un predictor significativo de la depresión. (Field, Hernandez, Figueiredo, Schanberg, & Kuhn, 2006), y cuando se analiza los informes de trastornos del sueño en estudiantes universitarios deprimidos, se encuentra una mayor latencia para dormir y un mayor número de despertares (Kawada, Katsumata, Suzuki, & Shimizu, 2007), además los trastornos del sueño y la depresión están altamente relacionados con los desequilibrios fisiológicos y bioquímicos (Field, Hernandez, Figueiredo, Schanberg, & Kuhn, 2006). En nuestro estudio, es necesario recordar que los problemas de sueño son el principal síntoma que se ha encontrado en los estudiantes universitarios, y es necesario que en futuras investigaciones se evalúe el impacto que esto tiene en otros campos como: el rendimiento académico, sus capacidades cognitivas, su nivel de irritabilidad, el ausentismo a clases, especialmente en el grupo con mayor vulnerabilidad que serían los estudiantes que trabajan.

Y en cuanto a la personalidad los factores asociados en forma positiva son los rasgos, esquizoide y esquizotípico, pues a mayor nivel de éstos mayor es el puntaje de depresión, aunque sus niveles de correlación son débiles pero estadísticamente significativos. Esto es importante tener en cuenta pues muchos de los síntomas de la depresión como por ejemplo el aislamiento social pueden ser tomados como algo anormal e indeseable, pero justamente para estos dos tipos de personalidad no lo son y de hecho no les causa malestar, sin embargo síntomas como este pueden direccionar el sentido de las relaciones encontradas. Finalmente en relación a la personalidad encontramos como factor protector el tener mayor puntaje en perseverancia, lo que como se había mencionado hay que analizarlo partiendo desde la perspectiva de una posible deseabilidad social. La literatura científica es consistente al asociar la depresión con atributos, temperamento y personalidad como la emocionalidad negativa, disminución del control de la atención, de la inhibición de la conducta, y con el neuroticismo. (Thapar, Collishaw, Pine, & Trapar, 2012). El encontrar la perseverancia como rasgo

protector, se contradice con algunos resultados obtenidos en otras investigaciones, que muestran a otros factores como la extroversión y bajo neuroticismo, por ejemplo (Sobral, Villar, Romero, Gómez-Fraguela, & Luengo, 2013), exponen que existe una relación entre extroversión y afecto positivo, y entre neuroticismo y afecto negativo, además de relaciones directas significativas con apertura mental y con afecto positivo, amabilidad se relaciona inversamente con afecto negativo y responsabilidad se relaciona con los dos tipos de afecto. Otro estudio, también coincide en que la extroversión se correlacionó significativamente en forma directa con el afecto positivo, y en forma indirecta con el afecto negativo, mientras que el neuroticismo correlacionaron significativamente con afecto negativo, para depresión (Cheng & Furnham, 2003).

Estudios de seguimiento e intervención en pacientes deprimidos, muestran además cambios en sus rasgos de personalidad, por ejemplo en el estudio (Jain, Blais, Otto, Hirshfeld, & Sachs, 1999) encontraron que en los pacientes con depresión grave después del tratamiento exitoso, se reflejaba que las puntuaciones de apertura a la experiencia se mantienen elevadas y además se muestra una disminución significativa en neuroticismo y aumento en las puntuaciones en extroversión. Con esto se reitera que el neuroticismo es el factor más relacionado con la psicopatología, mientras que la afabilidad y extroversión son los factores protectores asociados con la salud mental positiva. (Kotov, Gamez, Schmidt, & Watson, 2010; Lamers, Westerhof, Viktória, & Bohlmeijer, 2012). De igual manera estudios de metanálisis de depresión en estudiantes universitarios, (Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005) encontraron que el patrón de personalidad asociado a trastornos mentales es: alto neuroticismo, baja conciencia, bajo agradabilidad y baja extroversión.

Finalmente es de suma importancia mencionar que no es suficiente la evaluación y el diagnóstico de este trastorno, es crucial que se planteen estrategias de prevención como propuesta de intervención para estas poblaciones, considerando características específicas de nuestros estudiantes universitarios, como mencionan (Thapar, Collishaw, Pine, & Trapar, 2012) en su artículo "A pesar de la importancia mundial de la depresión en la adolescencia, existen muchas lagunas en el conocimiento. Un mayor desarrollo de, métodos, formas pragmáticas de detectar, evaluar, y el tratamiento de la depresión en adolescentes en contextos especializados y países de ingresos bajos y medianos es una prioridad importante en vista de la escasez de recursos. Por último por la complejidad y los costos asociados con el tratamiento de la depresión en adolescentes aún no está establecida o no están claros los programas y políticas que pretendan trabajar en este aspecto.

CONCLUSIONES

El rasgo que predomina según el cuestionario de personalidad SEAPSI es anancástico, seguido del histriónico, mientras que los rasgos menos prevalentes son el disocial y esquizoide. Considerando el cuestionario de personalidad Big Five el rasgo que prevalece es estabilidad emocional, seguido de energía y el rasgo que menos se presenta es tesón. Seleccionando los que cumplen el criterio de distorsión (sinceridad), los resultados se mantienen. Seleccionando solo los sujetos con depresión subclínica, según el Cuestionario de Personalidad SEAPSI son: anancástico, seguido de dependiente y el rasgo que menos frecuente es el esquizoide seguido del evitativo. Mientras que esta submuestra, según el Cuestionario de Personalidad Big Five los más frecuentes son estabilidad emocional seguido de energía y el rasgo menos frecuente es tesón.

En el análisis de prevalencia de depresión se concluye que el 77.4 % no presenta ningún síntoma de depresión, mientras que en el 16.8% presenta una depresión leve, el 4.2% intermitente y 1.6% depresión moderada, es decir el 22.6% de los estudiantes presentan depresión subclínica. Los síntomas del BDI que más se presentan son los periodos de llanto, la irritabilidad y en más de la mitad de sujetos las dificultades del sueño, en el cuestionario SDS los síntomas con mayor presencia son la insatisfacción con las relaciones sexuales y la falta de apetito.

La variable depresión tiene correlaciones débiles con el rasgo esquizotípico, y esquizoide de la personalidad, al comparar los puntajes entre casos y no casos de depresión subclínica y los no caso tienen mayor puntaje en la subdimensión de personalidad "perseverancia" del Big Five. Finalmente se encontró asociación entre ser caso de depresión subclínica, el estado de salud y la ocupación, además quienes no tienen depresión subclínica duermen en promedio más tiempo y tienen menos inasistencias al semestre que los casos identificados.

