



Técnicas e instrumentos para la promoción y prevención en diferentes contextos psicológicos

Guía didáctica



Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Recursos

Facultad de Ciencias Sociales, Educación y Humanidades

Departamento de Psicología

Técnicas e Instrumentos para la Promoción y Prevención en Diferentes Contextos Psicológicos

Guía didáctica

Carrera	PAO Nivel
▪ Psicología	V

Autora:

Jaramillo Bustamante María Emilia



Asesoría virtual
www.utpl.edu.ec

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Universidad Técnica Particular de Loja

Técnicas e Instrumentos para la Promoción y Prevención en Diferentes Contextos Psicológicos

Guía didáctica

Jaramillo Bustamante María Emilia

Diagramación y diseño digital:

Ediloja Cía. Ltda.

Telefax: 593-7-2611418.

San Cayetano Alto s/n.

www.ediloja.com.ec

edilojacialtda@ediloja.com.ec

Loja-Ecuador

ISBN digital - 978-9942-25-968-4



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual
4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Usted acepta y acuerda estar obligado por los términos y condiciones de esta Licencia, por lo que, si existe el incumplimiento de algunas de estas condiciones, no se autoriza el uso de ningún contenido.

Los contenidos de este trabajo están sujetos a una licencia internacional Creative Commons **Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0** (CC BY-NC-SA 4.0). Usted es libre de **Compartir** – copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. **Adaptar** – remezclar, transformar y construir a partir del material citando la fuente, bajo los siguientes términos: **Reconocimiento** – debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatario. **No Comercial** – no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. **Compartir igual** – Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original. No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Índice

Índice

1. Datos de información.....	8
1.1. Presentación de la asignatura	8
1.2. Competencias genéricas de la UTPL.....	8
1.3. Competencias específicas de la carrera.....	9
1.4. Problemática que aborda la asignatura.....	9
2. Metodología de aprendizaje.....	9
3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje.....	11
Primer bimestre	11
Resultado de aprendizaje 1	11
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje	11
Semana 1	12
Unidad 1. Proceso Salud - Enfermedad: Situación de la Promoción de Salud.....	12
1.1. Fundamentos de promoción y prevención.....	12
1.2. Promoción y prevención de la salud	14
1.3. El modelo de los determinantes de la salud.....	18
Actividades de aprendizaje recomendadas	20
Semana 2	22
1.4. Programas de promoción de la salud	22
1.5. Evaluación de programas de promoción de la salud	27
Actividades de aprendizaje recomendadas	28
Autoevaluación 1	30
Semana 3	33

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Recursos

Unidad 2. Áreas de Intervención en Promoción y Educación para la Salud desde una Perspectiva Biopsicosocial.....	33
2.1. Fundamentos teóricos y aplicaciones de la promoción de la salud física.....	34
Actividades de aprendizaje recomendadas	43
Semana 4	44
2.2. Fundamentos teóricos y aplicaciones en prevención de la salud mental	45
Actividades de aprendizaje recomendadas	53
Autoevaluación 2	55
Semana 5	58
Unidad 3. Proyectos de Intervención en el Área de la Salud	58
3.1. Teoría y estrategia para desarrollar e instrumentar intervenciones para la promoción de la salud.....	59
Actividades de aprendizaje recomendadas	67
Semana 6	69
Actividades de aprendizaje recomendadas	76
Autoevaluación 3	78
Semana 7	81
Actividades de aprendizaje recomendadas	81
Actividades finales del bimestre.....	82
Semana 8	82
Actividades de aprendizaje recomendadas	82

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Recursos

Segundo bimestre	84
Resultado de aprendizaje 1	84
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje	84
Semana 9	85
 Unidad 4. Estrategias de promoción y prevención.....	85
4.1. Programas de prevención de la salud mental	85
4.2. El programa nacional y el proyecto ¡Inclúyenos!	86
4.3. El programa nacional “Las personas lo están haciendo bien” y el proyecto “Start”	90
Actividades de aprendizaje recomendadas	95
Semana 10	96
4.4. Promoción del bienestar psicológico.....	97
4.5. Conceptualización del bienestar	97
4.6. Relaciones entre bienestar y salud.....	101
4.7. Fundamentos teóricos de la promoción del bienestar	103
4.8. Estrategias y actividades de promoción y bienestar.....	104
4.9. Programa de promoción de emociones positivas y recursos psicológicos en pacientes cardíacos	107
Actividades de aprendizaje recomendadas	110
Autoevaluación 4	112
Semana 11	115
 Unidad 5. Ámbitos o Contextos de Actuación.....	115
5.1. Salud, género y violencia: dimensión preventiva.....	116
Actividades de aprendizaje recomendadas	121
Semana 12	124
5.2. Factores resilientes en adultos mayores que viven en situaciones de pobreza	124

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Recursos

Actividades de aprendizaje recomendadas	131
Autoevaluación 5	134
Semana 13	137
Unidad 6. Recursos y Técnicas de Intervención Primaria	137
6.1. Técnicas basadas en la información	138
6.2. Técnicas dirigidas al aumento y/o disminución de conductas (Larroy y De la Puente, 1995)	138
6.3. Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad.....	140
Actividades de aprendizaje recomendadas	141
Semana 14	143
6.4. Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas	144
6.5. Técnicas cognitivas.....	145
6.6. Paquetes de técnicas dirigidas a la autorregulación de la conducta y al afrontamiento del estrés	145
6.7. Técnicas grupales	146
Actividades de aprendizaje recomendadas	148
Autoevaluación 6	150
Semana 15	153
Actividades finales del bimestre.....	153
Semana 16	154
4. Solucionario	155
5. Referencias bibliográficas	162
6. Recursos	168

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Recursos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



1. Datos de información

1.1. Presentación de la asignatura



1.2. Competencias genéricas de la UTPL

- Comunicación oral y escrita
- Pensamiento crítico y reflexivo
- Trabajo en equipo
- Comunicación en inglés
- Compromiso e implicación social
- Comportamiento ético
- Organización y planificación del tiempo

1.3. Competencias específicas de la carrera

- Interviene mediante propuestas de prevención y promoción la salud mental para mejorar la calidad de vida de la colectividad proponiendo estrategias de intervención psicológica a nivel local, regional y nacional.

1.4. Problemática que aborda la asignatura

En el quinto nivel académico, la asignatura de Técnicas e Instrumentos para la Promoción y Prevención en diferentes Contextos Psicológicos permite al estudiante adquirir diversas herramientas, estrategias y técnicas que le permitirán diseñar, implementar y evaluar propuestas de promoción y prevención de la salud mental aplicado en los diferentes contextos de actuación. De este modo, el estudiante será capaz de conocer la importancia de la prevención en el campo de la psicología y la necesidad de elaborar programas de promoción de la salud desde una perspectiva integral.



2. Metodología de aprendizaje

Estimado estudiante durante el desarrollo de la presente asignatura se aplicará la metodología de Aprendizaje basado en problemas (ABP), que consiste en que el estudiante adquiere gran parte de los conocimientos por sí mismo, puesto que el contenido que va a aprender no es presentado en su forma final, sino que debe ser descubierto. Además, este método facilita la indagación de los

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

estudiantes en la investigación al experimentar, descubrir y responde a incógnitas propias. Por lo tanto, el papel del docente es guiar, evaluar, apoyar y brindar las herramientas necesarias para que el estudiante sea quién adquiera la autonomía de su aprendizaje y sea capaz de desarrollar un pensamiento crítico para la toma de decisiones y resolución de problemas concretos.

Es decir, esta metodología se aplicará en un primer momento reconociendo los problemas psicosociales y detectando las necesidades que hoy en día afectan la salud en nuestra comunidad. Luego, en un segundo momento, buscará las alternativas y técnicas que faciliten el desarrollo de programas de intervención para promover la salud y prevenir la aparición de posibles cuadros patológicos. Para comprender mejor el desarrollo del proceso de ABP, le sugiero revisar el REA titulado ["Rol del estudiante en el aprendizaje basado en problemas"](#) (Barrios y Mariño, 2018); que le facilitarán construir un nuevo conocimiento mediante el cuestionamiento, la reflexión e investigación.

