

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO
FACULTAD DE SOCIEDAD, CULTURA Y CREATIVIDAD
ESCUELA DE PSICOLOGÍA, TALENTO HUMANO Y SOCIEDAD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA VIRTUAL
GRUPO DE INVESTIGACIÓN DE PSICOLOGÍA, EDUCACIÓN Y CULTURA
LÍNEA DE INVESTIGACIÓN PSICOLOGÍA EDUCATIVA-CLÍNICA

IMPACTO DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL MANEJO
EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES DEL BARRIO SAN FERNANDO NUEVO EN
CALI

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN OPCIÓN DE GRADO MODALIDAD VIRTUAL

PRESENTA:

DARIANA CAROLINA ANACONA GUZMÁN - CÓDIGO: 100130356
JENNY PAOLA DUQUE CORTES - CÓDIGO: 100119062
MÍLLER GÓMEZ RUIZ - CÓDIGO: 100113018
DIANA ZULAY PELAEZ TRUJILLO - CÓDIGO: 100126468

SUPERVISOR:

MSc. CRISTIAN IVAN GIRALDO LEON

BOGOTÁ, AGOSTO-DICIEMBRE DE 2021

Tabla de Contenidos

Lista de tablas.	4
Lista de figuras	5
Capítulo 1.	7
Introducción.	7
Descripción del contexto general del tema	7
Planteamiento del problema	8
Pregunta de investigación.	9
Objetivo general.	9
Objetivos específicos.	9
Justificación.	9
Capítulo 2.	
Marco de Referencia	11
Marco conceptual.	11
Adolescencia	11
Salud mental	11
Manejo emocional	12
Promoción	12
Prevención	12
Marco teórico.	12
Teoría de las inteligencias múltiples	12
Teoría de la inteligencia emocional de Daniel Goleman	13
Modelo de Mayer y Salovey	13
Marco Empírico.	14
Capítulo 3.	
Metodología.	16
Tipo y diseño de investigación.	16
Participantes.	16
Instrumentos de recolección de datos.	17
Entrevista semiestructurada	17
Inventario de Beck para Niños y Adolescentes 2 (BYI-2)	17
TMMS-24 “Spanish modified Trait Meta-Mood Scale-24”	17
Estrategia del análisis de datos.	18
Consideraciones éticas.	18

	3
Capítulo 4.	
Resultados.	18
Discusión.	21
Conclusiones.	22
Limitaciones.	23
Recomendaciones.	24
Referencias Bibliográficas	25
Anexos.	29
Anexo 1: Consentimiento informado	29
Anexo 2. Entrevista Semiestructurada	31
Anexo 3. Inventario de Beck para Niños y Adolescentes 2 (BYI-2)	32
Anexo 4. Cuestionario auto aplicable TMMS- 24	33
Anexo 5. Resultados Entrevista Semiestructurada	34
Anexo 6: Resultados Inventario de Beck para Niños y Adolescentes 2 (BYI-2)	38
Anexo 7. Resultados de la Escala para la Evaluación de la Expresión, Manejo y Reconocimiento de Emociones (TMMS-24)	40

Lista de tablas.

Tabla 1. Puntaje obtenido por participante.	38
Tabla 2. Puntuación de los participantes en cada una de las dimensiones	40

Lista de figuras.

Figura 1. Gráfico de imágenes de análisis de Voyant	34
Figura 2. Lista de términos frecuentes de Voyant	34
Figura 3. Porcentajes obtenidos para cada grado de depresión	39
Figura 4. Cantidad numérica Atención Emocional	41
Figura 5. Cantidad numérica Claridad Emocional	42
Figura 6. Cantidad numérica Reparación Emocional	42

Resumen.

La salud mental es un tema de vital importancia en nuestra sociedad. Problemas como la ansiedad, la depresión, el suicidio y los trastornos de ansiedad generalizada en adolescentes han sido catalogados como grandes causas de morbilidad y discapacidad de este grupo poblacional. Sin embargo, la falta de programas enfocados en la promoción y prevención de la salud mental, imposibilitan el acceso a tratamientos eficaces contra estos problemas. Ante este panorama, el objetivo de esta investigación es descubrir el impacto que tiene la prevención y promoción en salud mental en el manejo emocional de adolescentes de 14 a 16 años en el barrio San Fernando Nuevo en Cali. Para esto se realizó una investigación de tipo mixto con diseño incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC). Los resultados evidenciaron una escasa implementación y una casi nula participación de los adolescentes en programas de Promoción y Prevención en Salud Mental (PPSM). Igualmente el 75% de los adolescentes presentaron rasgos depresivos y la gran mayoría presentaron problemas en la atención (75%), claridad (55%) y recuperación emocional (50%). Se concluye la necesidad de la implementación de programas que ayuden a un correcto manejo de las emociones y a una disminución de la sintomatología depresiva.

Palabras clave: Adolescencia, salud mental, manejo emocional, prevención, promoción.

Capítulo 1.

Introducción.

Descripción del contexto general del tema

Teniendo en cuenta a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020, septiembre 28) podemos definir la adolescencia como una etapa de desarrollo, que involucra diferentes cambios a nivel físico, emocional y comportamental, y donde se fortalecen las habilidades sociales con las que se afrontará la etapa adulta; teniendo en cuenta estos aspectos, es de gran importancia promover en ellos la salud mental, preparándolos emocionalmente para asumir diversos factores que puedan llegar a afectarlos en su etapa adulta, debido al desarrollo de trastornos mentales graves.

Según la última Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en el año 2015, del total de la población adolescente entre los 12 y 17 años 29,3% ha tenido por lo menos una experiencia traumática en la vida, 33,1% presenta una disfunción familiar y el 18,3% ha sufrido violencia o movilización por conflicto armado (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2015). Según la misma encuesta, este grupo poblacional puede padecer de trastornos mentales como la depresión, suicidio, manía, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social (Ministerio de Salud y Protección Social et al., 2015).

Dentro de estos trastornos, uno con gran prevalencia es la depresión. Según la OMS (2020, Enero 30) “se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo”. La depresión es muy frecuente en la etapa de la adolescencia y está incluida dentro de los llamados trastornos del estado de ánimo. La OMS (2020, Enero 30) afirma que: “A nivel mundial, la depresión es la cuarta causa principal de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes” además “estima que entre el 10% y el 20% de los adolescentes experimentan trastornos mentales, pero estos no se diagnostican ni se tratan adecuadamente e indica que la mitad de estos trastornos comienzan a los 14 años o antes”.

En territorio colombiano, de acuerdo con el boletín de salud mental en niños y adolescentes, emitido en 2017 por el Ministerio de Salud, “entre 10 y 15 niños, niñas y adolescentes (NNA) de cada 100, presentan problemas y/o trastornos mentales”. En promedio se

atendieron cerca de 15.500 por año, de las cuales el 59,3% eran del sexo femenino (Ministerio de Salud y Protección Social, 2017).

Planteamiento del problema

La promoción y prevención en el manejo de emociones no solamente debe ir dirigido a identificar las emociones negativas que, si bien son las que más requieren de ayuda, también es importante poder promover las positivas ayudando al adolescente desde temprana edad a tener control de sus emociones, ya que traerá consigo un beneficio en su salud mental con el cual se busca lograr la disminución de enfermedades mentales que empiezan desde la adolescencia afectando su adultez.

Del Barrio et al. (2001), afirman: “En el mundo actual comienza a ser especialmente preocupante el incremento de casos de niños con conductas emocionalmente desajustadas, como depresión y agresividad, que interfieren negativamente en el proceso de adaptación social de sujetos cada vez más jóvenes” (p. 35). Promoviendo los programas de promoción y prevención, se puede lograr disminuir cifras preocupantes en los adolescentes que por no tener una alfabetización sobre el manejo de sus emociones afectan su salud mental, este tipo de programas deben ser fortalecidos desde el núcleo familiar, ya que esto permite que el adolescente tenga las herramientas necesarias para poder afrontar situaciones en el transcurso de su vida.

Ahora bien, para la OMS (2020), “las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental” (p. 45). Teniendo en cuenta los factores que podrían afectar la salud mental de los adolescentes, se considera importante generar la prevención y promoción del bienestar psicológico en ellos, con el fin que puedan gozar de una adecuada salud mental, no solo en esta etapa de sus vidas, si no a futuro en su edad adulta, partiendo del hecho de que muchos de los problemas mentales en adultos tuvieron un inicio y/o desarrollo en su etapa adolescente.

Con el hecho de intervenir con estos programas a tiempo se puede llegar no solamente al bienestar psicológico, si no a salvar vidas, la cuales muchas veces por falta de orientación terminan en suicidio, como lo afirma la OMS “el suicidio es la tercera causa de muerte para los

jóvenes de edades comprendidas entre los 15 y los 19 años” (2020), debido a que los adolescentes no acuden a buscar ayuda profesional, lo que implica una mayor duración del trastorno y que en muchos casos, culmine en el suicidio.