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PARA DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DESDE EL MODELO EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

1. ANTECEDENTES

La depresión en adolescentes es una patología compleja, con múltiples factores de riesgo, que en ocasiones interactúan entre sí y pueden tener un efecto acumulativo. Actualmente se sabe que en el desarrollo de la depresión, interactúan factores genéticos y ambientales, siendo la carga familiar para el trastorno, el principal factor de riesgo predictivo.

En la actualidad se dispone de varias técnicas psicológicas para tratar la depresión infanto-juvenil, aunque la más extendida es la terapia cognitivo-conductual. Puesto que la depresión es un trastorno complejo que requiere soluciones complejas, investigadores y terapeutas coinciden en recomendar que los programas incluyan un amplio conjunto de objetivos terapéuticos, como sustituir los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas depresógenos, por formas de pensamientos más positivos y mejor adaptadas, combatir la pasividad mediante el incremento gradual de actividad, reducir estados emocionales negativos de tristeza, ira o ansiedad, mejorar la autoestima, fortalecer las relaciones sociales, elevar el estado de ánimo, etc., y múltiples técnicas y entrenamientos, como reestructuración cognitiva, actividades agradables, relajación, habilidades sociales, resolución de problemas, autocontrol.

La Terapia Cognitiva, al igual que la Terapia de Conducta, ofrece un planteamiento completo de la depresión, de manera que dispone de una teoría, de una evaluación diagnóstica y de un procedimiento terapéutico. Concibe la depresión en términos de pensamientos negativos sobre sí, el mundo y el futuro, debidos a ciertos esquemas depresógenos y a errores lógicos en el procesamiento de la información.

Además es importante mencionar algunas de las conclusiones a los que llegó (Blanco 2011), con una propuesta de intervención en estudiantes universitarios en España, donde mencionan que el curso de Prevención de la Depresión se encontró reducción de la sintomatología depresiva en el postratamiento y en los seguimientos a los seis meses, con respecto al pretratamiento. Se encontró una reducción moderada de la sintomatología de ansiedad en el seguimiento a los 6 meses. En la evaluación postratamiento se encontró un incremento de la autoestima con respecto al pretratamiento, que se mantuvo en los seguimientos. Las creencias irracionales se redujeron significativamente en el postratamiento y se mantuvieron las ganancias en los seguimientos a los 3 y 6 meses. Asimismo, la participación en el Curso de Prevención de la Depresión se tradujo en un incremento del número de actividades agradables en el postratamiento,

2. JUSTIFICACIÓN

Para la Organización Mundial de la salud, Las enfermedades mentales constituyen el 20% de la carga total de enfermedad, 24 % de la prevalencia y producen el 43% de las discapacidades. La Depresión, que es la gran pandemia de este siglo ocupa el segundo lugar y sus tasas se acercan a 50 / 100.000 hbts., en un segundo grupo, el tercer lugar lo ocupa la epilepsia y el cuarto el alcoholismo, con tasas cercanas a los 25 / 100.000 habitantes. En un tercer grupo están el Intento de suicidio con 15,32 / 100.000 hbts.

Los estudios hablan de que las depresiones menores, son más frecuentes en jóvenes adultos (18 a 40 años), principalmente en mujeres mientras que los hombres tenderían en edades más avanzadas.

La prevalencia de la depresión en la población general puede estimarse entre el 9 y el 20% y, aunque sólo la mitad o menos termina recibiendo atención especializada, los pacientes depresivos constituyen entre el 20 y el 25% de los pacientes que consultan al médico de familia por algún problema psiquiátrico (Bernardo, 2000).

Según el informe presentado por la Organización Panamericana de Salud 2005, solo alrededor de 25% a 35% de los ciudadanos deprimidos en los países industrializados buscan ayuda para ese problema y las cifras son aún muchos menores en las áreas rurales, pobres o en vías de desarrollo. Sin embargo, con el tratamiento adecuado, alrededor de 80% de las personas con depresión podrían conseguir una gran mejoría.

La propuesta de intervención esta diseñada considerando los resultados del segundo objetivo planteado en la investigación "Propuesta de Intervención desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad en base a la relación de depresión y rasgos de personalidad". Como conclusión a este objetivo se presenta que los niveles de depresión en los jóvenes universitarios son relativamente bajos según el Inventario de Depresión de Beck (BDI), con lo cual la elaboración de la propuesta de intervención está enfocada específicamente pensando en esta población, estableciendo niveles de ayuda para los distintos grupos. A pesar de que la muestra no presenta síntomas o niveles altos de depresión, se ha considerado una propuesta para los niveles leve (84), intermitente (21) y moderada (8) con un total de (113). Es importante mencionar otros de los resultados de esta investigación señala que no hay una relación significativa entre los niveles de depresión y los rasgos de personalidad. Sin embargo los rasgos de personalidad que presentan estos estudiantes como predominantes según el Cuestionario de Personalidad de la Sociedad Ecuatoriana de Asesoramiento y Psicoterapia Integrativa (SEAPSI) son: anancástico (A+) e histriónico (H+)y según el cuestionario de Personalidad de los Cinco Grandes BIG FIVE (BFQ) los rasgos predominantes en los estudiantes universitarios son

estabilidad emocional (EE+) y energía (E+), con lo cual los objetivos de la personalidad estarán enfocados en estos rasgos.

3. OBJETIVOS:

- 3.1. **Objetivo de asesoramiento psicológico:** Trabajar en la comprensión del cuadro depresivo a través de la psicoeducación para que interiorice la complejidad del mismo, sus rasgos sintomáticos y dependiendo de la severidad busque ayuda especializada.
- 3.2. **Objetivo de alivio sintomatológico:** Abordar los rasgos sintomatológicos asociados a la depresión, utilizando técnicas específicas con la finalidad de aliviar su intensidad, frecuencia e impacto.
- 3.3. **Objetivo de personalidad:** Adquirir recursos de afrontamiento del problema favoreciendo la capacidad de interiorizar y darse cuenta y manejar la situación por medio de ejercicios de flexibilización de rasgos de personalidad.

4. ESTABLECIMIENTO DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS POR OBJETIVO.

- 4.1. **Técnicas de Asesoramiento:** Están dirigidas a la solución de problemas intrapersonales, la solución de conflictos familiares o interpersonales o al desarrollo personal, (Balarezo 2010).
 - 4.1.1. **Disputa Racional:** “Es el principal instrumento de la terapia racional-emotiva, y consiste en el cuestionamiento abierto y directo de las creencias del cliente: ¿Cuál es la evidencia de que dispone para creer esto? ¿Es racional creer esto? Etc. En la discusión el terapeuta utiliza toda suerte de argumentos para demostrar la irracionalidad de las creencias del cliente.” (Feixas & Miró 1993) (p. 233)
 - 4.1.2. **Instrumento: El registro de aseveraciones** ayudará al terapeuta identificar de manera clara y precisa las aseveraciones en relación al padecimiento de paciente/cliente, en relación a su definición/es concepción, atribución, cambio etc, con el fin de dar una explicación teórica- científica de los síntomas o problema, con lo cual se podrá aclarar los conceptos, desmitificar, eliminar mitos, de tal forma que el paciente tenga argumentos sólidos para entender su problema y de esta manera

integrar la información paciente/terapeuta con el trabajo de las siguientes sesiones. VER ANEXO 1.