Recuerde que, es muy importante revisar en fuentes de información con evidencia científica a fin de conocer cómo los diversos profesionales han logrado mejorar la calidad de vida de las personas desde los programas de intervención y saber que se puede mejorar en las nuevas propuestas de intervención.



3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje



Primer bimestre

Resultado de aprendizaje 1

Comprende a la salud y las estrategias de promoción y prevención desde una perspectiva integral, analizando las mismas para luego aplicarlas y evaluar los resultados de este proceso.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje

Estimado estudiante, durante el primer bimestre estudiaremos la conceptualización del término salud desde una perspectiva biopsicosocial, aprenderemos los conceptos clave en la promoción de la salud, así como, los factores que constituyen los determinantes de la salud. Para posteriormente, conocer las fases del desarrollo y evaluación de los programas de promoción y prevención de la salud física y mental. En el transcurso de las unidades encontrará actividades recomendadas, autoevaluaciones y recursos externos que le permitirán profundizar en el tema.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



Semana 1



Unidad 1. Proceso Salud - Enfermedad: Situación de la Promoción de Salud

Estimado estudiante, esta primera semana iniciaremos abordando los fundamentos de la promoción y prevención de la salud desde una perspectiva integral, dado que parte de nuestro quehacer psicológico es mejorar la calidad de vida de las personas. Los contenidos de la Unidad 1 se encuentran disponibles en el capítulo 1 del texto básico: Fundamentos de promoción y prevención de la salud (Sanjuán y Rueda, 2014).

1.1. Fundamentos de promoción y prevención

Para elaborar un programa de promoción y prevención en diferentes contextos psicológicos es importante que, previamente contemos con los conocimientos teóricos acerca de la temática, por ello, vamos a empezar comprendiendo qué es salud. La Organización Mundial de la Salud define a la salud de forma holística y se basa en el modelo biopsicosocial poniendo énfasis en la interrelación de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales en el mantenimiento de la misma (Sanjuán y Rueda, 2014); por ende, no puede existir de forma

independiente la salud física, la mental ni el bienestar/salud social ya que todas estas son interdependientes entre sí (Estrada, Vinajera y Estrada, 2010).

La decadencia de la salud en las últimas décadas por el predominio de patrones de enfermedades crónicas debido a causas múltiples (psicológicas, sociales, culturales y medioambientales), el envejecimiento poblacional, los incrementos en los costes por el cuidado de la salud y el notable vínculo existente entre comportamiento y riesgo de morbili-mortalidad generó grandes preocupaciones, por lo que se inició a buscar alternativas que permitan conservar y mejorar la salud del individuo.

Ante estas alternativas, el abordaje de la promoción y prevención de la salud desde un modelo integral u holístico fue una de las de mayor impacto (Vargas, Trujillo y Muñoz, 2010), proponiendo acciones o estrategias que influyen sobre los determinantes de la salud: factores individuales (estilos de vida) y ambientales (condiciones sociales, económicas y el entorno físico) para su preservación o mejoramiento (Vidal, Chamblas, Zavala, Müller, Rodríguez y Chávez, 2014).

El carácter holístico de la promoción de la salud refiere que la puesta en marcha de este proceso requiere de la intervención de equipos multidisciplinares que incluyan profesionales conocedores de distintas ciencias, dentro de ellas se encuentra la psicología, que juega un papel crucial en la promoción de la salud, sobre todo en la salud mental ya que proporciona conocimientos necesarios para modificar estilos de vida o patrones de comportamiento inadecuados (Vidal. et al., 2014).

Estimado estudiante, si está más interesado en conocer sobre los antecedentes y las áreas relacionadas al ámbito de la promoción de la salud puede revisar el REA titulado “[El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud](#)” (Sanabria, 2007),

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

en dónde encontrará contribuciones importantes relacionadas a la salud, bienestar y calidad de vida

Una vez leído el REA usted comprenderá que existen otras disciplinas que contribuyen a la promoción de la salud, como, por ejemplo: la medicina comportamental, sociología médica y medicina preventiva, a pesar que cada una tiene diferentes objetivos de intervención. Asimismo, cuando se habla de la calidad de vida y el bienestar es imprescindible que el abordaje sea multidisciplinario y multidimensional.

1.2. Promoción y prevención de la salud

La promoción y prevención son dos políticas de la salud que poseen génesis y desarrollos diferentes, han logrado un puesto específico en el discurso sanitario lo que las hace un campo en permanente movimiento y evolución (Eslava, 2002). La diferencia fundamental es el objeto o foco hacia donde van dirigidas las intervenciones: la primera pone énfasis en lo saludable y la segunda en la enfermedad y los factores de riesgo (Restrepo y Málaga, 2002).

1.2.1. Conceptos clave en la promoción de la salud

La promoción es una de las funciones esenciales de la salud pública, se la define como el proceso en el que se capacita o proporciona a los individuos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma (Albuquerque et al., 2016), fortaleciendo el autocuidado, las redes de apoyo social, la capacidad de elección de las maneras más saludables de vivir y la creación de ambientes favorables (Restrepo y Málaga, 2002).

La lógica de la promoción de la salud se basa en identificar situaciones sanitarias deseables o ideales colectivos de buen vivir que se desea lograr y posteriormente buscar modos y condiciones que pueden facilitar el alcance de dichos ideales (Eslava, 2002) de este modo la promoción hace hincapié en la salud positiva.

Acciones o estrategias usadas en la promoción de la salud

Las acciones o estrategias están dirigidas a los elementos determinantes de la salud:

- **Factores individuales:** es foco de estudio de los profesionales de psicología ya que las acciones que se proponen tienen como fin propiciar la salud mediante el desarrollo de estrategias o habilidades personales que influyan sobre aspectos interpersonales, cognitivos y emocionales para lograr estilos de vida saludables, modificación de patrones de comportamiento inadecuados o la implantación y mantenimiento de nuevos comportamientos, según sea el caso a tratar (Álvarez, 2013).

Las habilidades desarrolladas permitirán adaptarse a las circunstancias y abordar con eficacia las exigencias, de modo que se eviten alteraciones en la salud mental, social y física, incluyen la capacidad de toma de decisiones, solución de problemas, pensamiento creativo y crítico, conocimiento de sí mismo, empatía y habilidades de comunicación. De la misma manera se prevé desarrollar habilidades que favorezcan las relaciones interpersonales: autoestima, autoeficacia, autodeterminación, control personal, regulación de emociones y manejo del estrés (Sanjuán y Rueda, 2014).

- **Factores ambientales:** las acciones están encaminadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas (niveles educativos y de ingresos, condiciones de trabajo, accesibilidad a servicios sanitarios, condiciones de vivienda, etc.) que sean necesarias (Fernández, Thielmann y Bormey, 2012; Álvarez, 2013).

Por ende, se proporcionan acciones que permitan el cumplimiento de los siguientes objetivos:

- La construcción de políticas públicas saludables que promuevan la salud en todos los sectores.
- La creación de entornos o ambientes favorables.
- El fortalecimiento de la acción comunitaria y la participación de la gente en decisiones sobre sus condiciones de vida-salud.
- Reorientación de los servicios de salud con el fin de realizar acciones de promoción (Restrepo y Málaga, 2002; Giraldo, Toro, Macías, Valencia y Palacio, 2010).

Existen tres estrategias que se emplean en la promoción de la salud, dentro del campo de la psicología, la de mayor realce es la educación que implica la creación intencional de oportunidades de aprendizaje para que el individuo mejore los conocimientos relacionados con la salud y desarrolle habilidades personales a fin de obtener una adecuada salud individual y de la comunidad por medio de la motivación, autoeficacia y otras habilidades (Sanjuán y Rueda, 2014). En la figura 1. se menciona las estrategias que se utilizan para promover la salud.