Este tipo de programas de promoción y prevención, aunque se realizan en todo el mundo, necesitan tener más alcance ante la sociedad, fomentando desde la adolescencia cuidados preventivos que puedan asegurar una mejor salud mental en ellos. Finalmente, partiendo de estas afirmaciones se pretende conocer el impacto que genera la promoción y prevención en el logro del manejo emocional en los adolescentes.

Pregunta de investigación.

¿Qué impacto tiene la promoción y prevención en salud mental en el manejo emocional de adolescentes de 14 a 16 años del barrio San Fernando Nuevo en Cali?

Objetivo general.

Descubrir el impacto que tiene la prevención y promoción en salud mental en el manejo emocional de adolescentes de 14 a 16 años en el barrio San Fernando Nuevo en Cali.

Objetivos específicos.

- Conocer la percepción de los adolescentes sobre la prevención y promoción de la salud mental.
- Identificar la presencia de rasgos depresivos en adolescentes.
- Describir el conocimiento y comprensión de los adolescentes para la regulación de sus emociones.

Justificación.

Los programas de sensibilización sobre la regulación y manejo emocional son la base de una buena salud mental; la promoción de diversas actividades que faciliten el desarrollo de actitudes y habilidades relacionadas con la inteligencia emocional en los adolescentes y el acercamiento de éstos a los diversos signos y rasgos depresivos importantes de alerta que

permitan la búsqueda de ayuda favoreciendo la integración plena en sociedad. Extremera y Fernández-Berrocal (2013), plantean la relevancia de desarrollar en los adolescentes habilidades emocionales, como la inteligencia emocional, debido a que afirman que “los adolescentes emocionalmente inteligentes tienen mejor salud física y psicológica y saben gestionar mejor sus problemas emocionales” (p. 36) entre los que los autores destacan “niveles de ansiedad, depresión, ideación e intento de suicidio, somatización, atipicidad y estrés social” (p. 36).

Algunos estudios promueven la comprensión de la depresión como algo complejo, *los datos son contundentes situando a la depresión como la tercera causa de morbilidad y discapacidad entre los jóvenes del mundo occidental, conllevando a otros riesgos añadidos como el contacto con alcohol y drogas o incluso el suicidio entre adolescentes entre 15 y 19 años* (Tafet, 2018, p. 96). Por eso, el presente proyecto busca conocer y describir acerca de la percepción que tienen sobre dicho padecimiento jóvenes en edad escolar de edades entre los 14 a 16 años del barrio San Fernando Nuevo de la ciudad de Cali y la importancia que tiene promover en ellos espacios que fomenten la promoción de buenas prácticas, diversas estrategias de regulación emocional que faciliten su comprensión de algunos rasgos depresivos importantes, el desarrollo de habilidades blandas y la ruta a seguir en situaciones que requieran apoyo psicosocial considerando el contexto adolescente colombiano.

Desde el rol de Psicólogos resulta conveniente examinar algunas variables en el proceso psicoeducativo de los jóvenes del barrio San Fernando Nuevo de la ciudad de Cali en aras de identificar rasgos de personalidad depresiva, acerca de las diversas estrategias de manejo conocidas por los jóvenes frente a circunstancias difíciles y oportunidad de redes de apoyo que faciliten la calidad de vida de los mismos.

El desarrollo del proyecto igualmente amplió de manera positiva el conocimiento y resalta el verdadero impacto que tiene la presencia o ausencia de actividades de promoción cuyo propósito permita lograr un bienestar emocional adecuado y con alto alcance a la población adolescente objeto de estudio en el proceso de sensibilización y manejo de conductas depresivas que faciliten la provisión de herramientas para desarrollar habilidades de adaptación y fortaleza.

Es imperativo que cada joven interiorice el papel de importancia que tiene en la sociedad y del futuro que representa, siendo de gran valor que reciba apoyo psicoeducativo, y se involucre en acciones de prevención y promoción de su salud mental.

Capítulo 2.

Marco de Referencia

Marco conceptual.

Adolescencia

De acuerdo a la definición de la Real Academia de la Lengua Española es el “Período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud” (Real Academia Española, 2021). Según la OMS, se define como “el período de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y 19 años” (Organización Mundial de la Salud, 2021). Según Cibils (2021) comprende 3 etapas las cuales involucran un proceso biológico, social y psicológico de maduración que llevan al individuo a alcanzar la etapa adulta y favorecen su incorporación plena en sociedad:

- *Adolescencia temprana*: Entre los 10 y 13 años
- *Adolescencia media*: Entre los 14 y 16 años.
- *Adolescencia tardía*: Desde los 17 y puede extenderse hasta los 21 años (Cibils, 2021).

Salud mental

Algunas investigaciones han evidenciado la necesidad de una definición multidisciplinaria de la salud mental que se fundamente más en lo que representa y persigue que es la salud, y no en lo que se debe evitar que es la enfermedad (Macaya-Sandoval, Vyhmeister y Parada, 2018). Una definición muy acorde con esta tendencia puede ser la de la OMS que considera a la salud mental como “un estado de bienestar en el que la persona realiza sus actividades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad” (Organización Mundial de la Salud, 2018, marzo 30).

Manejo emocional

El manejo o regulación emocional se refiere a “la capacidad de identificar, conocer y controlar las emociones propias y las de los demás, de manera que podamos manejarlas según nos convenga” (Bresó et al., 2013, p. 445). Otros autores la definen como “la capacidad de motivarse, perseverar, soportar las frustraciones y controlar los impulsos, diferir las gratificaciones, tener empatía y confiar en los demás” (Manrique-Solana, 2015, p. 802).

Promoción

La promoción en salud puede entenderse como “el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud; fomentando cambios en el entorno que ayudan a promover y proteger la salud” (Organización Panamericana de la Salud, 2021). De esta manera, podemos entender la promoción como el conjunto de “acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejoren sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable y para mantenerse” (Coomeva EPS, s.f.)

Prevención

Según el Diccionario de la Lengua Española, la prevención puede definirse como la “preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo” (Real Academia Española, 2021). En el campo de la salud, es importante también tener en cuenta que “mientras que la promoción de la salud hace referencia al mantenimiento y mejora de la salud, el término prevención de la salud se refiere a evitar las enfermedades” (MSD Salud, s.f.)

Marco teórico.

Teoría de las inteligencias múltiples

Esta teoría fue desarrollada por Howard Gardner quien define Inteligencia como “La habilidad necesaria para resolver problemas o para elaborar productos que son de importancia en un contexto cultural o en una comunidad determinada” (Gardner, 2005, p. 4).

El autor sostiene que dichas capacidades poseídas hacen parte de la genética del ser humano, por tanto, permiten abordar situaciones con el propósito de alcanzar un objetivo, así mismo trazar una ruta que permita alcanzarlo; entendiendo como objetivo, el propósito de

adquirir conocimiento, expresar las propias ideas, sentimientos, entre todo tipo de formas necesarias para la productividad y supervivencia (Gardner, 2005).

Gardner plantea siete tipos de inteligencias principales, destacándose la inteligencia musical, la cinético-corporal, lógico-matemática, lingüística, espacial, interpersonal e intrapersonal, y enfatizando que su desarrollo permite un desenvolvimiento en una área determinada. Si bien cada individuo desempeña un papel distintivo en la sociedad el cual es susceptible de ser medido, también precisa de todas estas inteligencias para poder encontrar una solución satisfactoria a los diversos desafíos que se le presentan en su contexto cercano propio (Gardner, 2005).

Teoría de la inteligencia emocional de Daniel Goleman

El término inteligencia emocional (IE) hace referencia a la adecuada interacción entre la emoción y la cognición que permite la adaptación de un individuo a su medio ambiente. Esta teoría se fundamenta en las investigaciones de Daniel Goleman. Él parte de la base que los seres humanos disponemos de ciertas capacidades intelectuales o destrezas (más allá de lo racional y lo lógico) para realizar una acción, poniendo de manifiesto el énfasis, no en dichas destrezas, sino más bien en entender las emociones y cualidades (propias y de los demás) como la empatía, la iniciativa, persuasión, motivación o adaptabilidad y la gestión correcta de ellas como método indispensable para sobresalir y alcanzar la excelencia (Goleman, 1995).

Modelo de Mayer y Salovey

Mayer y Salovey (1997), empezaron a profundizar en la idea de la inteligencia emocional considerándola como la habilidad para reconocer, comprender y regular las emociones de uno mismo y de los demás, discriminando entre ellas y utilizando esa información como guía para la acción y el pensamiento. En la misma línea, Mestre y Fernández-Berrocal (2007) afirman que la inteligencia emocional comprende todos los procesos relacionados con reconocer, usar, comprender y manejar los estados emocionales propios y de otros para la regulación de la conducta y la solución de problemas.

Marco Empírico.