4.1.3. Instrumento: La matriz de señalamientos proporcionará al terapeuta y paciente/cliente una base de información en relación a las diversas explicaciones y señalamientos que el terapeuta establezca en función de las aseveraciones que exprese el paciente/cliente, sobre su condición u otros aspectos, este instrumento nos servirá para evaluaciones en futuras sesiones. VER ANEXO 2.

4.1.4. Biblioterapia: Consiste en recomendar lectura de textos específicos que refuercen el conocimiento cognitivo del problema por parte del cliente. (Feixas & Miró 1993) (P. 234).

4.1.5. Instrumento: Listado de ideas claves de identificación y cuestionamiento. Este instrumento ayudará tanto al paciente/cliente como al tratante, en este caso conforme el paciente/cliente vaya desarrollando la lectura del texto recomendado, el instrumento le permitirá elaborar un listado de ideas claves con las cuales se identifique o al contrario de las cuales tenga cuestionamientos, esto servirá como insumo para el trabajo en las sesiones siguientes. VER ANEXO 3.

4.1.6. Free-writing: La utilidad de este recurso es múltiple: por un lado estimula la participación activa del paciente, y de este modo favorece que éste pueda ubicarse como agente activo del proceso de su curación, lo cual optimiza este proceso, refuerza el compromiso del paciente, su motivación, su sentimiento de autoeficacia y le proporciona, además, una herramienta para encarar los conflictos cuando, por distintos motivos, la relación terapéutica se interrumpe o llega a su finalización (Frank, K.A., 2001)

4.1.7. Instrumento: Blog de notas sobre la condición, eventos asociados e intentos de cambio. Este instrumento permitirá que el paciente/cliente exteriorice de forma escrita todo en relación a su condición (problema o trastorno), los eventos asociados del mismo y finalmente los intentos de cambios efectuados por él , o por acción e influencia terceros (familiares, amigos, profesional) esto ayudará al tratante a realizar un seguimiento de los pensamientos, sentimientos y actitudes. VER ANEXO 4.

- 4.1.8. Free- talking:** Consiste en que el paciente trate de dejar venir sus ideas a la mente y decirlas tal como salgan, sin importarle el orden y la lógica. (Feixas & Miró 1993) (P. 120).
- 4.1.9. Instrumento:** Apuntes del tratante: El tratante tomará del discurso del paciente lo que le parezca más relevante y que den un aporte para el proceso terapéutico. VER ANEXO 5.
- 4.2. Técnicas de alivio sintomático:** Son aquellas que tienen como objetivo primordial la atenuación o supresión de síntomas clínicos, como modo de favorecer un retorno a la situación de homeostasis, previa a la aparición del síntoma o crisis sintomático. A sí mismo Balarezo, 2010 menciona que cuando se trabaja en el síntoma los recursos técnicos empleados son procedimientos conductuales, sistémicos o provenientes de otras corrientes.
- 4.2.1. Respiración Holotrópica:** Es una herramienta terapéutica que posibilita la exploración profunda de la vida por medio del acceso a estados holotrópicos de conciencia, cuya etimología (holos-trepein) significa “en movimiento hacia la totalidad”. Este proceso se da a partir de un ejercicio personal o grupal que conjuga hiperventilación, guía terapéutica, acompañamiento musical, ojos vendados o cerrados, trabajo corporal, dibujo de mandas y un profundo deseo de autoconocimiento, autoexploración y cuidado de sí mismo (Grof & Grof, 2011, citado en Mazorco, 2014).
- 4.2.2. Instrumentos:** Tarjeta de auto-instrucciones. La tarjeta de auto-instrucciones le permitirá al paciente acceder en cualquier momento a la información necesaria para realizar la técnica de respiración holotrópica, cuando él lo considere necesario. VER ANEXO 6.
- 4.2.3. Relajación con o sin visualización: Método de Schuzts y/o/u Método de Jacobson:** Este método se denomina también auto-relajación concentrativa y fue desarrollada por J.H. Schultz quien parte de las observaciones efectuadas sobre el hipnotismo. A través de ejercicios fisiológicos y racionales, se induce en el sujeto modificaciones globales de la persona que permitan obtener resultados de relajamiento y tranquilidad Balarezo, (2013).
- 4.2.4. Jacobson.-** La Relajación progresiva es un método de carácter fisiológico, está orientado hacia el reposo, siendo especialmente útil en los trastornos en los que

es necesario un reposo muscular intenso. El entrenamiento en relajación progresiva favorece una relajación profunda sin apenas esfuerzo, permitiendo establecer un control voluntario de la tensión distensión que llega más allá del logro de la relajación en un momento dado.

4.2.5. Instrumento: *En este caso el paciente debe seguir las instrucciones del tratante.*

4.2.6. Arte-terapia: El arte terapia es una técnica que utiliza la creación artística como herramienta para facilitar la expresión y resolución de conflictos psicológicos. Se práctica en sesiones individuales o en pequeños grupos bajo la conducción de un arte terapeuta (Asociación Profesional Española de Arte terapeutas, 2014). La función del arte-terapeuta recae en contener y ayudar a pensar, elaborar y digerir, todo lo que emerge a través de la comprensión in situ de los estados emocionales. De esta manera, es a través de la actividad creadora cómo la persona aprende comprometiéndose activa y físicamente, y al vincular los significados de su obra con sus propias vivencias obtiene más conocimiento intelectual y emocional de sí misma, lo que le será de gran utilidad a la hora de relacionarse consigo misma y con el mundo.

4.2.7. Instrumentos.- Se sugieren tres ejercicios:

1. Técnicas básicas de pintura.
2. Técnicas de moldeado.
3. Técnicas grafomotoras.

4.3. Técnicas de Personalidad.- *Cuando operamos sobre la personalidad utilizamos procedimientos cognitivos, interpretativos, de interrelación entre su historia temprana y la conducta actual o cualquier otro recurso que promueva el insight. (Balarezo 2010).*

4.3.1. F.O.D.A. DE ESTADO ACTUAL Y PROSPECTIVO: es una técnica que permite identificar o diagnosticar cuatro aspectos básicos de la personalidad.