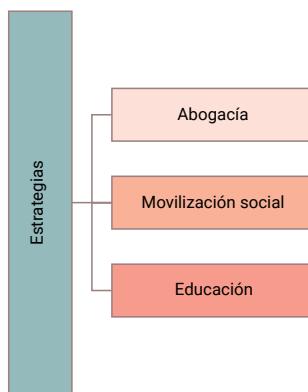


Figura 1. Estrategias de la promoción de la salud

Fuente: Sanjuán y Rueda (2014)

Elaboración: Autora de la guía

Por lo tanto, la educación para la salud se transforma en promoción de la salud cuando los individuos se vuelven activos en su participación mostrándose implicados, motivados, comprometidos; es decir, empoderados (Álvarez, 2013).

El empoderamiento hará que los individuos y el colectivo muestren un sentido de pertenencia y sensibilidad social ante las decisiones y acciones en relación a la salud, lo que dispondrá al individuo a participar de forma activa en la toma de decisiones y en la construcción de acciones políticas, económicas y ambientales que sean clave para el desarrollo de la salud (Acuña, Guevara y Flores, 2014).

1.2.2. Prevención de la enfermedad

La prevención de la enfermedad es el conjunto de acciones y estrategias que tienen como meta evitar el desarrollo de enfermedades, reducir los factores de riesgo, controlar la progresión de las enfermedades y reducir las consecuencias que se han manifestado (Álvarez y Sarria, 2014).

La lógica de acción de la prevención se basa en la identificación de un problema de salud definido como enfermedad, la determinación de la causa o factores de riesgo asociados y posterior a ello en la planificación e implementación de intervenciones a efectuarse para controlar la enfermedad (Eslava, 2002), de este modo la promoción se encamina desde una perspectiva de enfermedad.

Se distinguen tres niveles de prevención:

- **Prevención primaria:** son las medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad mediante el control de los factores predisponente o condicionantes.
- **Prevención secundaria:** se encarga de detectar y tratar problemas o enfermedades en su inicio, intentando impedir o retrasar su desarrollo (Sanjuán y Rueda, 2014).

- **Prevención terciaria:** son las acciones relativas a la recuperación de la enfermedad para tratar de reducir o eliminar consecuencias de su desarrollo (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

Para profundizar esta temática, lo invito a revisar la siguiente presentación denominada “[Niveles de Prevención](#)”.

1.3. El modelo de los determinantes de la salud

Los determinantes de la salud se definen como el conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos y de la población (Aguirre, 2011).

Se pueden distinguir dos grandes grupos: estilos de vida y condiciones ambientales.

- **Estilos de vida**

Son un conjunto de pautas y hábitos comportamentales del individuo que se mantienen a través del tiempo y dependiendo de si es bueno o no se convertirá en conductas o factores de riesgo o protectores para la salud (Sánchez y De Luna, 2015).

Una conducta de protección o de salud está orientada a promover, proteger o mantener la salud; la potenciación de estas conductas son claves en la promoción de la salud, en cambio una conducta de riesgo predispone o hace más susceptible al individuo a desarrollar una enfermedad, los cambios de estas conductas son las metas esenciales en la prevención de la salud (Sanjuán y Rueda, 2014).

■ Condiciones ambientales

Conjunto de elementos que incluyen factores ambientales físicos, biológicos, socio-culturales y psicosociales de los que dependen en gran medida los estilos de vida de los individuos (Villar, 2011), pues la modificación en cada uno de estos factores especialmente de los factores interpersonales, organizacionales y ambientales permitirá el cambio de muchos patrones de conducta para mejorar o mantener la salud (Sanjuán y Rueda, 2014).

En la promoción de la salud se deben considerar siempre ambos campos de forma interconectada ya que no se puede concebir actividades educativas dirigidas al individuo para que cambie su comportamiento, separados del marco de las políticas públicas saludables y de procesos participativos de empoderamiento (Restrepo y Málaga, 2002).

Estimado estudiante para profundizar en esta temática le invito a leer las páginas 9-22 del texto básico “Promoción y prevención de la salud desde la psicología” (Sanjuán y Ruedas, 2014), asimismo sugiero revisar el REA titulado [“Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia” \(Eslava, 2002\)](#); en donde encontrará diversas pautas que le permitirán familiarizarse con los aspectos fundamentales relacionados a la promoción y prevención de la salud. Una vez leído el REA, usted podrá tener una idea clara de las funciones de salud importantes y vitales como lo son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Para finalizar con la presente semana le recomiendo realizar las siguientes actividades, a fin de garantizar una adecuada comprensión de los contenidos relacionados a los fundamentos de promoción y prevención de la salud.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Realice un mapa mental de las características más importantes de los fundamentos de la promoción y prevención de la salud.

Procedimiento:

Estimado estudiante para realizar esta actividad, usted debe realizar el siguiente proceso:

1. Lea comprensivamente la Unidad 1: Fundamentos de promoción y prevención de la salud (capítulo 1 del texto básico), específicamente los apartados correspondientes a la promoción y prevención de la salud y el modelo de los determinantes de la salud.
2. Subraye las ideas principales.
3. Coloque la idea central o título en el centro de la hoja.
4. A partir de esa idea central, genere una lluvia de ideas que estén relacionadas con el tema.
5. Para relacionar la idea central con los subtemas utilice líneas.
6. Recuerde que está tarea resulta útil para aumentar la retención de información.

Una vez finalizada la primera actividad recomendada sabrá que los principales fundamentos de la promoción y prevención de la salud se basan en el modelo biopsicosocial, en donde la salud no solo depende de los aspectos biológicos sino también de los aspectos

psicológicos y sociales. Por ello, los principales determinantes de la salud son: los estilos de vida y las condiciones ambientales.

Actividad 2: Cuadro comparativo entre las características de la lógica de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

Procedimiento:

- Lea detenidamente el apartado de conceptos clave en la promoción de salud y prevención de la enfermedad, ubicado en el capítulo 1 del texto básico.
- Subraye las ideas principales, tome notas de los aspectos que considere importantes.
- Realice un cuadro comparativo que le permitan describir las características principales tanto en la promoción de la salud como en la prevención de las enfermedades.

Retroalimentación:

¡Bien hecho! Con esta actividad ha comprendido que la diferencia entre la promoción de la salud y prevención de la enfermedad consiste en que, la primera se realizan actividades encaminadas a lograr estilos de vida saludables en la población con la finalidad de incrementar el estado de bienestar, mientras que, en la segunda se pretende evitar la aparición de enfermedades y suele ir dirigida a los grupos de riesgo.



Semana 2

Continuando con los subtemas de la unidad Proceso salud - enfermedad: situación de la promoción de salud, en esta semana vamos abordar de forma general sobre los programas de promoción de la salud que tienen como finalidad promover y fomentar estilos de vida saludable, mediante el cambio de conducta; además, comprenderá que existen diferentes niveles de actuación que pueden ir enfocados a generar cambios tanto a nivel de individuos o del ambiente físico. Los contenidos se encuentran disponibles en el capítulo 1 del texto básico: Fundamentos de promoción y prevención de la salud (Sanjuán y Rueda, 2014).

1.4. Programas de promoción de la salud

Vamos a empezar definiendo los programas de promoción de la salud como un conjunto de acciones específicas y recursos materiales diseñados y establecidos organizadamente en una realidad social determinada que tienen como fin resolver algún problema que implica a un conjunto de personas; el mismo que se planifica previamente y debe ser suficientemente flexible (Sanjuán y Rueda, 2014).

Cuando se plantea y organiza un programa de promoción, se debe establecer un proceso que debe guiar la estructura del mismo, los pasos pueden variar de acuerdo a los autores Salmerón, Giménez y Nieto (2016) pero se conoce que básicamente la estructura debe contar con las siguientes fases:

- **Fase I:** se determinan las necesidades, es decir se concreta la problemática a abordar (Restrepo y Málaga, 2002).