Son varias las investigaciones que se han realizado sobre la prevención y promoción de la salud mental en adolescentes. En Chile se realizó un estudio de diseño experimental controlado aleatorizado con evaluación pre y post intervención que contó con 88 alumnos de 8° grado de Santiago de Chile. La investigación es titulada “Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo”. Los hallazgos mostraron que el grupo experimental disminuyó sus niveles de depresión y ansiedad respecto al grupo control, el cual empeoró ligeramente dichos niveles; de igual forma se hizo seguimiento a los 3 y 6 meses, donde se identificó una efectividad grande observando descensos importantes de depresión, ansiedad y estrés, donde la diferencia más amplia se mostró entre el pretest y el seguimiento a los seis meses (Langer et al, 2017). No se encontraron diferencias de género en los resultados, lo que mostraría el beneficio de la meditación mindfulness para ambos sexos, por lo menos en la reducción de síntomas de depresión y ansiedad en población escolar chilena (Langer et al., 2017).

En Colombia se realizó el estudio “Efectividad de un programa de prevención en salud mental mediante el diálogo socrático y el pensamiento crítico” a 110 estudiantes universitarios de primer año de carrera. El estudio utilizó el pensamiento crítico y el diálogo socrático en un programa de prevención mediante un diseño experimental aleatorizado con grupo experimental y control. Se encontró que esas metodologías redujeron los pensamientos negativos en los estudiantes participantes. Para llegar a ese resultado utilizaron varios instrumentos como el Cuestionario de Auto-Manifestaciones Ansiosas (ASSQ), el Cuestionario de Pensamientos Automáticos Revisado (ATQ-TP), el Cuestionario revisado de 90 síntomas (SCL-90R) y la Escala de depresión del Centro de Estudios epidemiológicos (CES-D). Se propone un modelo pedagógico para desarrollar el pensamiento crítico en el campo educativo y que podría servir como un instrumento de prevención en salud mental. Asimismo, el diálogo socrático, aplicado a la terapia, se considera igualmente de gran utilidad para la prevención, pues ayuda al reforzamiento del autodiálogo, reduciendo los pensamientos negativos sobre la persona y su entorno. De esta manera, el estudio resalta que el diálogo socrático y el desarrollo del

pensamiento crítico fueron muy favorables en la disminución de los factores de riesgo para la ansiedad y depresión (Londoño et al., 2016).

En cuanto al manejo emocional, el estudio “Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes” analizó el programa de alfabetización en salud mental “EspaiJove.net” de España, encontrando que el 85.4% de los adolescentes manifestaron un alto grado de satisfacción por la participación en el programa. El estudio concluye que aplicar intervenciones de alfabetización en salud mental (ASM) en adolescentes “ha mostrado que incrementa los conocimientos en salud mental, mejora las conductas, reduce el estigma e incrementa el bienestar emocional” (Casañas y Corts, 2018, p. 117).

De la misma manera, el artículo “Tratamiento de los problemas emocionales en jóvenes: un enfoque transdiagnóstico” analiza la eficacia del protocolo transdiagnóstico PsiAp (Psicología en Atención Primaria) mostrando que de los más de 700 pacientes derivados a este programa, un 70% consiguió una tasa de recuperación para la depresión y del trastorno de ansiedad generalizada. El estudio concluye afirmando que la psicoeducación desempeña un papel primordial en este tratamiento, y que por tanto, debe cumplir con dos requisitos o premisas esenciales: “la primera es que el psicólogo debe ser un experto en emociones, regulación emocional y problemas emocionales; la segunda, es que los contenidos deben adaptarse a la comprensión de los participantes y adecuarse a los problemas emocionales que presenta cada uno” (Cano-Vindel y Moriana, 2018, p. 139).

En cuanto a la Inteligencia Emocional, el estudio “Inteligencia emocional: factor positivo ante la depresión en adolescentes de Bachillerato”, buscó, mediante un estudio de tipo transversal, identificar una posible relación entre síntomas depresivos y la Inteligencia Emocional. Para ello aplicó dos instrumentos: CES-D y TMMS-24. El estudio encontró que el 22.7% de los adolescentes presentaron síntomas depresivos, y que en relación a la Inteligencia Emocional, los participantes del sexo femenino puntuaron alto en la dimensión de atención y los hombres en atención y reparación emocional. Por el contrario, en la dimensión de claridad ambos sexos obtuvieron bajas puntuaciones (Veytia-López et al., 2016).

El componente diferencial de esta investigación es que los constructos no se han analizado en conjunto en el contexto de la ciudad de Cali y que por tanto la presente investigación pretende descubrir el impacto de la promoción y prevención de la salud mental en el manejo emocional de la población adolescente del barrio San Fernando Nuevo de la ciudad de Cali.

Capítulo 3.

Metodología.

Tipo y diseño de investigación.

Se realizó una investigación de tipo mixto (CUAL-cuan) con diseño incrustado concurrente de modelo dominante (DIAC). En este diseño se reúne simultáneamente información cuantitativa y cualitativa, con el predominio de un método, de manera que el método con menor antelación es anidado dentro del principal (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). En la investigación, los resultados cuantitativos se anidaron a los hallazgos encontrados mediante el método cualitativo que fue el que tuvo mayor peso.

Participantes.

Por medio de un muestreo no probabilístico (no aleatorio) se seleccionaron un total de 20 adolescentes en edades comprendidas entre 14 y 16 años ($M= 15,3$), habitantes del barrio San Fernando Nuevo de la Comuna 1, ubicado en la ciudad de Cali (Colombia) el cual cuenta con una población total de 192 jóvenes entre 15 y 19 años (Alcaldía de Santiago de Cali, 2018). Los criterios de inclusión fueron: hombres y mujeres, estudiantes de bachillerato de diferentes instituciones educativas, edades comprendidas entre los 14 y 16 años, de cualquier nivel socioeconómico, orientación sexual o religión profesada. Los criterios de exclusión fueron: Menores de 14 años, mayores de 16 años, adolescentes con diagnóstico confirmado de enfermedades mentales y no aceptación del consentimiento informado por parte del tutor o del mismo adolescente.

Instrumentos de recolección de datos.

Entrevista semiestructurada

Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos. Presentan un grado mayor de flexibilidad, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados (Díaz-Bravo et al., 2013). Por otra parte, permiten profundizar en el tema objeto de estudio y tener mayor comprensión de las respuestas obtenidas de los participantes al hacerse uso de preguntas abiertas donde ellos pueden describir o detallar su posición frente al tema; esto se debe a que fluye por medio de la conversación entre el entrevistado y el entrevistador (Ver Anexo 2). La entrevista fue validada a través de un jurado experto.

Inventario de Beck para Niños y Adolescentes 2 (BYI-2)

De acuerdo al Manual, el BYI-2 corresponde a la adaptación española del Beck Youth Inventories-Second Edition (2005) (Beck et al., 2017). Es un cuestionario autoaplicable que permite identificar síntomas de depresión en niños y adolescentes en edades entre 7 y 18 años y 11 meses. Consta de 20 afirmaciones sobre sentimientos en el niño o adolescente en relación a la forma en la que se ha sentido en las últimas dos semanas, que revelan pensamientos negativos sobre sí mismo, su vida y su futuro (Beck et al., 2017) (Ver Anexo 3).

TMMS-24 “Spanish modified Trait Meta-Mood Scale-24”

Es la adaptación al español hecha por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004) del Trait Meta-Mood Scale (TMMS-48) de Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995). Es una escala rasgo de metaconocimiento y evalúa la inteligencia emocional percibida. La adaptación redujo los ítems a 24 y evalúa las tres dimensiones del original: 1) Atención - Ser capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada; 2) Claridad - Comprender bien los propios estados emocionales; 3) Regulación - Ser capaz de regular los estados emocionales correctamente (Suberviola-Ovejas, 2011). Su validación puede encontrarse en Fernández-Berrocal et al., (2004) (Ver Anexo 4).

Estrategia del análisis de datos.

Para la interpretación de los datos obtenidos en la entrevista semiestructurada realizada a los participantes, se utilizó *Voyant*, la cual es una herramienta de “análisis y lectura de texto basado en la Web que facilita la lectura y las prácticas interpretativas para estudiantes y académicos de humanidades” (Mercado, 2020), debido a que facilita la revisión de los datos, al contextualizar palabras y términos claves, ya sea por su repetición o concordancia, permitiendo una mejor comprensión e interpretación de los mismos.

Por otra parte, para analizar los datos obtenidos tanto en el Cuestionario de Beck y en el Cuestionario TMMS 24 se usó Excel básico, que nos permitió realizar la respectiva asignación de valores, para luego hacer las gráficas con las estadísticas para la interpretación de los mismos.

Consideraciones éticas.

De acuerdo a las normas deontológicas y bioéticas para el ejercicio del psicólogo, se tuvieron en consideración los siguientes puntos:

Consentimiento informado

Teniendo en cuenta los deberes del psicólogo señalado en la Ley 1090 de 2006, Artículo 25, Artículo 36, 52 (i) se intervino bajo consentimiento autorizado a los participantes (Anexo 1), el cual fue diligenciado y firmado por sus padres o acudiente legal antes de proceder, considerando que los evaluados eran menores de edad.