- **Fortalezas**
- **Oportunidades**
- **Debilidades**
- **Amenazas**

- 4.3.2. Instrumento.-** Permitirá al tratante identificar características de personalidad del paciente/cliente, que a su vez ayudarán al tratante a adoptar medidas que ayuden a fortalecer o disminuir rasgos de personalidad que mejoren la calidad de vida del sujeto, dentro de las características de personalidad tanto el terapeuta como el paciente/cliente podrán identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en relación al predominio de personalidad del paciente/cliente, con la finalidad de trabajar en estas asignaciones que él atribuye a sus rasgos predominantes de personalidad, enriqueciendo las fortalezas, potenciando las oportunidades , superando debilidades y modificando las amenazas. Además esto ayudará al tratante como herramienta de seguimiento en futuras sesiones. VER ANEXO 7.
- 4.3.3. Triada cognitiva de Beck (visión negativa de sí mismo, visión negativa del entorno y visión negativa del futuro).-** Implica tres patrones en la visión idiosincrática del individuo: de sí mismo, su futuro y sus experiencias: 1. Visión negativa acerca de sí mismo. El paciente tiende a subestimarse y se critica con autoatribuciones negativas. 2. Interpretación negativa de sus experiencias. Tiene una visión del mundo caracterizada por obstáculos insuperables y demandas exageradas. Se siente derrotado y frustrado. 3. Visión negativa acerca del futuro. Anticipa que sus dificultades y sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Los síntomas del trastorno depresivo estarían ligados en gran medida a patrones del pensamiento. Por ejemplo, la poca fuerza de voluntad se correlaciona con la ideación pesimista; la dependencia de otros se correlaciona con su baja autoestima y la idea de que los otros son más competentes.
- 4.3.4. Instrumento.- Algoritmo jerárquico (1 NADA, 2 POCO y 3 MUCHO).-** El mismo permitirá identificar los pensamientos de si mismo atribuciones, con el entorno y con otros, y finalmente con su futuro, sin embargo no se limita a la identificación, además se le pide al cliente/paciente que le asigne un numero que representa la intensidad de este pensamiento. VER ANEXO 8.
- 4.3.5. Recursos de afrontamiento y resolución de conflictos: Inventario de recursos de afrontamiento, método de resolución de conflictos:** Los conflictos y las crisis afectan la calidad de la red social y desafían las habilidades de las personas para avanzar más allá de los recursos con los que contaron hasta ese momento. Habitualmente son instancias de intenso dolor para quienes están

involucrados y despiertan fuertes emociones que deben ser reconocidas y consideradas. Cuando las personas pueden flexibilizar los sistemas explicativos, las conversaciones son más productivas porque permiten adecuar los recursos y coordinaciones a las situaciones a resolver. De la misma manera, cuando las conversaciones son productivas tienen la potencialidad de flexibilizar los sistemas de creencias.

- 4.3.6. Instrumento.-** Propuesta de análisis de predominio de personalidad utilizando el CUESTIONARIO SEAPSI: (sus rasgos funcionales y disfuncionales, nivel de afectación en las áreas de desarrollo, intentos previos y nuevas estrategias de cambio): Instrumento: Cuadrante de análisis. VER ANEXO 9.

TABLA 19: Cuadro resumen plan de intervención

CUADRO RESUMEN PLAN DE INTERVENCIÓN			
OBJETIVO		TÉCNICA	INSTRUMENTO
ASESORAMIENTO	Trabajar en la comprensión del cuadro depresivo a través de la psicoeducación para que interiorice la complejidad del mismo, sus rasgos sintomatológicos y dependiendo de la severidad busque ayuda especializada.	Disputa Racional	Registro de aseveraciones claves y matriz de señalamientos.
		Biblioterapia	Listado de ideas claves de identificación y cuestionamiento.
		Free-writing	Blog de notas sobre la condición, eventos asociados e intentos de cambio.
		Free- talking	Apuntes del tratante.
SINTOMATOLÓGICOS	Abordar los rasgos sintomatológicos asociados a la depresión, utilizando técnicas específicas con la finalidad de aliviar su intensidad, frecuencia e impacto.	Respiración Holotrópica	Tarjeta de auto-instrucciones.
		Relajación con o sin visualización: Método de Schuzts y/o/u Método de Jacobson	Instrucciones del tratante.
		Arte-terapia	Técnicas básicas de pintura.
			Técnicas de moldeado. Técnicas grafomotoras.
PERSONALIDAD	Adquirir recursos de afrontamiento del problema favoreciendo la capacidad de interiorizar y darse cuenta y manejar la situación por medio de ejercicios de flexibilización de rasgos de personalidad.	F.O.D.A. DE ESTADO ACTUAL Y PROSPECTIVO	F.O.D.A. (Estado actual y prospectivo):
		Triada cognitiva de BECK	Algoritmo jerárquico
		Recursos de afrontamiento y resolución de conflictos: Inventario de recursos de afrontamiento, método de resolución de conflictos.	CUESTIONARIO SEAPSI (Análisis)

Fuente: Propuesta de Intervención

Elaboración: Tesista

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College Health Association. (2009). American College Health Association-National College Health Assessment Spring 2008 Reference Group Data Report (abridged): the American College Health Association. *Jam Coll Health*, 477-488.
- Ahmed K. Ibrahim, S. J. (2012). A systematic review of studies of depression prevalence in university students. *Journal of Psychiatric Research*, 391-400.
- Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijil, R. V., De Graaf, R., Vollerbergh, W., & Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *The epidemiology of major depressive episodes: results from the International ConsInternational Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, 3-21.
- APA. (28 de Enero de 2015). *American Psychological Association*. Obtenido de American Psychological Association: <http://www.apa.org/>
- Arrivillaga, M., Cortés, C., Goicochea, V., & Lozano, T. (2003). CARACTERIZACIÓN DE LA DEPRESIÓN EN JÓVENES UNIVERSITARIOS. *Universitas Psychologica*, 18-23.
- Balarezo, L. (2003). *Psicoterapia*. Quito: ED. Centro de Publicaciones PUCE.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito: EdiSEAPSI. .
- Barlow, D., & Durand, V. M. (2011). *Abnormal psychology: an integrative*.
- Barra, A., Cerna, C. R., Kramm, M. D., & Velíz, V. V. (2006). Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia Psicológica*.
- Beck, A. T., John, R. A., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford *Clinical Psychology and Psychotherapy Series New York*.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventor*. San Antonio TX.: The Psychological Corporation.
- Caprara, G. V., Barbaranelli, C., & Borgogni, L. (2001). *Cuestionario "Big Five" BFQ* (Tercera edición ed.). Madrid, España: TEA Ediciones.
- Cheng, H., & Furnham, A. (2003). Personality and Individual Differences. *Personality, self-esteem, and demographic predictions of happiness and depression*.
- Cuijper, P., De Graaf, R., & Van Dorsselaer, S. (2004). Minor depression: Risk profiles, functional disability, health care use and risk of developing major depression. *Journal of Affective Disorders*, 79, 71-79.
- Cuijpers, P., Smit, F., & Willemse, G. (2005). Predicting the onset of major depression in subjects with subthreshold depression in primarcare: a prospective study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 133-138.
- Ellington, J., Sackett, P. R., & Hough, L. M. (1999). Social desirability corrections in personality measurement: issues of applicant comparison and construct validity. *Journal of Applied Psychology*, 84, 155-166.
- Espinosa, J. C., Contreras, V. F., & Esguerra, G. A. (2009). Afrontamiento al estrés y modelo psicobiológico de la personalidad en estudiantes universitarios. *SciELO: Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 311-320.
- Feixas, G., & Miró, M. (2010). *Aproximaciones a la Psicoterapia Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Madrid-España: Paidós.
- Fergusson, D. H., Horwood, L. J., Ridder, E. M., & Beautrais, A. L. (2005). Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 62, 66-72.
- Field, T., Hernandez, R. M., Figueiredo, B., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2006). Sleep disturbances in depressed pregnant women and their newborns. *Infant Behavior & Development*, 30, 127-133.
- Gillham, J. E., Hamilton, J., Freres, D. R., & Patton. (2006). Preventing Depression Among Early Adolescents in the Primary Care Setting: A Randomized Controlled Study of the Penn Resiliency Program. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 203-219.
- Goedhart, A. W., Treffers, D. A., & Kohnstamm, G. (1992). Het vijf-factoren model in de Kinderpsychiatrie: Vrije persoonsbeschrijvingen door ouders van hun kinderen. (The Big Five model in child psychiatry: Free personality descriptions by parents of their children. *Pedagogische Studien*, 69, 40-50.