- **Fase II:** se plantean los objetivos (conceptuales o de información, actitudinales o comportamentales) de acuerdo a las necesidades previamente evaluadas junto con las estrategias y actividades con mayor efectividad y eficiencia en la consecución de los objetivos.
- **Fase III:** es la fase de implementación o práctica de las acciones previamente planificadas, utilizando metodologías que vayan de acuerdo a los objetivos planteados (Salmerón, Giménez y Nieto, 2016).
- **Fase IV:** de evaluación en base a los resultados, se debe determinar si los objetivos planteados se han cumplido.

Los programas de promoción de la salud pueden variar de acuerdo al tema o problema, la población a la que va dirigida, el escenario o entorno donde se desarrolle y la duración del mismo (Sanjuán y Rueda, 2014).

1.4.1. Programas de promoción de la salud basados en la comunidad

Son los programas dirigidos a la comunidad, se ponen en marcha cuando se trata de cambiar factores que suponen un riesgo que afectará a una población completa, utilizando estrategias comunitarias que estén encaminadas a generar cambios tanto en los aspectos individuales (estilos de vida) como en los ambientales (Restrepo y Málaga, 2002).

Estos programas emplearán los recursos existentes en la misma, para conseguir los objetivos que se haya propuesto y para ello utilizará recursos estructurales existentes como, por ejemplo: escuelas, colegios, centros de atención primaria, lugares de trabajo, etc. (Restrepo y Málaga, 2002) en los que se tomará como estrategia básica y crucial a la educación.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Teniendo en cuenta la importancia de dicha estrategia, la Psicología de la Salud dirige acciones hacia la educación formal, motivando la participación comunitaria como factor complementario; es propicio se cree una cultura saludable desde edades muy tempranas que permita mejorar la calidad de vida de los individuos en sus etapas de vida posterior (Castañeda, Granados, Sala y Romero, 2015).

La cultura saludable debe estar basada en el enfoque holístico de la salud, considerando por tanto necesario que la planificación de los programas de promoción dirigidos a la comunidad esté dada por equipos multidisciplinares que incluyan varios profesionales (Sanjuán y Rueda, 2014) lo que requiere del apoyo intersectorial, pues aquí se combina métodos diversos y complementarios que incluye comunicación, educación, legislación, medidas fiscales, cambio organizativo y desarrollo comunitario (Torres y Pérez, 2010).

1.4.2. Niveles de actuación en los programas de promoción

La medicina, la psicología y las ciencias de la salud son tres de las ramas que se enfocan en los elementos esenciales de los programas de promoción de la salud teniendo como fin único el cambio de conducta utilizando estrategias que pueden plantearse como intervenciones individuales, grupales o comunitarias (Castañeda, Granados, Salas y Romero, 2015).

Las intervenciones individuales son diversas, pueden ir desde enviar recordatorios de actividades hasta la educación como tal, elaborando y utilizando material escrito o audiovisual. Las grupales incluyen grupos de educación para motivar el cambio de conducta y el entrenamiento de estrategias eficaces y las comunitarias adecuan estrategias individuales para que varias personas las reciban en una intervención simultáneamente sin perder eficacia. En estas últimas se aprovecha uno de los elementos esenciales para la promoción de la salud como lo es el apoyo social que ayuda al mantenimiento o mejoramiento de la salud, ya que en las intervenciones grupales

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

su fortalecimiento implica una fuerte influencia en el cambio de conductas de los individuos (Sanjuán y Rueda, 2014). Las diversas estrategias de intervenciones las podemos encontrar en la tabla 1.

Tabla 1. Estrategias de intervenciones

CAMBIOS DE LA CONDUCTA INDIVIDUAL	ESTRATEGIAS	CAMBIOS AMBIENTALES
<p>A nivel individual:</p> <ul style="list-style-type: none">• Recordatorios.• Educación uno a uno.• Material impreso y audiovisual. <p>A nivel grupal:</p> <ul style="list-style-type: none">• Grupos de educación.• Grupos de apoyo.• Grupos de autoayuda.• Material impreso y/o audiovisuales. <p>A nivel comunitario:</p> <ul style="list-style-type: none">• Programas de televisión.• Campañas publicitarias.		<ul style="list-style-type: none">• Negociaciones con empresas.• Cambios normativos y legislativos.• Medidas de protección social.• Cambios ambientales: uso de premios y castigos

Fuente: Sanjuán y Rueda (2014)

Elaborado: Autora de la guía

1.4.3. Fundamentos teóricos de los programas de promoción de la salud

Los fines de los programas de promoción de la salud se encaminan a tratar o prevenir problemas ya sea ayudando a las personas a la eliminación de conductas no saludables y la implantación o mantenimiento de conductas saludables (Kazdin, 1984). Esto no será

posible únicamente con el aporte de información que se proporcione en relación a un tema específico, pues es necesario también incidir en factores desencadenantes de diversas conductas como son los aspectos de tipo emocional y cognitivo (Kazdin, 1984) y los factores motivacionales y sociales ya que suelen originar o mantener el comportamiento (Sanjuán y Rueda, 2014).

Teniendo en cuenta esto, dentro de los programas de promoción de la salud se han planteado diversas teorías de cambio conductual basadas en los componentes que explican su origen, mantenimiento o modificación, siendo las más frecuentes los siguientes modelos:

- **Modelo transteórico de cambio conductual:** propone que el cambio de conducta es un proceso, consta de seis etapas: precontemplación, contemplación, preparación, mantenimiento y finalización (Salmerón, Giménez y Nieto, 2016).
- **Modelo de las creencias de la salud:** pone de manifiesto que una creencia determinada por la evaluación, las ideas y concepciones que se tiene hacia la salud de algo ejerce influencia en un determinado comportamiento (Giraldo et al., 2010).
- **Modelo de conducta planificada:** considera que el determinante de la conducta es la intención de llevarla a cabo, la intención de llevar a cabo una conducta aumenta cuando la persona valora la conducta como positiva, cuenta con un entorno social favorable al cambio y además se considera capaz de realizar la conducta (Sanjuán y Rueda, 2014).

Como se mencionó anteriormente, estos modelos que acaba de conocer son los más frecuentes para comprender la ocurrencia de una conducta, sin embargo, existe otro modelo que usted puede encontrar en el siguiente REA titulado “[Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria](#)” (Quillas, Vásquez y Cuba, 2017).

Por lo tanto, la información del REA nos indica que, para lograr un cambio comportamental es necesario conocer por qué algunas personas que deciden iniciar un cambio les cuesta consolidarlo, ante ello existen varias teorías (teoría de la autoeficacia, teoría del comportamiento planificado y el modelo transteórico) que explican este comportamiento.

1.5. Evaluación de programas de promoción de la salud

La evaluación de programas de promoción de la salud consiste en determinar de forma sistemática y objetiva la efectividad e impacto de las actividades diseñadas para lograr los objetivos del programa (Sanjuán y Rueda, 2014), permite realizar las revisiones y los ajustes necesarios al programa, contrastando las actividades programadas versus las actividades cumplidas, haciendo énfasis en los logros y las dificultades (Naranjo, 2006).

Para realizar la evaluación de programas es necesario el establecimiento de dos grupos, uno que reciba la intervención y otro grupo de control recogiendo medidas previas y posteriores a la intervención para determinar si se evidencian modificaciones en los indicadores analizados y posterior a esto se aplicaría la intervención a la población diana en condiciones naturales para comprobar su eficacia.

1.5.1. Tipos de resultados

En base a los objetivos planteados se evaluarán distintos tipos de resultados iniciando por los más inmediatos hasta los más distales, se distinguen los siguientes:

- **Resultados de promoción de salud:** alfabetización para la salud (conocimientos relacionados con salud, cambio de actitudes, incremento de habilidades sociales, cambio

motivación), acción e influencias sociales (participación comunitaria, empoderamiento, normas sociales), políticas públicas saludables (declaraciones políticas, asignación de recursos, prácticas organizativas).