La información que se le brindó a los menores y acudientes fue clara y veraz, indicando el objeto de estudio, los posibles riesgos tanto favorables como adversos que podrían presentarse, tal y como se estipula en el Artículo 36.

De igual manera, se veló por el bienestar y derechos de cada participante, con respeto e integridad como se establece en el Artículo 50 de la Ley 1090 de 2006.

Capítulo 4.

Resultados.

Para conocer la percepción de los adolescentes sobre la prevención y promoción de la salud mental se utilizó la entrevista semiestructurada. El análisis de los resultados se elaboró por medio de la herramienta *Voyant*, para lo cual se hizo transcripción total de la entrevista

semiestructurada. El documento tuvo 3,086 palabras en total. Las palabras por oración tuvieron un promedio de 56.1 y las palabras más frecuentes fueron: salud (30); mental (25); buena (16); importante (15); cosas (14). Este cálculo se realizó después de quitar las muletillas más utilizadas por los participantes: no (880); a (864); te (362); me (348); pues (346), ya (17), he (17) y también aquellas palabras repetidas, esto con el fin de identificar las palabras más relevantes de la investigación.

Por medio de la herramienta Cirrus se obtuvo un gráfico donde se pueden visualizar las palabras de mayor frecuencia en el documento, las cuales fueron: importante (15), ayuda (13), salud (30), familia (12), mental (25), buena (16), seguro (14), personas (11), psicóloga (8), hablar (10), entre otras que se muestran en la Figura 1 en el Anexo 5.

Adicionalmente, en la sección de términos se identifica una prevalencia en la palabra salud (30), mental (25), buena (16) e importante (15) ocupando los primeros lugares. Es de gran relevancia notar que estos términos hacen parte del vocabulario común de los entrevistados, lo que puede denotar que se relacionan con experiencias propias de estos. Teniendo en cuenta estas palabras, se consideran algunos aspectos: primero se logra establecer que la mayoría de participantes relaciona la palabra importante con el término de salud mental; segundo, se refleja también durante las entrevistas que los participantes son capaces de diferenciar los estados de bienestar físico con el mental, teniendo en cuenta la prevalencia de la palabra buena y mental (Ver Figura 2 en el Anexo 5).

Ante las preguntas 5 y desde la 8 a la 11 “*¿Según lo que conoces o has escuchado, sabes si en tu institución educativa hay un programa de promoción y prevención de la salud mental?*”, se encontró que sólo 3 de los 20 contestaron que sí. Los otros 17 dijeron que no o que no estaban seguros y de esos 3, sólo 1 dijo que ha participado en las actividades de la psicóloga resaltando cierto desconocimiento por parte de los jóvenes sobre los programas de promoción y prevención, tanto en sus instituciones como en el barrio en general, así como un poco interés por participar en estos (Ver Anexo 5).

En las preguntas donde se indaga por el manejo de situaciones difíciles y manejo de emociones, 15 participantes comprenden el diálogo como el mecanismo adecuado para abordar potenciales momentos de crisis. En su mayoría, los adolescentes manifiestan que se plantea la

situación objeto de discusión llegando a establecer acuerdos y lograr soluciones. Un porcentaje mínimo (4), prefiere no involucrarse en los temas familiares y otro porcentaje (1) considera que la familia recurre a la ayuda de una persona que facilite la visión desde otra perspectiva (Líder religioso, psicólogo, etc) (Ver Anexo 5).

En cuanto a los resultados obtenidos a través del cuestionario BYI-II, para la identificación de la presencia de rasgos depresivos se encontró que el 25% de la muestra presenta mínima depresión; el 30% depresión leve y el 45% depresión moderada. No se halló ningún caso de depresión grave, lo que evidencia que 7 de cada 10 adolescentes presenta rasgos depresivos. La media obtenida es de 17,6 es decir que la mayoría de los participantes (7 de cada 10) presenta sintomatología depresiva (ver Anexo 6).

Para describir el conocimiento y comprensión de los adolescentes para la regulación de sus emociones se utilizó el TMMS-24. Los resultados detallados de este instrumento se encuentran en las tablas y gráficos del Anexo 7, donde se muestra la puntuación de los participantes en cada una de las dimensiones con sus respectivos centiles (Tabla 2), y la cantidad numérica en las secciones de atención emocional (Figura 4), claridad emocional (Figura 5), y Reparación Emocional (Figura 6).

A nivel general estos fueron los resultados por dimensión. Se encontró que el 75% de los participantes (76.9% de los hombres y 71.4% de las mujeres) deben mejorar su atención emocional. El 70% de ellos porque prestan muy poca atención y el 5% por prestar demasiada atención. Sólo el 25% mostró una adecuada atención emocional. En cuanto a la claridad emocional el 55% de los participantes debe mejorar en este aspecto (53.8% de los hombres y 57.1 % de las mujeres). 10% de los participantes mostraron una excelente claridad y 35% una adecuada claridad emocional. Con respecto a la reparación emocional, el 50% de los participantes debe mejorar en este aspecto (57.1% de mujeres y 46.15% de hombres). El 15% de los entrevistados evidenció una excelente reparación y 35% de ellos una adecuada reparación emocional.

Discusión.

Basados en los resultados de los instrumentos cuantitativos se halló que el 75 % de la población del estudio presenta algún grado de depresión, el 45% moderada y el 25% leve. En cuanto al manejo emocional el 75% no tiene una adecuada atención emocional, el 55% no cuenta con la suficiente claridad emocional y el 50% no cuenta con una apropiada reparación emocional. Igualmente se evidencia, por el análisis de la entrevista semiestructurada, la prevalencia en el desconocimiento de PPSM y participación en los mismos, dado que tan sólo 3 participantes tienen conocimiento de la existencia de algún tipo de programa y sólo uno de ellos participa activamente en el mismo. Al realizar el contraste entre los resultados encontrados y el marco teórico y empírico, encontramos varias coincidencias y diferencias. Los resultados del TMMS-24 concuerdan con las definiciones de Goleman y del modelo de Mayer y Salovey sobre Inteligencia Emocional, pues divide el instrumento en tres secciones (Atención, Claridad y Reparación) que concuerdan con la definición de las teorías mencionadas que la ven como la capacidad para reconocer, comprender y regular las emociones de uno mismo y de los demás.

Los resultados generales fundamentan la importancia de esta investigación al revelar la presencia de rasgos depresivos, el inadecuado manejo emocional y la evidente falta de programas de Promoción y Prevención en Salud Mental en la muestra estudiada. Se puede inferir entonces una relación directa entre el manejo emocional y estos programas, lo cual reafirma los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones mencionadas anteriormente, como lo son:

“Mindfulness y promoción de la salud mental en adolescentes: efectos de una intervención en el contexto educativo” dónde la media de las variables sintomáticas (depresión, ansiedad y estrés) disminuyó de 17,78 a 12,73 en el transcurso de 6 meses de aplicación de dicho programa (Langer, et al, 2017) y “Efectividad de un programa de prevención en salud mental mediante el diálogo socrático y el pensamiento crítico” dónde la media de las variables cognitivas (pensamientos negativos y positivos) y clínicas (depresión y ansiedad) disminuyó de 45 a 44, esto después de 3 meses de haberse implementado talleres de prevención (Londoño et al., 2016).

Una diferencia importante se encontró con la investigación de Veytia-López et al. (2016). Mientras en esa investigación el 22.7% de los adolescentes presentaron rasgos depresivos, en la nuestra fue del 75%. Igualmente, en esa misma investigación, en cuanto a la Inteligencia

Emocional, los participantes del sexo femenino puntuaron alto en la dimensión de atención, mientras que en la nuestra el 71.4% de las mujeres presentó una baja atención. Sin embargo, sí hubo coincidencia en que los hombres puntuaron mejor en las dimensiones de claridad y reparación emocional y que ambos sexos obtuvieron bajas puntuaciones en claridad emocional.

Finalmente, con el desarrollo de las entrevistas, se hace una reflexión acerca del papel de importancia que tiene el acompañamiento de las instituciones en el manejo y solución de dificultades emocionales en los jóvenes siendo coherente que se repita la palabra “ayuda”. Otras palabras que cobran relevancia son “hablar” y “escuchar” poniendo de manifiesto la necesidad que se tiene de poder sentir comodidad para exteriorizar problemas. Además, se repitieron otras palabras como, “participar” y “actividades”, resaltando la pertinencia de ampliar la experiencias e interacción de parte de los entrevistados en programas de promoción y prevención que potencialicen su desarrollo emocional. Estos resultados confirman los obtenidos en diferentes estudios de alfabetización en salud mental mencionados por Casañas y Corts, (2018) que evidencian que el apropiado conocimiento mejora el bienestar mental, “otros estudios muestran también que el estigma y la falta de conocimientos se han asociado a un retraso crónico en la búsqueda de ayuda” (p. 125).