- Goldberg, L. R. (1981). *Lenguaje and individual differences: the search for universals in personality lexicons*. In: L. Wheeler (Ed.) *Review of Personality and social Psychology*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 6, 90–100.
- Heerlein, A. L., & Ritcher, P. (1991). 317 a 323. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina : Organo de la Fundación Acta*, 317 -323.
- Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., & Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression - A systematic review. *Journal of Affective Disorders*., 129, 1-13.
- Jain, U., Blais, M. A., Otto, M. W., Hirshfeld, D. R., & Sachs, G. S. (1999). Five-factor personality traits in patients with seasonal depression: treatment effects and comparisons with bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*.
- Judd, L. L., Rapaport, M. H., Paulus, M. P., & Brown. (1994). Subsyndromal symptomatic depression: A new mood disorder? *Journal of Clinical Psychiatry*, 55 (Suppl), 18-24.
- Kaelber, C. T., Moul, D. E., & Farmer, M. E. (1995). *Epidemiology of depression*. In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds), *Handbook of depression* . New York: Guilford Press.
- Katz, R., Shaw, B. F., Vallis, T. M., & Kaiser, A. (1995). *The assessment of severity and symptom patterns in depression*. Nueva Yor: Guilford.
- Kawada, T., Katsumata, M., Suzuki, H., & Shimizu, T. (2007). Actigraphic predictors of the depressive state in students with no psychiatric disorders. *Journal of Affective Disorders*, 98, 117-120.
- Keller, P. S., Cummings, M. E., Peterson, K. M., & Davies, P. T. (2008). Marital Conflict in the Context of Parental Depressive Symptoms: Implications for the Development of Children's Adjustment Problems. *Social Development*.
- Kendler, K. S., Gardner, C. O., & Prescott, C. A. (1999). . Clinical characteristics of major depression that predict risk of depression in relatives. *Archives of General Psychiatry*, 56, 322-327.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., . . . Replication., N. C. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *The Journal of the American medical Association*, 18;289(23):3095-105.
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull*.
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., V. K., & Bohlmeijer, E. T. (2012). Differential relationships in the association of the Big Five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality*, 517–524.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L., & Hautzin. (1985). *An integrative theory of depression*. In S. Reiss & R. Bootzin (Dirs.), *Theoretical issues in behavior therapy*. New York: Academic Press.
- Loehlin, J. (1993). *Genes and environment in personality development*. Newbury Park CA: Sage.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders. A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 101-114.
- Möller, H. (2003). *Suicide, suicidality and suicide prevention in affective*.
- Muñoz, R. F., Cuijpers, P., Smit, F., Barrera, A. Z., & Leykin, Y. (2010). Prevention of Major Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 181-212.
- Nezu, A. M., Ronan, G. F., Meadows, E. A., & McClur. (2000). *Practitioner´s guide to empirically based measures of depression*. Nueva York: Kluber Academic/Plenum.
- OMS. (15 de Febreo de 1992). *ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD*. Obtenido de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: <http://www.who.int/es/>
- OMS. (1996). *CIE 10 Trastornos mentales y del comportamiento : pautas diagnósticas y de actuación en atención primaria*. Madrid: MEDITOR.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2004). *Kaplan and Sadock´s Concise Textbook of Clinical Psychiatry*. (Segunda edición ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Slapak, S., Cervone, N., & Luzzi, A. M. (2009). Estrategias Metodológicas en la Investigación Clínica. *Revista Argentina de Psicología Clínica*.

- Sobral, J., Villar, P., Romero, E., Gómez-Fraguela, J., & Luengo, M. d. (2013). Interactive effects of personality and separation as acculturation style on adolescent antisocial behaviour. *International Journal of Clinical and Health Psychology*.
- Strine, T. W., Kroenke, K., Dhingra, S., Balluz, L., Gonzalez, O., Berry, J. T., & Mokdad, A. H. (2009). The Associations Between Depression, Health-Related Quality of Life, Social Support, Life Satisfaction, and Disability in Community-Dwelling US Adults. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 197, 61-64.
- Thapar, A., Collishaw, S., Pine, D., & Trapar, A. K. (2012). Depression in adolescence. *Lancet*. *Author manuscript; available in PMC*.
- Vázquez, F. L., & Blanco, V. (2006). Symptoms of depression and related factors among Spanish university students. *Psychological Reports*, 99, 583-590.
- Vázquez, F. L., & Torres, A. (2005). Prevención del comienzo de la depresión: estado actual y desafíos futuros. *Boletín de Psicología*, 83, 21-44.
- Weissman, M. M., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdelli, H. (2006). Offspring of Depressed Parents: 20 Years Later. *THE AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY*.

ANEXOS

Anexo 1: Registro de aseveraciones**Manejo del instrumento:**

Condición/tratamiento u otra causa: En este apartado el tratante deberá hacer constar el concepto, la condición, tratamiento, consecuencia o cualquier otra causa en relación a las que él cliente/paciente realice las aseveraciones.