- **Resultados intermedios:** hacen referencia a los resultados relativos a la modificación de la conducta como al cambio ambiental incluyen estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y drogas), entornos saludables (entorno físico y seguro, buen suministro de alimentos, acceso restringido al tabaco y alcohol), servicios sanitarios eficaces (prestación de servicios preventivos, adecuación y acceso a servicios sanitarios).
- **Resultados sociales y de salud:** se refieren a resultados que tienen como fin último todos los programas de salud: harían referencia a la reducción de mortalidad, morbilidad y discapacidad y resultados de tipo social (calidad de vida, equidad e independencia funcional) (Sanjuán y Rueda, 2014).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Desarrolle un resumen de los aspectos elementales que se toman en consideración en el desarrollo de programas de promoción de la salud.

Procedimiento:

Estimado estudiante para realizar esta actividad, usted debe realizar el siguiente proceso:

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

1. Lea comprensivamente la Unidad 1: Los temas relacionados a la semana 2.
2. Subraye las ideas principales.
3. Desarrolle el resumen de la forma más específica, puede utilizar cualquier tipo de organizador gráfico si así lo requiere.

Retroalimentación:

A modo de resumen, no podemos olvidar que para elaborar un programa de promoción de la salud es importante considerar lo siguiente:

- Identificar las necesidades de la población en la cual vamos a intervenir.
- Establecer los objetivos que se quiere lograr en la población mediante la intervención.
- Determinar la metodología (acciones, actividades, lugar y recursos) y ejecutar el programa de promoción.
- Evaluar si los objetivos planteados se cumplieron.



Autoevaluación 1

Procedimiento:

Estimado estudiante, una vez que ha leído comprensiblemente los subtemas de la Unidad 1: Proceso salud - enfermedad: situación de la promoción de salud durante la semana 1 y 2. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo. Para ello debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta. Recuerde, para las preguntas dicotómicas elija Verdadero (V) o Falso (F), y para las preguntas de opción múltiple seleccione la respuesta correcta.

1. () La definición de la salud es holística y se basa en el modelo reduccionista que considera los aspectos biológicos y psicológicos para su abordaje.
2. () La promoción y la prevención de la salud son políticas de la salud que presentan génesis y desarrollos similares.
3. () La promoción de la salud es el proceso en el que se capacita o proporciona a los individuos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma.
4. () La lógica de acción de la prevención se basa en la identificación de un problema de salud, la determinación de factores de riesgo y la planificación e implementación de intervenciones a efectuarse.
5. () Los estilos de vida son un conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos del individuo que se mantienen a través del tiempo.

6. La definición correcta de programa de promoción de la salud es:
- Conjunto de acciones específicas y recursos diseñados e instaurados organizadamente en una realidad social determinada que se lo lleva a cabo de manera imprevista.
 - Conjunto de acciones específicas y recursos diseñados e instaurados organizadamente en una realidad social determinada, el mismo que debe ser planificado previamente.
 - Conjunto de acciones específicas y recursos diseñados e instaurados organizada en una realidad social determinada que se lo lleva a cabo de manera imprevista o planificada previamente.
7. Las fases para el desarrollo de un programa de promoción son (seleccione cuatro respuestas correctas):
- Determinación de necesidades.
 - Participación colectiva.
 - Planteamiento de objetivos.
 - Temporización.
 - Implementación o práctica de acciones.
 - Evaluación del programa de promoción.
8. Las estrategias de promoción de salud que estén encaminadas a la intervención grupal son (seleccione dos respuestas correctas):
- Recordatorios.
 - Programas de televisión.
 - Grupos de educación.
 - Grupos de apoyo.
 - Medidas de protección social.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

9. Las teorías de cambio que frecuentemente se emplean para la elaboración de los programas de promoción son (seleccione tres respuestas correctas):
- a. Modelo transteórico de las etapas de cambio.
 - b. Teoría de la motivación.
 - c. Teoría de la conducta planificada.
 - d. Modelo de creencias de la salud.
 - e. Teoría de la autosuficiencia.
10. Las etapas de cambio del modelo transteórico son (seleccione cinco respuestas correctas):
- a. Precontemplación.
 - b. Temporización.
 - c. Contemplación.
 - d. Preparación.
 - e. Metodología.
 - f. Acción.
 - g. Mantenimiento.

¡Examíñese a sí mismo!

Una vez finalizada la autoevaluación es momento de analizar los aciertos, para ello encontrará las claves de respuestas en el Solucionario. En caso de no responder correctamente, ¡tranquilo! esto nos indica que es importante revisar nuevamente los contenidos de la Unidad 1: Proceso salud - enfermedad: situación de la promoción de salud ¡ánimos!

[Ir al solucionario](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



Semana 3



Unidad 2. Áreas de Intervención en Promoción y Educación para la Salud desde una Perspectiva Biopsicosocial

Estimado estudiante como hemos visto en semanas anteriores, la importancia de abordar la salud desde un enfoque biopsicosocial. Muchas de las enfermedades se deben a factores psicológicos (estrategias inadecuadas para manejar el estrés), factores biológicos (mecanismos fisiológicos), factores sociales (insatisfacción laboral) y factores ambientales (contaminación). Es por ello, que en la presente semana iniciaremos enfocándonos en la promoción de la salud física.

Los contenidos de la Unidad 2 se encuentran disponibles en el capítulo 2 del texto básico: Fundamentos de promoción y prevención de la salud (Sanjuán y Rueda, 2014).

2.1. Fundamentos teóricos y aplicaciones de la promoción de la salud física

El éxito de cualquier programa de promoción de la salud debe tener claro las teorías de la conducta y sus procesos de cambio, entre mejor se entiendan los factores que influencien una conducta deseada y el contexto social en el cual ocurre, existe mayor posibilidad que el diseño de intervención logre impactar en las conductas deseadas (Álvarez, 2008).

En este apartado se tratarán tres teorías, que se enumeran en la figura 2, cada una de ellas dará mayor énfasis a los factores individuales, a los factores sociales o comunitarios según sea la naturaleza (Sanjuán y Rueda, 2014).

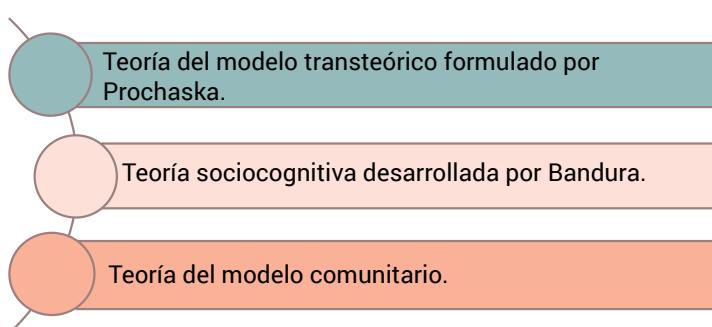


Figura 2. Teorías explicativas sobre el proceso de las conductas de salud

Fuente: Sanjuán y Rueda (2014)

Elaborado: Autora de la guía

De acuerdo con la representación gráfica el modelo transteórico de Prochaska pone énfasis en conocer la motivación de las personas quienes van pasando por una serie de estadios de cambio que permitirán guiar la intervención más adecuada (Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus, 2014). Mientras que, la teoría sociocognitiva de Bandura hace hincapié en el conocimiento de la autoeficacia y las expectativas de resultado como factores que permiten regular y modificar las conductas de salud (Oblitas, 2017). Y, por último, la

teoría del modelo comunitario busca el empoderamiento, la acción y participación de la comunidad para tomar decisiones sobre las estrategias favorecedoras de la salud (Gil-Girbau et al., 2019).