Conclusiones.

Se evidencia un desconocimiento generalizado de la PPSM de los adolescentes respecto a las instituciones educativas a donde asisten, lo cual puede deberse a que en dichas instituciones se está dejando de lado la evidente importancia de planes de prevención y promoción de bienestar mental de los estudiantes, los cuales podrían aportar de manera positiva al aprendizaje del manejo emocional, lo que por ende, ayudaría a disminuir los síntomas depresivos ya presentes y a prevenir la aparición de nuevos que traigan consigo un mayor aumento en los niveles de depresión.

Si bien, los jóvenes están familiarizados con términos del campo de la psicología, no tienen una relación directa con las áreas de bienestar psicológico estudiantil en sus colegios y una importante falta de comunicación en sus hogares para desarrollar habilidades que permitan tener un manejo adecuado de las emociones.

Es importante entonces, no sólo la elaboración de planes efectivos de prevención, acción e intervención en el ámbito escolar en pro del bienestar mental de los alumnos, si no también una adecuada estrategia para invitar a los adolescentes a participar en ellos, generando confianza y seguridad a través de espacios tanto grupales como individuales y/o con sus acudientes donde ellos se sientan en libertad de expresar sus sentimientos y emociones sin temor a ser juzgados.

La alta prevalencia de rasgos depresivos y el inadecuado manejo emocional encontrados en los participantes estudiados hace evidente la importancia de implementar actividades, tanto de prevención como de intervención en el barrio San Fernando Nuevo de la ciudad de Cali, esto con el fin de evitar posibles conductas que puedan terminar en consumo de alcohol y drogas e incluso en autolesiones y suicidio (Tafet, 2018, p. 96).

De la misma manera, los resultados obtenidos relacionan también el bajo nivel de atención, claridad y reparación emocional con la presencia de sintomatología depresiva. Especialmente se evidencia que una escasa reparación emocional coincide con una presencia mayor de sintomatología depresiva. Estos hallazgos, unidos a la carencia de programas de promoción y prevención de la salud mental en la población de estudio, ponen de manifiesto una interconexión entre estas variables y por tanto la necesidad imperativa de implementación y desarrollo de programas de PPSM en el contexto educativo y social de los adolescentes de este sector de la ciudad de Cali.

Limitaciones.

Con respecto a las restricciones se encontraron objeciones por parte de los padres de familia para la autorización y participación en la investigación por motivo del distanciamiento social derivado de la pandemia (Covid 19) que se vive a nivel mundial. Otra limitante es que el desarrollo de la investigación se llevó a cabo con una muestra no representativa, limitando los resultados obtenidos e impidiendo su generalización. Igualmente, la disponibilidad reducida de tiempo de los encuestados a causa de actividades escolares y laborales prolongaron el desarrollo de la entrevista y/o la selección de nuevos participantes. Y finalmente, una gran limitante para el presente estudio fue la poca participación de la población escogida en programas de prevención y promoción de la salud mental.

Recomendaciones.

Se recomienda realizar estudios similares con el fin de elaborar comparaciones de resultados que favorezcan la percepción de los adolescentes frente a los programas de PPSM. Igualmente, podría ser ideal revisar muestras representativas que se han tomado en estudios anteriores para ampliar el margen de la población participante en futuros proyectos. Otra recomendación sería investigar posibles afectaciones psicológicas de los adolescentes como consecuencia de no contar con programas de prevención y promoción oportunos en las instituciones educativas y elaborar planes de trabajo que involucren actividades de PPSM que permitan evidenciar y evaluar resultados antes y después de la aplicación de dichos programas. Finalmente, se recomienda ampliar el rango de preguntas de la encuesta semiestructurada, con el propósito de profundizar en factores de índice de presencia de síntomas depresivos y escasez del adecuado manejo emocional en los adolescentes.

Referencias Bibliográficas.

- Alcaldía de Santiago de Cali (2018). *Ficha de caracterización socio-económica de los barrios de Santiago de Cali: Barrio San Fernando Nuevo*.
<http://web1.cali.gov.co/descargar.php?idFile=7865>
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B., & Steer, R. A. (2017). *BYI-2: Inventarios de Beck para niños y adolescentes-2: Manual*. PsychCorp.
- Bresó, É., Rubio, M. G. y Andriani, J. (2013, Julio-Diciembre). La Inteligencia Emocional y la Atención Plena (Mindfulness) como estrategia para la gestión de emociones negativas. *Psicogente*, 16(30), 439-450. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552364015>
- Cano-Vindel, A. y Moriana, J. A. (2018, Septiembre). Tratamiento de los problemas emocionales en jóvenes: un enfoque transdiagnóstico. *Revista de Estudios de Juventud*, 121(1), 133-150.
http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/injuve_121_web.pdf#page=119
- Casañas, R. y Corts, L. (2018, Septiembre). Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. *Revista de Estudios de Juventud*, 121(1), 117-132.
http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/injuve_121_web.pdf#page=119
- Cibils, J. P. (2021, Julio). *Adolescentes: Características*. UNICEF.
<https://www.unicef.org/uruguay/media/5416/file/Ficha%201%20-%20Caracter%C3%ADsticas%20de%20la%20adolescencia.pdf>
- Cooameva EPS. (s.f.). *¿Qué es promoción y prevención?* Coomeva EPS.
<http://eps.cooameva.com.co/publicaciones.php?id=9663>
- Del Barrio, V., Moreno Rosset, C. y López Martínez, R. (2001). Evaluación de la agresión y la inestabilidad emocional en niños españoles: su relación con la depresión. *Clínica y Salud*, 12(1), 33-50. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180618320002>
- Díaz-Bravo, L., Torruco-García, U., Varela-Ruiz, M. y Martínez-Hernández, M. (2013, Mayo 13). La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*, 27(7),

- 162-167. Scielo.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572013000300009&lng=es&tlng=es.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2013). Inteligencia emocional en adolescentes. *Padres Y Maestros / Journal of Parents and Teachers*, 1(352), 34-39.
<https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/1170>
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports* 94, 751-755.
- Gardner, H. (2005). *Inteligencias Múltiples*. Paidós.
http://infohumanidades.com/sites/default/files/apuntes/GARDNER%20inteligencias%20multiples%20las%20siete%20inteligencias_0.pdf
- Goleman, D. (1995). *Inteligencia Emocional*. Le Libros.
<https://ciec.edu.co/wp-content/uploads/2017/08/La-Inteligencia-Emocional-Daniel-Goleman-1.pdf>
- Macaya-Sandoval, X. C., Vyhmeister, R. P. y Parada, B. V. (2018, Mayo-Agosto). Evolución del constructo de Salud mental desde lo multidisciplinario. *Humanidades Médicas*, 18(2), 215-232. Scielo.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202018000200338
- Manrique-Solana, R. (2015, Junio). La cuestión de la inteligencia emocional. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 801-814. Redalyc.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265045386008>
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds). *Emotional Development and Emotional Intelligence: Implications for Educators* (p. 3-31). Basic Books.
- Mercado, M. M. J. (2020, noviembre 3). *Voyant Tools, una herramienta gratuita para la minería de texto*. Ude@ Educación Virtual.
<https://udearoba.udea.edu.co/blog/voyant-tools-una-herramienta-gratuita-para-la-mineria-de-texto/>
- Mestre, J.M. y Fernández-Berrocal, P. (2007). *Manual de Inteligencia Emocional*. Pirámide.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2017, Diciembre). *Boletín de Salud Mental: Salud Mental en niños, niñas y adolescentes*. Minsalud.
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-4-salud-mental-nna-2017.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias, y Pontificia Universidad Javeriana. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo 1*.
https://www2.javerianacali.edu.co/sites/ujc/files/node/field-documents/field_document_file/saludmental_final_tomoi_color.pdf
- MSD Salud. (s.f.). *Diferencia entre Promoción y Prevención de la Salud*. MDSsalud.
<https://www.msdsalud.es/cuidar-en/prevencion/quieres-saber-mas/diferencia-promocion-prevencion-salud.html>
- Organización Mundial de la Salud. (2018, marzo 30). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. WHO.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, septiembre 28). *Salud Mental del Adolescente*. WHO.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2020, enero 30). *Depresión*. WHO.
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Desarrollo en la adolescencia*.
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Promoción de la Salud*. OPS.
<https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
- Real Academia Española. (2021). *Diccionario de la Lengua Española* (23rd ed.).
<https://dle.rae.es>
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C. y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the trait meta-mood scale. En J. Pennebaker (ed.): *Emotion, disclosure and health*. American Psychological Association.

Suberviola-Ovejas, I. (2011). Competencia Emocional y Rendimiento Académico en el

Alumnado Universitario. *Vivat Academia*, 117(1), 1-17.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525752959006>

Tafet, G. E. (2018). *Ansiedad y depresión. Los trastornos más comunes derivados del estrés*

crónico. España: Bonalletra Alcompas S.L.

https://www.unilib.com/ficha/ansiedad-y-depresion-los-trastornos-mas-comunes-derivados-del-estres-cronico_87955888/

Veytia-López, M., Fajardo-Gómez, R. J., Guadarrama-Guadarrama, R., y Escutia-González, N.