Aseveraciones (1, 2, 3....n): Se refiere a las afirmaciones o concepciones personales, familiares o sociales en relación a su condición, tratamiento o cualquier otro concepto relacionado con el proceso terapéutico. El terapeuta deberá ir anotando cuantas aseveraciones tenga el cliente/paciente en relación a su condición, tratamiento u otra causa del proceso o padecimiento, como se presenta en el Anexo 2.

REGISTRO DE ASEVERACIONES			
Nombre:			
Edad:			
Estado civil:			
Fecha:			
Condición/tratamiento u otra causa	Aseveración 1	Aseveración 2	Aseveración 3

Ejemplificación registro de aseveraciones enfocado a un paciente/cliente con síntomas depresivos.

REGISTRO DE ASEVERACIONES			
Nombre: "Juan"			
Edad: 20 años			
Estado civil: Soltero			
Fecha: 16/03/2015			
Condición/tratamiento u otra causa	Aseveración 1	Aseveración 2	Aseveración 3
Depresión	"Creo que estoy loco"	"Me han dicho que tengo que tomar medicación con esto que tengo."	"Nadie me va a querer."
Ansiedad	"A veces no se qué hacer, con esto que me pasa."	"Creo que no hace falta el psicoterapeuta, pero insisten en que venga."	"No me siento tan mal, no causo problemas a nadie."
Psicoterapeuta	"Son unos loqueros"	"Innecesario"	"Si voy a estar así se van a burlar de mi."

Anexo 2: Matriz de señalamientos

Manejo del instrumento:

Condición/tratamiento u otra causa: Para el uso de la matriz de señalamientos consideramos el instrumento "registro de aseveraciones", en el cual el cliente/paciente ha expresado su opinión o aseveraciones en relación a su condición, tratamiento u otra causa del proceso terapéutico.

Señalamientos (1, 2, 3...n): A continuación analizamos las aseveraciones para poder realizar un señalamiento, este deberá cumplir características psicoeducativas de manera que el cliente/paciente comprenda, analice e incluso desmitifique sus aseveraciones. Por cada aseveración de deberá realizar un señalamiento. Como se presenta en el anexo 5.

MATRIZ DE SEÑALAMIENTOS			
Nombre:			
Edad:			
Estado civil:			
Fecha:			
Condición/tratamiento u otra causa	Señalamiento 1	Señalamiento 2	Señalamiento 3

Ejemplificación de matriz de señalamientos enfocado a un paciente/cliente con síntomas depresivos.

MATRIZ DE SEÑALAMIENTOS			
Nombre: "Juan"			
Edad: 20 años			
Estado civil: Soltero			
Fecha: 16/03/2015			
Condición/tratamiento u otra causa	Señalamiento 1	Señalamiento 2	Señalamiento 3
Psicoterapeuta	Profesional altamente capacitado en el manejo de malestares psicológicos	Está comprobado científicamente que la psicoterapia funciona, los pacientes con psicoterapia se recuperan mucho mejor y más rápido que los que no reciben ningún tratamiento.	El psicoterapia es una profesión distinta a la psiquiatría, sin embargo están estrechamente relacionadas, con el fin de lograr un trabajo multidisciplinario.

Anexo 3: Listado de Ideas claves de Identificación y cuestionamiento

Manejo del instrumento:

Texto: Se deberá elegir un texto que cumpla tanto con características de personalidad del cliente/paciente como su relación con su condición o padecimiento. Como se presenta en el anexo 8.

Idea con la cual me identifico: Frente a la lectura del texto asignado el cliente/paciente ira encontrándose con ideas, párrafos con los cuales se identifique, ya sea por afinidad personal, formación, estilo de vida etc, las mismas las deberá ir anotando en este apartado.

Idea con la cual no me identifico: Una vez inicie y transcurra la lectura del texto asignado el cliente/paciente se encontrará con ideas, párrafos los cuales no comparta o no se identifique, ya sea por afinidad personal, formación, estilo de vida etc, las mismas las deberá ir anotando en este apartado.

Idea con la cual me cuestiono: Frente a la lectura del texto asignado el cliente/paciente ira encontrándose con ideas, párrafos en las cuales encuentre cuestionamientos, ya sea por desconocimiento, investigación, contradicciones, etc, las mismas las deberá ir anotando en este apartado.

LISTADO DE IDEAS CLAVES DE IDENTIFICACIÓN Y CUESTIONAMIENTO		
Nombre:		
Edad:		
Estado civil:		
Fecha:		
Texto:		
Idea con la cual me identifico	Idea con la cual no me identifico	Idea con la cual me cuestiono

Ejemplificación de “Listado de ideas claves de identificación y cuestionamiento”, enfocado a un paciente/cliente con síntomas depresivos.

LISTADO DE IDEAS CLAVES DE IDENTIFICACIÓN Y CUESTIONAMIENTO		
Nombre: “Juan”		
Edad: 20 años		
Estado civil: Soltero		
Fecha: 16/03/2015		
Texto: PING “Una rana en busca de una nueva laguna”		
Idea con la cual me identifico	Idea con la cual no me identifico	Idea con la cual me cuestiono
<p>A pesar de las cosas terribles que suceden en nuestro planeta, también ocurren muchas buenas.</p> <p>Ese miedo al cambio, a afrontar riesgos, al ridículo o a que alguien desaprobe nuestros sueños y objetivos, es el enemigo de la intención y la transformación.</p> <p>Pero hasta los enemigos tienen enemigos, y el enemigo del miedo es el coraje de actuar a pesar del temor.</p> <p>Abrirse a la posibilidad de elegir es abrirse a la transformación.</p> <p>Si el camino que recorres no tiene obstáculos, no conduce a ninguna parte.</p> <p>Recuerda que los errores pueden superarse, pero la inacción aprisiona el alma. Aunque duele, el fracaso es uno de los maravillosos maestros de la naturaleza.</p>	<p>“creían que las cosas simplemente eran así”</p> <p>Luchaba contra la añoranza de su pasado, de su laguna cuando era profunda.</p> <p>Si hubiera sabido que en el oscuro bosque de la realidad no existe un único camino hacia la claridad, definitivamente se habría quedado en casa.</p> <p>El miedo no comienza a menos a que no lo hagas comenzar –le explicó-.</p> <p>No olvides que siempre te arrepentirás más por las cosas no hechas que por aquellas que hayas realizado.</p>	<p>Ping no sabía, por ejemplo, que en la antigua China se creía que las ranas provenían de la luna y que se incubaban en huevos que caían del cielo con la lluvia plateada.</p> <p>Mucho más tarde, Ping aprendería que para vivir una vida intencional hay que poseer dos cosas: un fuerte deseo de vivir mejor la vida posible, y la voluntad de vivirla así, todos y cada uno de sus días.</p> <p><i>Que a todo se le permita hacer naturalmente lo que hace, para que así su naturaleza se vea satisfecha.</i></p> <p>Quien... quien no ha descubierto todavía el camino, no lo encontrará.</p>

Anexo 4: Blog de notas sobre la condición, eventos asociados e intentos de cambio.**Manejo del instrumento:**

Descripción de su estado (¿cómo estoy hoy?): En este apartado el paciente/cliente deberá hacer constar una descripción general de su estado de ánimo actual, cómo se siente en ese momento (triste, alegre, furioso, ansioso, etc.)