2.1.1. Enfoque individual: el modelo transteórico de Prochaska

Explica el proceso que se debe llevar a cabo para modificar, adoptar o mantener nuevas conductas de salud, el modelo fue desarrollado por el equipo de Prochaska en 1984, se define como transteórico debido al hecho de que al comparar las distintas intervenciones para la modificación de la conducta todas ellas guiaban el cambio de conducta del mismo modo (Sanjuán y rueda, 2014).

- **Marco teórico e intervención**

El modelo transteórico determina que el cambio es un proceso, es decir un conjunto de actividades y eventos que conducen a conductas exitosas; el modelo integra estadios y procesos de cambio (Oblitas, 2000).

- **Estadios de cambio**

Son dimensiones temporales que permiten comprender cuando ocurren los cambios ya sea a nivel cognitivo, afectivo o conductual, se consideran seis estadios de cambio:

1. **Precontemplación:** es el estadio en el que el individuo no ve la conducta a modificar como un problema por lo que no hay intención de cambio en los próximos seis meses (Álvarez, 2008).
2. **Contemplación:** en este estadio la persona ya es consciente de que existe un problema y considera modificar algo, pero no se compromete a realizar cambios en los próximos seis meses (Salmerón, Giménez y Nieto, 2016).

3. **Preparación:** en este estadio la persona ha decidido cambiar la conducta en el próximo mes y por lo general cuenta ya con un plan de acción para llevarlo a cabo (Sanjuán y Rueda, 2014).
4. **Acción:** el individuo modifica su conducta, experiencias y ambiente para iniciar nuevos patrones de conducta, los seis meses se consideran críticos, ya que en este lapso de tiempo la persona es más propensa a abandonar las nuevas conductas, el cambio requiere de acompañamiento y refuerzos permanentes (Álvarez, 2008).
5. **Mantenimiento:** en este estadio la persona se ve más capaz de mantener el cambio de conducta, es la etapa que puede durar entre seis meses y cinco años, es necesario trabajar con las posibles recaídas.
6. **Finalización:** en esta etapa las personas ya se perciben como autosuficientes y son capaces de llevar a cabo la conducta de manera sistemática, sin obstáculos (Salmerón, Giménez y Nieto, 2002). En la figura 3. se explican de manera concisa todos estos estadios del cambio.

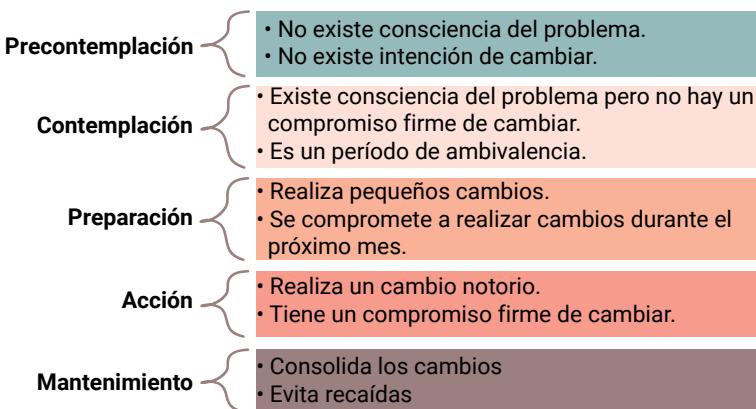


Figura 3. Estadios del cambio

Fuente: Perpiña (2012)

Elaborado: Autora de la guía

Como se puede evidenciar en la figura, la persona empieza a darse cuenta de que existe un problema en el punto en el que este ya no existe, es decir, los cambios surgen dependiendo del grado de compromiso del individuo. Por ello, los estadios de cambio representan una dimensión temporal que nos permite entender cuándo ocurren los cambios.

- **Procesos de cambio**

Los procesos de cambio hacen referencia a las actividades que tienen lugar entre las etapas o estadios que conducen a conductas exitosas en el cambio (Álvarez, 2008). Encontrando dos tipos de proceso: experienciales y conductuales.

- **Experienciales:** incluyen aspectos cognitivos, afectivos, evaluativos y en los que se encuentran:
 - **Elevación de conciencia:** esfuerzos individuales en la búsqueda de la información y su entendimiento relacionado al problema.
 - **Desahogo o alivio dramático:** experiencias emocionales relacionadas al problema.
 - **Autoevaluación:** evaluación cognitiva y afectiva de la imagen corporal cuando se realiza la conducta de riesgo.
 - **Reevaluación ambiental:** evaluación del problema y como incide en el ambiente social y físico.
 - **Liberación social:** conciencia, disponibilidad y aceptación del sujeto por alternativas.
- **Conductuales**
 - **Autoliberación:** compromiso del individuo para cambiar la conducta.

- **Contra-condicionamiento:** sustitución de conductas alternativas.
- **Control de estímulos:** control de causas que inician la conducta no deseada.
- **Manejo de contingencias:** instauración de consecuencias negativas a las conductas de riesgo, y consecuencias positivas a las conductas saludables.
- **Apoyo social:** busca apoyo de otro en el intento de cambio (Marcus et al., 1992).

Cada uno de los dos tipos de procesos funcionan en estadios diferentes, en la precontemplación, la contemplación y la preparación el individuo pondría en marcha los procesos experienciales y, en los estadios más avanzados: preparación, acción y mantenimiento recurriría a procesos conductuales.

Estimado estudiante para tener una idea más amplia y clara en relación a los estadios, los procesos de cambio y las estrategias que se desarrollan en el modelo le recomiendo leer el texto base “Promoción y prevención de las enfermedades, desde la psicología” de Sanjuán y Rueda (2014) las págs. 47- 49 y en el que podrá evidenciar un ejemplo aplicado a un caso de prevención de enfermedades de trasmisión sexual, así mismo le recomiendo la lectura del REA titulado [“Teoría Transteórica de cambio de conducta: Herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos”](#) (Álvarez, 2008) lo que permitirá reforzar los estadios del cambio propuestos por Prochaska mediante la ejemplificación de otro caso.

Al analizar el REA puede darse cuenta que, para cambiar las conductas sedentarias se requiere estructurar las intervenciones en base al estadio de cambio en el que se encuentra la persona, porque de ello dependerá las estrategias a utilizar para movilizarla de un estadio a otro.

2.1.2. Enfoque interpersonal: la teoría sociocognitiva

El presente enfoque en un inicio era conocido como teoría del aprendizaje social, su nombre fue modificado cuando integró conceptos psicológicos para explicar el aprendizaje a través de la experiencia, observación y comunicación simbólica (Sanjuán y Rueda, 2014). La teoría sociocognitiva refiere que los factores sociales y cognitivos son elementos esenciales para estudiar los aspectos relacionados con la conducta humana y a partir de estos tener en cuenta cómo se puede dar una modificación de la misma (Sarason y Sarason, 2006).

■ Marco teórico e investigación

La teoría parte de varios principios e incluyen varios constructos, sin embargo, a continuación, se mencionarán los que dentro del área de la salud se han aplicado en mayor medida para el cambio de conducta:

- **Aprendizaje a través de la observación o modelado:** según este principio la conducta o comportamiento de la persona se aprende mediante procesos de modelamiento, es decir a través de la observación de las acciones de un determinado modelo para su imitación (Amador y Monreal, 2010).

Sanjuán y Rueda (2014) manifiestan que las conductas que con este proceso se pueden aprender son desde conductas manifiestas hasta habilidades cognitivas, necesarias para el cambio de conducta.

La eficacia del modelado depende de la atención que se le dé al estímulo (modelo), la retención o capacidad de recordar las características o acciones del modelo, la reproducción de lo que se ha observado y la motivación que lleva a desarrollar determinados comportamientos (Ruiz, 2010).