(2016). Inteligencia Emocional: Factor Positivo ante la Depresión en Adolescentes de Bachillerato. *Informes Psicológicos*, 16(1), 35-50.

<https://doi.org/10.18566/infpsicv16n1a02>

Anexos.

Anexo 1: Consentimiento informado

 POLI POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	MIEMBRO DE LA RED ILUMINO	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PROCESO	MISIONAL
			CÓDIGO	TE RE FORMATO
			VERSION	01
			PÁGINA	1 DE 47

Consentimiento Informado Práctica II – Investigativa Educativa - Clínica

Nombres de los/as practicantes: Dariana Carolina Anacona Guzman
 Diana Zulay Peláez Trujillo
 Jenny Paola Duque Cortés
 Miller Gómez Ruiz

Consideraciones antes de firmar el consentimiento:

Dentro de las normas deontológicas y bioéticas para el ejercicio de la profesión de psicología estipuladas en Colombia en la ley 1090 de 2006, se encuentra el cumplimiento del artículo 25, el cual estipula que cuando se trata de menores de edad que no pueden dar su consentimiento informado, la información se entregará a los padres, tutor o persona encargada para recibir la misma.

La información busca comunicar oportunamente al padre o tutor las actividades y/o acciones que se realizarán durante la intervención de la Práctica II – Investigativa Educativa - Clínica, solicitando su consentimiento anticipadamente para el desarrollo del proyecto denominado IMPACTO DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL EN EL MANEJO EMOCIONAL DE LOS ADOLESCENTES DEL BARRIO SAN FERNANDO NUEVO EN CALI, cuyo objetivo es Descubrir el impacto que tiene la prevención y promoción en salud mental en el manejo emocional de adolescentes de 14 a 16 años.

Por tanto, con el presente documento escrito busca informar a usted acerca del proceso investigativo del que usted acompañará, por lo cual solicitamos diligenciar de su puño y letra los espacios en blanco.

 POLI POLITÉCNICO GRANCOLOMBIANO INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA	CONSENTIMIENTO INFORMADO	PROCESO	MISIONAL
		CÓDIGO	TE RE FORMATO
		VERSIÓN	01
		PÁGINA	1 DE 47

Logro reconocer el ejercicio autónomo que me permite ser parte del proyecto de investigación, actuando consecuentemente de forma libre y voluntaria; de igual manera puedo decidir cuándo retirarme u oponerse al ejercicio académico que se lleva a cabo por parte del grupo de estudiantes practicantes, sin necesidad de justificación alguna y sin inconvenientes personales y/o legales que vinculen mi nombre.

Comprendo y acepto que durante el proceso de investigación pueden aparecer circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión de la investigación original o la realización de otro elemento investigativo no mencionado anteriormente.

Doy mi consentimiento a los estudiantes practicantes del programa de Psicología de la Institución Universitaria Politécnico Gran Colombiano para que realicen los procedimientos adicionales que juzguen necesarios.

Yo _____, con c.c. _____ de _____; al firmar este formulario reconozco que los he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado amplias oportunidades de formular preguntas y que todas las preguntas que he formulado han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria. Entiendo que las entrevistas, talleres, ejercicios, entre otros, pueden ser grabados en video o en audio o registrados fotográficamente. Acepto que se haga uso de citas textuales de forma anónima. Si el participante es menor de edad, como padre, madre o representante legal, autorizo la participación de mi hijo, hija o representado. Todos los espacios en blanco o frases por completar han sido llenados y todos los puntos en los que no estoy de acuerdo han sido marcados antes de firmar este consentimiento.

Nombre del Participante: _____

Documento de identificación: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del padre, madre o representante: _____

Documento de identificación: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Entrevista Semiestructurada

Esta entrevista tiene como finalidad poder conocer tus percepciones sobre la salud mental. No hay respuestas buenas, ni malas, ya que cada persona tiene una visión diferente sobre situaciones de la vida, que son de interés para nuestro proyecto. Por lo tanto, el objetivo específico es “Conocer la percepción de los adolescentes sobre la prevención y promoción de la salud mental”.

1. ¿Cuántos años tienes?
2. ¿Qué año estás cursando en el colegio?
3. ¿Con quienes vives?
4. ¿Cómo describirías tu salud en general? Por favor haz una descripción amplia para esta pregunta.
5. ¿Has escuchado hablar sobre la salud mental? ¿Lo consideras un tema importante? ¿Por qué?
6. ¿En tu familia has escuchado hablar sobre la salud mental?
7. ¿Conoces a alguien cercano que haya padecido alguna enfermedad mental? Si conoces a alguien, podrías decirnos ¿cuáles enfermedades y cómo fue la experiencia?
8. ¿Cómo describirías tu salud mental?
9. ¿A quién o quiénes pides ayuda cuando te encuentras en una situación difícil? ¿Cómo lo haces?
10. ¿Según lo que conoces o has escuchado, sabes si en tu institución educativa hay un programa de promoción y prevención de la salud mental? Si lo hay, ¿podrías describirnos un poco de qué trata? Si no lo hay ¿Cuál consideras es el motivo para que no haya este tipo programas en tu escuela? ¿Si existiera te gustaría participar?
11. Cuéntanos un poco sobre tu participación en las actividades y programas dirigidos por el psicólogo (a) de tu institución educativa.
12. ¿Alguna vez has buscado apoyo en tu institución educativa para discutir alguna situación emocional que te preocupe? Si buscaste ayuda, ¿podrías describirnos tu experiencia? Y si no lo hiciste ¿qué te impidió hacerlo?
13. Podrías contarnos cómo se manejan las situaciones difíciles en tu familia.

Anexo 3. Inventario de Beck para Niños y Adolescentes 2 (BYI-2)



Nombre: _____
 Fecha de aplicación: ____/____/____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Edad: _____ Sexo: _____

A continuación encontrarás una lista de frases sobre cosas que suceden a las personas y que las personas piensan o sienten. Lee cada frases atentamente y rodea con un círculo la opción (Nunca, A veces, A menudo, Siempre) que mejor te describa, sobre todo durante las dos últimas semana. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS.

	0	1	2	3
1. Creo que mi vida es un asco.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
2. Me cuesta hacer las cosas.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
3. Me considero una mala persona.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
4. Deseo estar muerto.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
5. Duermo mal.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
6. Siento que nadie me quiere.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
7. Creo que pasan cosas malas por mi culpa.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
8. Me siento solo.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
9. He dejado de disfrutar las cosas.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
10. Siento que me pasan cosas malas.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
11. Me siento estúpido.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
12. Me doy pena.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
13. Creo que hago las cosas mal.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
14. Me siento mal por lo que hago.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
15. Me odio.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
16. Quiero estar solo.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
17. Tengo ganas de llorar.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
18. Me siento triste.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
19. Me siento vacío.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
20. Creo que mi vida será un desastre.	Nunca	A veces	A menudo	Siempre

Beck Youth Inventories-Second Edition. Copyright © 2005 NCS Pearson, Inc. Copyright de la adaptación española © 2017 NCS Pearson, Inc. Todos los derechos reservados. Adaptación española realizada y distribuida por Pearson Educación, S.A., Ribera del Loira, 16-18, Madrid 28042, con la autorización de NCS Pearson, Inc. (EE. UU.). ISBN: 9788490355572 Depósito legal: M-11674-2017 Impreso por: Impresos Izquierdo. Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, y bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento.



Anexo 4. Cuestionario auto aplicable TMMS- 24

A continuación encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase y luego indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con un círculo la respuesta que más se aproxime a sus preferencias. No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

		Nada de acuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado de ánimo.	1	2	3	4	5
5	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes situaciones.	1	2	3	4	5
14	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5
16	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20	Intento tener pensamientos positivos aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de calmarme.	1	2	3	4	5
22	Me esfuerzo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24	Cuando estoy enfadado intento que se me pase.	1	2	3	4	5

Informe Resumen Resultados Cualitativos

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, lo que permitió recopilar la información de un grupo de 20 adolescentes. Fue guiada por medio de un moderador y se analizó el intercambio de respuestas y su perspectiva frente al tema propuesto.

Tema propuesto: Conocimiento y percepción de los adolescentes sobre la prevención y promoción de la salud mental y el manejo emocional.

Recursos: Se aplicó una entrevista semiestructurada y dos cuestionarios cuyas respuestas fueron consignadas en una base de datos para su posterior clasificación y tabulación.

Objetivo: Conocer la percepción de los adolescentes sobre la prevención y promoción de la salud mental.

Resultados

La percepción que se tiene por parte de los adolescentes es desinformación de los programas de promoción y prevención en la salud mental, los siguientes resultados se obtienen a partir de una entrevista semiestructurada que se realizó a los 20 participantes.