Que pienso: Deberá escribir todas r sus ideas, pensamientos que le vengan a la cabeza, no importa de qué tipo no hay restricciones.

Cómo me siento: Deberá expresar sus sentimientos, emociones de éste día en particular.

Qué estoy haciendo: En este apartado el cliente/paciente escribirá que actividades ha realizado en el día, no importa el tipo de actividad si es física de ocio, académica, etc.

BLOG DE NOTAS SOBRE LA CONDICIÓN, EVENTOS ASOCIADOS E INTENTOS DE CAMBIO		
Nombre:		
Edad:		
Estado Civil:		
Fecha:		
Descripción de su estado (¿cómo estoy hoy?)		
Que pienso	Cómo me siento	Qué estoy haciendo

Ejemplificación del instrumento “Blog de notas sobre la condición, eventos asociados e intentos de cambio”, enfocado a un paciente/cliente con síntomas depresivos.

BLOG DE NOTAS SOBRE LA CONDICIÓN, EVENTOS ASOCIADOS E INTENTOS DE CAMBIO		
Nombre: “Juan”		
Edad: 20 años		
Estado civil: Soltero		
Fecha: 16/03/2015		
Descripción de su estado (¿cómo estoy hoy?) No tan bien, triste, no quiero salir.		
Que pienso	Cómo me siento	Qué estoy haciendo
Termine con mi novia	Hoy estoy mucho más triste que ayer	Salí a pasear al perro

Anexo 5: Apuntes de tratante.**Manejo del instrumento:**

Este instrumento el tratante deberá apuntar (escribir) a manera de registro las expresiones del paciente, todo lo que el tratante considere de relevancia para el proceso terapéutico.

APUNTES DEL TRATANTE	
Nombre:	
Edad:	
Estado Civil:	
Fecha:	

Ejemplificación del instrumento “Apuntes del tratante.” Enfocado a un paciente/cliente con síntomas depresivos.

APUNTES DEL TRATANTE
Nombre: “Juan”
Edad: 20 años
Estado civil: Soltero
Fecha: 16/03/2015
“Juan” hace alusión a la pelea con su novia y se plantea algunas interrogantes en relación a su rompimiento.

Anexo 6: Tarjeta de auto- instrucciones**Manejo del instrumento:**

Para este instrumento el tratante deberá entregar la tarjeta de auto-instrucciones al paciente para que realice las actividades presentadas en la tarjeta, se cumplirá con cada uno de los pasos.

TARJETA DE AUTO-INSTRUCCIONES	
PASO 1:	Preparar un ambiente, un escenario o una escena.
PASO 2:	Evitar estímulos distractores (luz, ruido, sobrecarga de objetos...) e interrupciones.
PASO 3:	Armonizar la respiración (1: inhalar, 2: contener y 3: exhalar, por la nariz)
PASO 4:	Mantener los ojos cerrados.
PASO 5:	Focalizar la atención en la música, el sonido del aire, el audio, la caída del agua, el ritmo del diapasón, etc.

Anexo 7: Esquema F.O.D.A. de personalidad: estado actual

Manejo del instrumento:

Para este instrumento el cliente/paciente deberá realizar un autoexamen personal ajustado a la realidad considerando estos cuatro aspectos de la manera más sincera posible.

Estado actual:

FORTALEZA (I +): Entendemos por fortaleza a la existencia de una capacidad o recurso en condiciones de ser aplicado para alcanzar los objetivos y concretar los planes y por debilidad a la falta de una determinada capacidad o condición que puede apartar o dificultar el logro de las metas o fines. Ver anexo 19.

OPORTUNIDADES (E +): Ver opciones de la vida familiar, laboral o de estudios que pueden aprovecharse. Ver anexo 19.

DEBILIDADES (I -): Este análisis es el más difícil por la dificultad de tomar conciencia de estos aspectos, ya que nos cuesta expresar nuestras debilidades pero debemos incentivar al paciente/cliente que lo haga. Ver anexo 19.

AMENAZAS (E -): Requieren un análisis profundo y lúcido del entorno donde se desenvuelve el paciente/cliente.

Estado prospectivo:

FORTALEZA (I +): Potenciar las fortalezas de manera que el cliente/paciente pueda aprovecharlas al máximo como cualidades para el diario vivir como para lo académico y profesional. Ver anexo 19.

OPORTUNIDADES (E +): Identificar las oportunidades de manera que el cliente/paciente las visualice de tal manera que pueda tener un horizonte y planes a corto, mediano y largo plazo. Ver anexo 19.

DEBILIDADES (I -): Una vez identificadas las debilidades podemos plantear objetivos mucho más específicos de personalidad como flexibilización de rasgos de personalidad. Ver anexo 19.

AMENAZAS (E -): A través de técnicas cognitivas como psicoeducación, disputa racional, convertirlas en oportunidades para su superación.

ESQUEMA F.O.D.A. DE PERSONALIDAD: Estado Actual	
Nombre:	
Edad:	
Estado Civil:	
Fecha:	
FORTALEZA (I +)	OPORTUNIDADES (E +)
DEBILIDADES (I -)	AMENAZAS (E -)
ESQUEMA F.O.D.A. DE PERSONALIDAD: Estado prospectivo	
FORTALEZA (I +)	OPORTUNIDADES (E +)
DEBILIDADES (I -)	AMENAZAS (E -)

Ejemplificación del instrumento “Esquema F.O.D.A. de personalidad: estado actual.” Enfocado a un paciente/cliente con síntomas depresivos.