- **Expectativas de autoeficacia y de resultados:** la autoeficacia es la creencia que tiene el individuo de ser capaz de llevar a cabo acciones que le permitan lograr determinados resultados (Bandura, 2001), esta creencia refleja la capacidad percibida para ejercer control de sus acciones, pensamientos, emociones, la motivación y el entorno en el que se desenvuelve, la forma de actuar de las personas depende de las creencias de lo que es capaz de realizar (Ornelas, Blanco, Gastélum y Chávez, 2012).

Por otra parte, la autoeficacia percibida junto a la expectativa de resultados son mecanismos que influyen en el comportamiento; es decir, no sólo la persona se ve capaz de realizar un cambio, sino que también estima que mediante estos cambios puede obtener los resultados que desea. Además, es importante que la persona disponga de estrategias de autorregulación (Sanjuán y Rueda, 2014).

- **Procesos de autorregulación:** son fases sucesivas de planificación, ejecución y evaluación, que permiten monitorear, controlar y regular las propias cogniciones, motivaciones y comportamientos, además de las condiciones ambientales (Díaz et al., 2010) en este proceso se comparan las conductas que realiza el individuo con sus reglas y normas internas, de esta forma si las conductas se ajusta a las normas internas la evaluación del actuar será positiva y experimentará satisfacción, mientras que si la conductas no se ajusta a dichas normas la evaluación será negativa, experimentando insatisfacción.

- **Percepción de autoeficacia colectiva:** es la creencia compartida por cualquier grupo acerca de su capacidad conjunta para organizar y llevar a cabo las acciones requeridas para lograr resultados eficaces en grupo, poniendo énfasis en el esfuerzo común que se realice a nivel familiar, organizativo, comunitario y político para alcanzar objetivos comunes.

El constructo es capaz de influir sobre la visión que un colectivo de personas tiene sobre el futuro que desea tener, la forma en que utiliza sus recursos y habilidades y sobre todo el esfuerzo y la resistencia que muestra durante la consecución de metas que se plantee.

2.1.3. Enfoque comunitario: el modelo de construcción comunitaria

Este modelo se enfoca en lograr la participación e implicación comunitaria, teniendo en consideración que la salud es un proceso colectivo integral, que se crea y se mantiene en el marco del entorno físico, económico y social favorable, con la participación de todos los sectores y actores sociales, buscando así el compromiso de las personas y de las organizaciones sociales en las diversas acciones destinadas a mejorar la salud (Mulet y Castanedo, 2002).

▪ Marco teórico e investigación

La comunidad es un grupo de individuos que comparten un sentido de identidad y pertenencia, se influyen y se apoyan mutuamente, funcionan bajo valores y normas similares y se hallan comprometidas para satisfacer de manera recíproca las necesidades que comparten, dentro de estas se puede dar lugar al desarrollo de acciones de promoción de salud en donde toman un rol activo participando y actuando de forma coordinada para manejar cuestiones que afecten la salud.

La participación comunitaria no es posible en un vacío, las personas necesitan de incentivos para participar y uno de los mejores incentivos es darles la oportunidad de trabajar por la solución de los problemas y condiciones que afecten negativamente la salud (Espinosa, 2001).

Los programas de promoción y prevención llegan a ser eficaces en la comunidad cuando se da lugar a la construcción de la capacidad comunitaria, es decir se crea, fomenta y sostiene recursos, habilidades y conocimientos de diferentes sectores y grupos comunitarios a fin de obtener metas comunes en relación a la salud. Esta idea parte del supuesto de que la comunidad puede trabajar desde el sitio donde se encuentren haciendo relevante el empoderamiento y la participación (Sanjuán y Rueda, 2014).

Construir la capacidad comunitaria y empoderar a las comunidades para que actúen sobre sus condiciones de vida depende de procesos políticos y sociales que devienen de estrategias de distintos campos que estén orientadas hacia el mejoramiento de la calidad de vida de toda la población (Espinoza, 2001).

Para poder construir la capacidad comunitaria se proponen 5 vías de acción: cambio y desarrollo en las organizaciones, educación y cualificación de personas, la dotación de recursos, el liderazgo y la colaboración.

Estimado estudiante, para reforzar los conocimientos abordados en esta semana le sugiero la lectura del capítulo 2 del texto básico Promoción y prevención de la enfermedad desde la psicología de (Sanjuán y Rueda, 2014).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Desarrolle un organizador gráfico de las teorías que se toman como base en el desarrollo de programas de promoción de la salud.

Procedimiento:

Estimado estudiante para que usted realice la actividad propuesta debe realizar lo siguiente:

1. Lea detenidamente los apartados que hacen referencia a cada una de las teorías que se toman como base para el desarrollo de programas de promoción.
2. Subraye las ideas principales que devienen de los marcos teóricos y de intervención de cada teoría.
3. Coloque el tema central al medio y los subtemas de forma jerárquica y coloque en este las ideas principales subrayadas anteriormente.

Retroalimentación:

Una vez finalizada la actividad, puede notar que existen tres principales teorías que explican el proceso de las conductas de salud:

Modelo transteórico	Enfoque individual Autor: Prochaska	El cambio es un proceso El cambio se da por estadios
Teoría sociocognitiva	Enfoque interpersonal Autor: Bandura	El cambio depende de factores sociales y cognitivos El cambio depende de cómo la persona se percibe
Modelo de construcción comunitaria	Enfoque comunitario La salud es un proceso colectivo	El cambio dependen de la participación de todos El cambio necesita del empoderamiento de las comunidades



Semana 4

Una vez que hemos comprendido el valor de la educación en la promoción de la salud física. Es momento de conocer cómo esta misma herramienta (educación) además de otras estrategias permiten fomentar una adecuada salud mental; asimismo, analizaremos diferentes propuestas de intervención frente a problemas mentales. Para esta semana los contenidos de la Unidad 2 se encuentran disponibles en el capítulo 3 del texto básico: Fundamentos de promoción y prevención de la salud (Sanjuán y Rueda, 2014).

2.2. Fundamentos teóricos y aplicaciones en prevención de la salud mental

La salud mental adecuada depende del trabajo conjunto de los programas de promoción y prevención, pues se requiere promover los recursos y el empoderamiento de las personas y la comunidad por un lado y reducir la prevalencia, incidencia y factores de riesgo de las enfermedades por otro.

La salud mental es el producto de la interacción entre factores biológicos, personales, familiares, sociales y ambientales, que van configurando un equilibrio interno entre el modo de actuar, un adecuado funcionamiento biopsicosocial espiritual y el desarrollo de todas las capacidades de una persona.

Teniendo en cuenta la interrelación entre los distintos factores que influyen sobre la salud mental, el mantenimiento de la misma supone diseñar y aplicar intervenciones a nivel de los múltiples determinantes desde los diferentes niveles (individual, familiar, comunitario, sectorial y político) (Sanjuán y Rueda, 2014).

Los modelos más utilizados para brindar intervenciones eficaces han sido el modelo socio ecológico, que tiene como fin hacer que sea la propia comunidad quien desarrolle capacidades y recursos para promover la salud mental, el modelo de cuidado por pasos que incluye intervenciones de tipo cognitivo-conductual basada en la autoayuda guiada para superar problemas psicológicos y finalmente a nivel comunitario la prescripción social que consiste en la colaboración con entidades y organismos especializados para prevenir de forma proactiva trastornos mentales.

2.2.1. Marco conceptual y ámbitos de actuación de la salud mental

Un buen estado de salud en el individuo depende de una adecuada salud física y mental. La salud mental es un estado en el que la persona se adapta a los cambios, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización (Carrazana, 2003), mejorando en este sentido su calidad de vida y bienestar (Vargas, Triveño y Michel, 2006).

Rúa (2003) la define de forma integral como la capacidad del individuo, el grupo y el ambiente para interactuar el uno con el otro de tal manera que promueva el bienestar subjetivo, el uso óptimo, el desarrollo de las habilidades (cognoscitivas, afectivas y relacionadas) y el logro de metas individuales y colectivas congruentes con la justicia y el mantenimiento y preservación de condiciones fundamentales de equidad.