- Frente a la pregunta, “*¿Cómo describirías tu salud en general?*”, de las respuestas a la entrevista semiestructurada realizada a los adolescentes del barrio San Fernando Nuevo se puede identificar que la totalidad de estos logran diferenciar el estado físico del mental; se resalta un estado de bienestar a nivel general y en condiciones de realizar las actividades diarias.
- Frente a la pregunta “*¿Has escuchado hablar sobre la salud mental? ¿Lo consideras un tema importante? ¿Por qué?*”, 19 han escuchado hablar de la salud mental, y solo 1 participante no. Se evidencia, por tanto, que la mayoría de los entrevistados tiene conocimiento o ha escuchado al menos una vez hablar sobre salud mental; se destaca la relación que le dan a la salud mental con la capacidad de mejorar como personas, tener un adecuado manejo de pensamientos negativos (reconocimiento de estados de ánimo) y la capacidad de desenvolverse de manera óptima en otros contextos (prever situaciones), enfatizan en la importancia que su estado mental positivo refleja un estado físico bueno.
- Frente a la pregunta, “*¿En tu familia has escuchado hablar sobre la salud mental?*”, los participantes indican en un alto porcentaje que no abordan temas sobre la salud mental en sus hogares, algunos no participan en conversaciones con su familiares o prefieren no tocar el tema. Los participantes que respondieron de manera positiva, afirman entre otras cosas que lo conversan desde la perspectiva cristiana desde el cuidado de los buenos hábitos, modales y fe para encontrar un equilibrio interior o espiritual. Para otros se aborda como un tema sujeto de diálogo solo con profesionales (Psicólogo).

- Frente a la afirmación, *“La depresión y ansiedad son enfermedades mentales ¿Has escuchado hablar de ellas?”*, se identifica en su totalidad una familiarización de los entrevistados con estos terminos. Si han escuchado al menos una vez hablar al respecto.
- Frente a la pregunta *“¿Conoces a alguien cercano que haya padecido alguna enfermedad mental?”*, un porcentaje amplio afirma no haber tenido relación con familiares o vivenciar casos de enfermedades mentales. Un porcentaje menor indica haber tenido experiencias negativas, sin embargo no especifican con detalle sobre diagnósticos.
- Frente a la pregunta, *“¿Cómo describirías tu salud mental?”*, se identifican posturas divididas por parte de los entrevistados. Una parte de ello asocia el estado mental con síntomas de estrés y alta preocupación derivadas de las actividades y compromisos escolares que deben cumplir, otros asocian características de algunos síntomas de la depresión para relacionar la falta de estabilidad en algunos aspectos cotidianos de la vida. Por otra parte, los entrevistados hacen mención a un nivel permanente de bienestar o sin preocupaciones.
- Frente a la pregunta, *“¿A quién o quiénes pides ayuda cuando te encuentras en una situación difícil? ¿Cómo lo haces?”*, una cantidad importante acude a sus padres como alternativa principal en búsqueda de ayuda para hacer frente a situaciones de toma de acción. Otros prefieren acudir a sus amigos y un porcentaje menor indica que prefiere quedarse solo o callar.
- Ante la pregunta, *“¿Según lo que conoces o has escuchado, sabes si en tu institución educativa hay un programa de promoción y prevención de la salud mental?”*, el 55% no está seguro, el 30% no y solo el 15% sí ha escuchado. Los adolescentes, con excepción de 3 participantes desconocen que haya un programa de prevención y promoción en sus instituciones educativas lo que pone de manifiesto una importante ausencia de socialización por parte de las instituciones de estos programas y del acompañamiento a los jóvenes en estos casos.
- Frente a la pregunta, *“Si hay un programa de promoción y prevención de la salud mental, ¿podrías describirnos un poco de qué trata?”*, hubo 6 respuestas las cuales 3 participantes lo plantearon como “Bienestar y apoyo en psicología para los estudiantes” y los otros 3 dicen no tenerlo en sus instituciones. Se evidencia por medio de las respuestas, que los adolescentes no tienen interés por participar de las actividades que pueden conllevar un programa de prevención y promoción, esto debido al desconocimiento de la existencia de estos programas y la poca socialización en su institución.
- Frente a la pregunta, *“Si no lo hay ¿Cuál consideras es el motivo para que no haya este tipo programas en tu escuela? ¿Si existiera te gustaría participar?”*, algunos participantes manifestaron que “Porque creen que este tema no es tan importante como lo es en realidad” y 17 de 20 sí les gustaría participar en este tipo de programas.

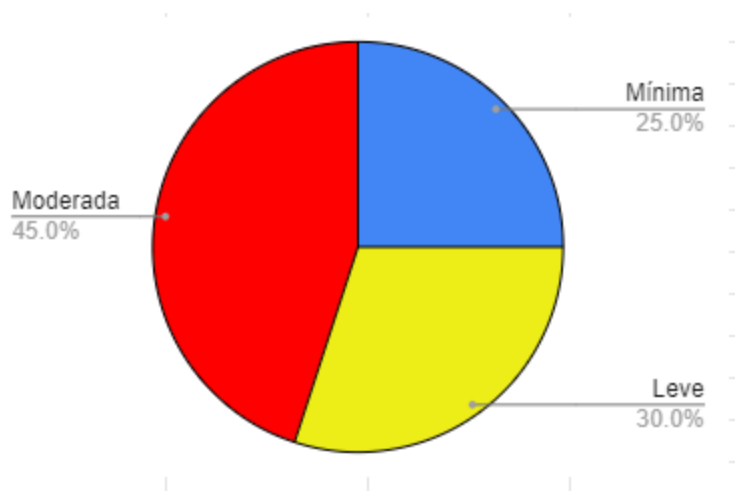
- Frente a la afirmación, “*Cuéntanos un poco sobre tu participación en las actividades y programas dirigidos por el psicólogo (a) de tu institución educativa*”, se identifica una importante falta de participación en estos programas por la falta de conocimiento de los mismos, debido a que no hay una familiarización del tema ni de las ventajas que implica para la salud mental óptima de estos, algunos consideran que el psicólogo solo actúa en casos urgentes y personas ya diagnosticadas.
- Frente a la pregunta, “*¿Alguna vez has buscado apoyo en tu institución educativa para discutir alguna situación emocional que te preocupe?*”, 6 participan en este tipo de actividades que realiza la institución, 3 de ellos manifestaron que no hay psicólogo en su plantel educativo, y 11 no participan de dichas actividades. De acuerdo a los resultados obtenidos, se identifica una postura negativa por parte de los entrevistados, los cuales no toman en consideración el apoyo y acompañamiento de sus institución en sus dificultades personales.
- Frente a la pregunta, “*¿Podrías contarnos cómo se manejan las situaciones difíciles en tu familia?*”, los participantes comprenden el diálogo como el mecanismo adecuado para abordar potenciales momentos de crisis. En su mayoría, los adolescentes manifiestan que se plantea la situación objeto de discusión llegando a establecer acuerdos y lograr soluciones. Un porcentaje mínimo, prefiere no involucrarse en los temas familiares y otro porcentaje considera que la familia recurre a la ayuda de una persona que facilite la visión desde otra perspectiva (Líder religioso, psicólogo, etc).

Anexo 6: Resultados Inventario de Beck para Niños y Adolescentes 2 (BYI-2)

Tabla 1. Puntaje obtenido por participante

Participante	Edad	Puntaje obtenido	Grado de depresión
1	16	14	Leve (Ligeramente deprimido)
2	15	3	Mínima (No deprimido)
3	16	22	Moderada (Medianamente deprimido)
4	16	16	Leve (Ligeramente deprimido)
5	15	17	Leve (Ligeramente deprimido)
6	14	23	Moderada (Medianamente deprimido)
7	16	23	Moderada (Medianamente deprimido)
8	16	17	Leve (Ligeramente deprimido)
9	14	21	Moderada (Medianamente deprimido)
10	14	28	Moderada (Medianamente deprimido)
11	14	9	Mínima (No deprimido)
12	16	13	Mínima (No deprimido)
13	15	28	Moderada (Medianamente deprimido)
14	15	27	Moderada (Medianamente deprimido)
15	16	13	Mínima (No deprimido)
16	16	14	Leve (Ligeramente deprimido)
17	16	14	Leve (Ligeramente deprimido)
18	16	20	Moderada (Medianamente deprimido)
19	14	9	Mínima (No deprimido)
20	16	21	Moderada (Medianamente deprimido)

Figura 3. Porcentajes obtenidos para cada grado de depresión



Anexo 7. Resultados de la Escala para la Evaluación de la Expresión, Manejo y Reconocimiento de Emociones (TMMS-24)