ESQUEMA F.O.D.A. DE PERSONALIDAD: Estado Actual	
Nombre: “Juan”	
Edad: 20 años	
Estado civil: Soltero	
Fecha: 16/03/2015	
FORTALEZA (I +) Organizado Perseverante Constante Sociable Sincero Responsable	OPORTUNIDADES (E +) Seguir estudiando Mejorar mi estado de ánimo Mejorar mis relaciones familiares Me gusta emprender en nuevas cosas
DEBILIDADES (I -) Calculador Perfeccionista Inflexible Impaciente Mal genio Inseguro	AMENAZAS (E -) Egoísmo Envidia Falta de confianza en mí y las cosas que hago Tengo miedo al rechazo
ESQUEMA F.O.D.A. DE PERSONALIDAD: Estado prospectivo	
FORTALEZA (I +) Mantener y fortalecer, interiorizarlas y utilizarlas en la vida cotidiana.	OPORTUNIDADES (E +) Mantener y fortalecer, utilizar las fortalezas para emprender planes o corto, mediano y largo plaza, trazar metas.
DEBILIDADES (I -) Flexibilización de rasgos de personalidad, racionalización, trabajo de autoestima.	AMENAZAS (E -) Transformarles en oportunidades. Psicoeducación Disputa racional

Anexo 8: Algoritmo jerárquico -Triada cognitiva de BECK

Manejo del instrumento:

Visión negativa consigo mismo: En este apartado el cliente/paciente deberá identificar los pensamientos de contenido negativo, enfocados en sí mismo, si se percibe como inútil, indeseable, sin valor y culpable.

Visión negativa con los otros y el entorno: En este apartado el cliente/paciente deberá identificar los pensamientos de contenido negativo, enfocados a los otros y su entorno, percibe las demandas como excesivas, llenas de obstáculos insuperables, considera su entorno sin interés, gratificación o alegrías.

Visión negativa con el futuro: En este apartado el cliente/paciente deberá identificar los pensamientos de contenido negativo, enfocados al mundo, lo concibe como constante, nada podrá cambiarse e incluso empeorará.

Jerarquía: A éstas pensamientos negativos el cliente/paciente les asignará un valor jerárquico de mayor a menor intensidad. 1: Nada; 2. Poco; 3. Mucho.

ALGORITMO JERÁRQUICO-TRIADA COGNITIVA DE BECK		
Nombre:		
Edad:		
Estado civil:		
Fecha:		
Visión negativa consigo mismo	Visión negativa con los otros y el entorno	Visión negativa con el futuro
Visión negativa consigo mismo	Visión negativa con los otros y el entorno	Visión negativa con el futuro
1. NADA 2. POCO 3. MUCHO	1. NADA 2. POCO 3. MUCHO	1. NADA 2. POCO 3. MUCHO
1. NADA 2. POCO 3. MUCHO	1. NADA 2. POCO 3. MUCHO	1. NADA 2. POCO 3. MUCHO
1. NADA 2. POCO 3. MUCHO	1. NADA 2. POCO 3. MUCHO	1. NADA 2. POCO 3. MUCHO

Ejemplificación del instrumento “Algoritmo jerárquico- triada cognitiva de Beck.” Enfocado a un paciente/cliente con síntomas depresivos.

ALGORITMO JERÁRQUICO-TRIADA COGNITIVA DE BECK		
Nombre: “Juan”		
Edad: 20 años		
Estado civil: Soltero		
Fecha: 16/03/2015		
Visión negativa consigo mismo	Visión negativa con los otros y el entorno	Visión negativa con el futuro
“Estoy solo”	“Nadie me quiere, ni mi familia”	“No me interesa nada ni emprender en nada”
“Soy inseguro”	“Las cosas siempre me salen mal”	“Para mí no siempre hay un mañana”
“No soy atractivo”	“Los demás no me entienden”	
Visión negativa consigo mismo	Visión negativa con los otros y el entorno	Visión negativa con el futuro
3 MUCHO	2. POCO	3. MUCHO
3 MUCHO	2. POCO	1. POCO
3 MUCHO	3. MUCHO	

Anexo 9: Cuestionario SEAPSI (Análisis De Predominio De Personalidad).**Manejo del instrumento:**

RASGO DE PERSONALIDAD: En este apartado el cliente/paciente junto con el tratante deben identificar uno/s rasgos de personalidad según su perfil SEAPSI, que podría estar generando problemas. Ver anexo 25.

Personal: En este apartado el cliente/paciente debe relacionar el o los rasgos de personalidad con el ámbito personal, en qué circunstancias sale a flote esta característica, cuando, donde, cómo, con quien, etc.

Pros: Identificar porque esta característica de personalidad puede contribuir o se positivo en su vida personal.

Contra: Identificar como esta característica puede ser negativa o en este aspecto de su vida.

Porqué: Dar una explicación de lo positivo y negativo del rasgo identificado.

Familiar: En este apartado el cliente/paciente debe relacionar el o los rasgos de personalidad con el ámbito familiar, en qué circunstancias sale a flote esta característica, cuando, donde, cómo, con quien, etc.

Laboral: En este apartado el cliente/paciente debe relacionar el o los rasgos de personalidad con el ámbito laboral, en qué circunstancias sale a flote esta característica, cuando, donde, cómo, con quien, etc.

Intento previo de cambio: Se refiere a un intento de cambio puesto en marcha por el cliente/paciente, no importa la magnitud del cambio, en que circunstancia o resultados se obtuvieron necesitamos conocer si se implemento previamente un cambio.

Planteamiento de política de acción (qué, cómo, cuándo, dónde, con quien): En este caso al igual que en el intento previo de cambio se, planteará junto con cliente/paciente una política de cambio específica, donde se especifique que se hará, cómo se la va a lograr, cuando se lo ejecutará, donde y con quien.

CUESTIONARIO SEAPsi (ANÁLISIS DE PREDOMINIO DE PERSONALIDAD)					
Nombre:					
Edad:					
Estado civil:					
Fecha:					
RASGO DE PERSONALIDAD: Cosas me salgan perfectas (a)					
Personal		Familiar		Laboral	
Pros	Contra	Pros	Contra	Pros	Contra
Por qué	Por qué	Por qué	Por qué	Por qué	Por qué
	Intento previo		Intento previo		Intento previo
Planteamiento de política de acción (qué, cómo, cuándo, dónde, con quien)					

Ejemplificación del instrumento: Cuestionario SEAPSI (Análisis de predominio de personalidad).” Enfocado a un paciente/cliente con síntomas depresivos.

CUESTIONARIO SEAPSI (ANÁLISIS DE PREDOMINIO DE PERSONALIDAD)					
Nombre: “Juan”					
Edad: 20 años					
Estado civil: Soltero					
Fecha: 16/03/2015					
RASGO DE PERSONALIDAD: Anancástico (Perfeccionista)					
Personal		Familiar		Laboral	
Pros	Contra	Pros	Contra	Pros	Contra
Me gusta que las cosas me salgan bien.	Las cosas no siempre son perfectas, eso me genera frustración	A veces les gusta como hago las cosas.	Cuando hago algo con alguien no siempre se las hace a mi manera.	No aplica	No aplica.
	Tratar de controlarme cuando las cosas no me salen como yo las quiero.		Dejar que se hagan las cosas como otras personas quiere.		No aplica.
Juan en el próximo trabajo de la universidad en la materia que envíen tarea la dejará incompleta.					