Tabla 2. Puntuación de los participantes en cada una de las dimensiones

Participante	Edad	Sexo	Atención Emocional	Centil	Claridad Emocional	Centil	Reparación Emocional	Centil
1	16	M	10	Menor a 5	13	Menor a 5	12	Menor a 5
2	15	M	21	20	40	95	38	90
3	16	F	24	30	20	20	29	65
4	16	M	16	10	25	35	35	80
5	15	M	18	10	19	15	19	5
6	14	M	28	60	23	20	30	65
7	16	F	22	20	16	5	25	45
8	16	M	21	25	29	60	26	40
9	14	F	22	20	17	5	22	25
10	14	F	19	10	25	35	17	5
11	14	F	31	60	24	30	34	80
12	16	M	24	40	27	45	22	20
13	15	M	12	Menor a 5	13	Menor a 5	20	10
14	15	M	20	15	27	45	17	Menor a 5
15	16	M	35	90	36	90	38	95
16	16	M	18	15	20	15	22	20
17	16	M	12	Menor a 5	21	20	37	90

18	16	F	34	80	25	35	16	5
19	14	F	15	Menor a 5	9	Menos a 5	18	10
20	16	M	25	45	30	65	31	65

Figura 4. Cantidad numérica Atención Emocional

Cantidad numérica Atención Emocional

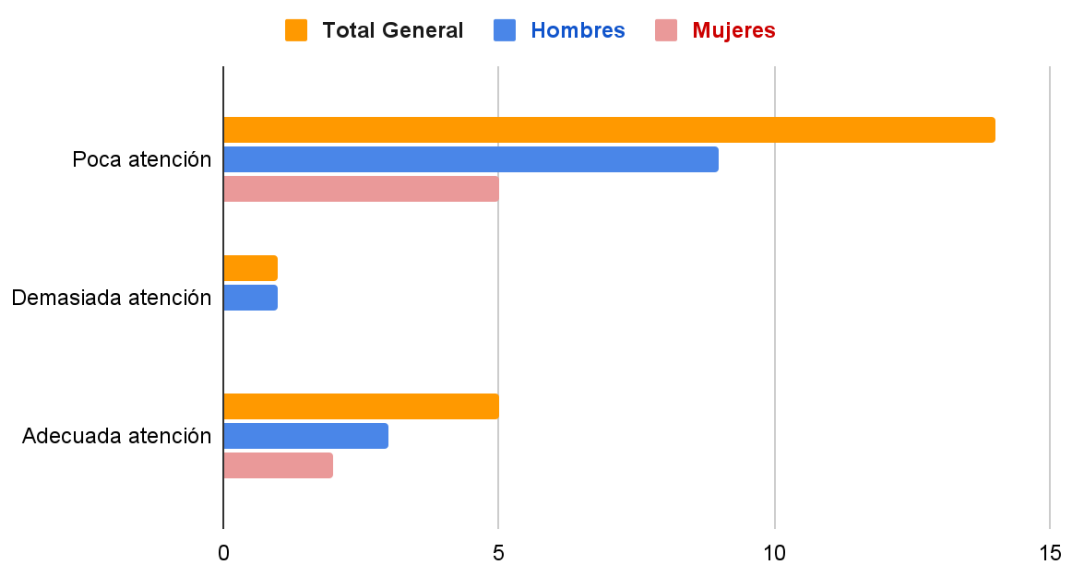


Figura 5. Cantidad numérica Claridad Emocional

Cantidad numérica Claridad Emocional

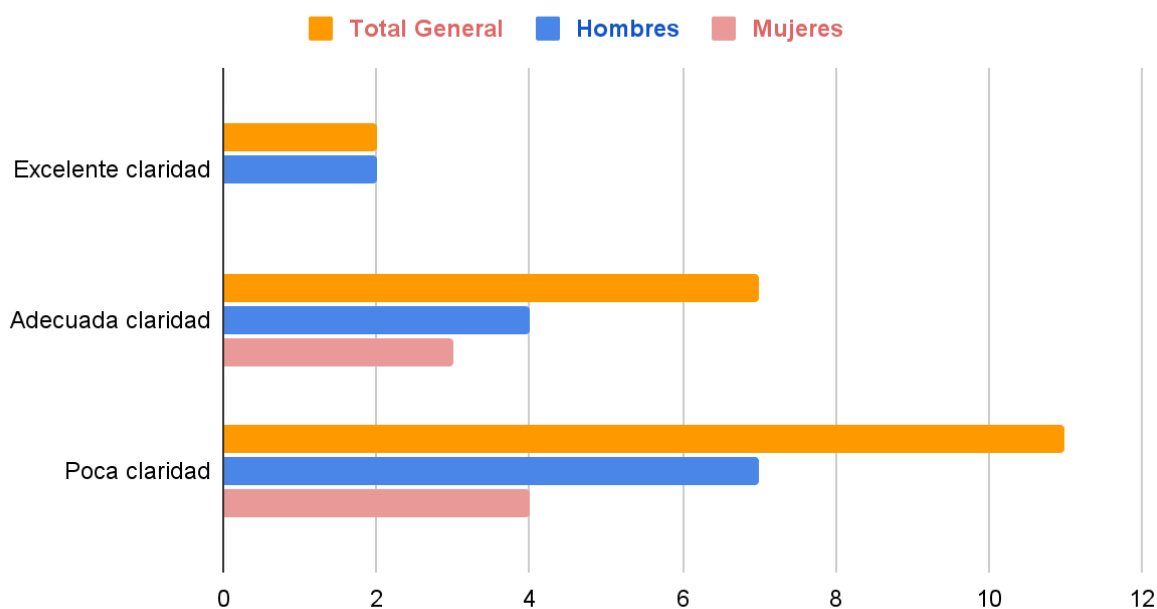
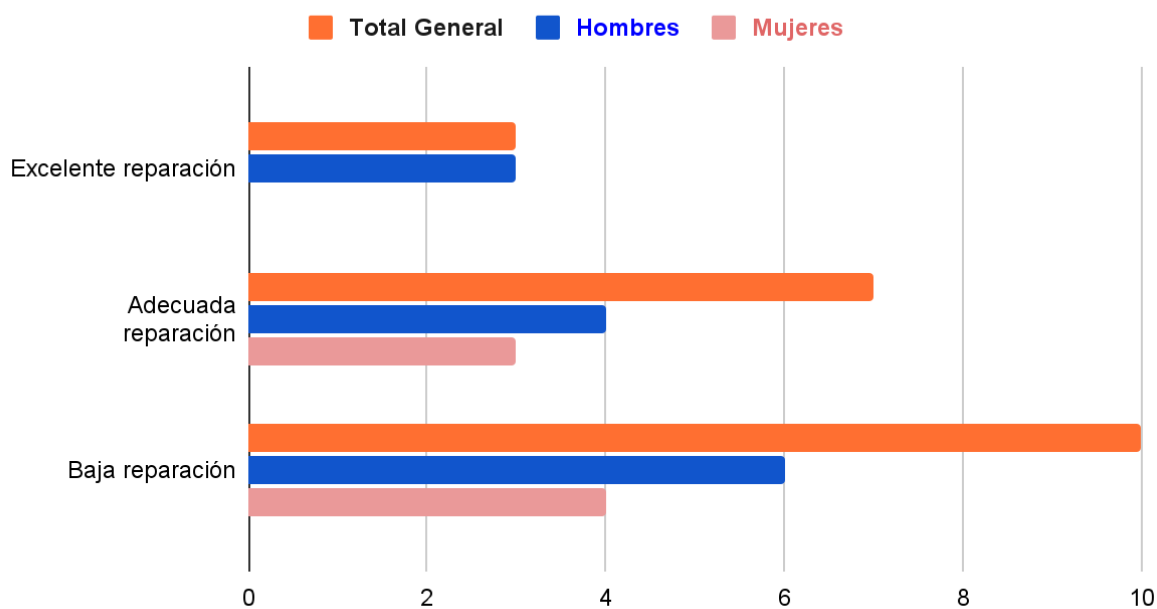


Figura 6. Cantidad numérica Reparación Emocional

Cantidad numérica de Reparación Emocional



FICHA REPORTE PRODUCTO MULTIMEDIA PRÁCTICAS SUSTENTACIÓN

Autores	Nombres y apellidos estudiantes: ● Dariana Carolina Anacona Guzman ● Jenny Paola Duque Cortes ● Miller Gómez Ruiz ● Diana Zulay Pelaez Trujillo
	Asesor: MSc.Cristian Ivan Giraldo Leon
Objetivo del proyecto	Descubrir el impacto que tiene la prevención y promoción en salud mental en el manejo emocional de adolescentes de 14 a 16 años en el barrio San Fernando Nuevo en Cali.
Título del material	Impacto de la Promoción y Prevención en Salud Mental en el Manejo Emocional de los Adolescentes
Objetivo del material	Sustentar el proyecto investigativo “Impacto de la Promoción y Prevención en Salud Mental en el Manejo Emocional de los Adolescentes del Barrio San Fernando Nuevo en Cali”.
Tipo de producto (podcast, video)	Video
Enlace producto multimedia	https://youtu.be/ha2AV7b9DXQ