Teniendo en cuenta que la salud mental depende tanto del individuo como de las comunidades se han desarrollado diversos programas de promoción encaminados a aumentar los aspectos positivos y procesos de participación y empoderamiento para fortalecer al individuo, grupos sociales y comunidad en general (Rúa, 2003).

La salud mental es un recurso que contribuye positivamente al capital humano, social, cultural y económico pues supone mejor salud física, mayor rendimiento académico, productividad laboral y relaciones interpersonales positivas y comunidades más seguras (Herman, Saxena, Moodie & Walker, 2005).

La promoción de la salud debe abarcar a la población en general; a las personas con síntomas, a los que ya tienen problemas, a los grupos que socialmente están en mayor desventaja y son más vulnerables a tener una salud mental negativa.

A continuación, se definen algunos términos relacionados con la salud mental:

- **Salud mental alterada:** presencia de un trastorno (enfermedad diagnóstica que interfiere significativamente en el funcionamiento cognitivo, emocional y social del individuo).
- **Problema de salud mental:** condición que interfiere en el funcionamiento del individuo, pero no cumple con las características de trastorno.
- **Prevención en salud mental:** proceso que tiene como objetivo reducir la incidencia, prevalencia o recurrencia de un trastorno mental, la duración de síntomas y condiciones de riesgo (Sanjuán y Rueda, 2014).

Como podemos analizar el objetivo principal de la prevención en salud mental es reducir la aparición de posibles trastornos mentales, ante este planteamiento estimado estudiante le invito a revisar el siguiente REA titulado “[¿Es posible prevenir la enfermedad mental grave?](#)” (Vázquez, 2017), donde encontrará información sobre los trastornos frecuentes que afectan a la población infanto-juvenil y los avances relacionados a la prevención existente.

En resumen, las premisas del REA nos refieren que la prevención de los trastornos mentales es posible, urgente e indispensable para reducir el riesgo de estas patologías en los niños y adolescentes.

2.2.2. El modelo socioecológico de la salud mental

Tanto la salud mental como los trastornos mentales están influidos por factores de tipo biológico, psicológico, social, ambiental y económicos que interactúan entre sí (Alcántara, 2008), por tanto, a la hora de determinar las intervenciones en los programas de promoción es importante seguir modelos que consideren todos estos elementos, dentro de ellos uno que mayor impacto ha tenido es el enfoque socioecológico.

■ Contenidos básicos

El modelo socioecológico determina que la salud mental es el resultado de los factores biológicos (predisposición genética) psicológicos (estilos de vida, habilidades de afrontamiento, las creencias), diferentes acontecimientos a lo largo de la vida (educación de hijos, empleo del tiempo libre, puesto de empleo, etc.) y elementos de índole económica, social, estructural (acceso a servicios básicos).

Por tanto, las intervenciones se deben dar en diferentes niveles (individual, familiar, comunitario, sectorial y político) a través de distintos contextos (escuela, centro de trabajo, centros diversos de la sociedad) ya que son factores de protección y en cada uno de ellos se desarrolla y modela la personalidad de cada persona (Vargas, Triveño y Michel, 2006).

Para que estas intervenciones sean eficaces es necesario identificar que variables son las que pueden tener mayor efecto sobre la salud mental y los elementos motivacionales que puedan hacer más viables dichas intervenciones.

Determinantes de la salud mental, factores de riesgo y protección

Lahtinen, Jaubert, Raeburn y Jenkins (2005) indican que existen tres tipos de determinantes de la salud mental:

- **Individuales:** sexo, edad, raza, estilo de vida, capacidad para manejar el estrés, autorregulación y circunstancias de vida.
- **Sociales y comunitarios:** establecimiento de relaciones sociales seguras y satisfactorias, apoyo social, sentimientos de formar parte de una comunidad y participar en la toma de decisiones.

- **Estructurales:** recursos sociales, culturales y económicos (creación y mantenimiento de entornos comunitarios seguros, acceso a alimentación, vivienda).

Vargas, Triveño y Michel (2006) consideran que, dentro del enfoque positivo de la salud, la prevención se basa en el conocimiento de los factores de riesgo y protectores de la salud.

- **Factores de riesgo:** son condiciones que pueden provocar la aparición de trastornos mentales. Dentro de salud mental se ha encontrado que la aparición de trastornos deviene de la coexistencia de factores de riesgo individuales, sociales y/o comunitarios.
- **Factores de protección:** son condiciones que evitan la manifestación de trastornos mentales, aumentan y protegen la salud, fortaleciendo la capacidad del individuo para afrontar correctamente los distintos acontecimientos estresantes.

Estimado estudiante para ampliar el conocimiento en cuanto a los factores de riesgo y protección a nivel individual, familiar, social-comunitario y estructural que pueda presentarse, le recomiendo leer la pág. 79 del texto base "Promoción de la salud desde la psicología" de Sanjuán y Rueda (2014). Luego de leer usted podrá ser capaz de identificar los distintos tipos de factores de riesgo y protectores que se debe abordar en los programas de promoción y prevención de la salud.

Entre estos factores encontrará a nivel individual, familiar, social/comunitario y estructural; en donde los factores de protección contribuyen a la resiliencia de la persona ante situaciones adversas; mientras que, los factores de riesgo contribuyen a la vulnerabilidad de responder de manera poco adaptativa ante ciertas situaciones.

2.2.3. Prevención en salud mental comunitaria

La intervención en salud mental dentro del ámbito comunitario busca que sea la propia comunidad la que desarrolle su capacidad y los recursos necesarios para de manera colectiva, poder manejar y resolver los problemas relativos a la salud mental.

Para conseguir eficacia en la prevención y promoción de la salud mental comunitaria se requiere:

- **Respeto por la igualdad e inclusión social:** la inclusión social está asociada con el acceso, la participación y logros de todos los individuos de una comunidad con especial énfasis en aquellos que están en riesgo de ser excluidos o marginados (Blanco, 2006) con el fin de generar respeto por sus diferencias y cubrir sus necesidades para que tengan una vida digna.
- **Impulso de la participación, colaboración y el capital social:** hace referencia a la participación activa que hace el individuo en los distintos entornos sociales interactuando de forma colaborativa; el capital social puede aumentar si se logra fortalecer los valores de inclusión, igualdad y tolerancia. Esto tiene como fin único la implicación y participación ciudadana en estrategias, alianzas y programas locales y nacionales para conseguir una mejor salud mental (Sanjuán y Rueda, 2014).

2.2.4. La prevención de la salud mental en atención primaria

La promoción de la salud y la prevención de enfermedades pueden llevarse a cabo en el nivel de atención primaria, que es el más cercano a la población, pues es el nivel de primer contacto, que permiten resolver las necesidades básicas, este nivel de atención es la entrada al sistema de salud y se lleva a cabo en centros de salud (Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011).

Además, desde este nivel se puede realizar la prevención y detección temprana de problemas mentales con intensidad de leve a moderada y actuar de forma proactiva colaborando con organismos locales y comunitarios abordando otros factores psicosociales que pueden estar influyendo sobre los problemas psicológicos y trastornos mentales (Sanjuán y Rueda, 2014).

Cuando los casos no pueden ser resueltos en los niveles de atención en los que se encuentran es necesario derivar a los niveles de atención superiores o unidades de tratamiento más complejas en los que se encontraran recursos adecuados para promover la intervención adecuada en los individuos.

- **El modelo de cuidado por pasos**

La intervención de problemas mentales requiere de la aplicación de tratamientos psicológicos bien estructurados. Un modelo que se puede utilizar para el desarrollo de diferentes tipos de tratamiento psicológico es el de cuidado por pasos.

El modelo tiene como finalidad dar a conocer que el usuario puede iniciar el tratamiento en cualquiera de los pasos establecidos e inicia con atención de lo más sencillo hasta la intervención más compleja. En la figura 4 se describen los pasos de este modelo.

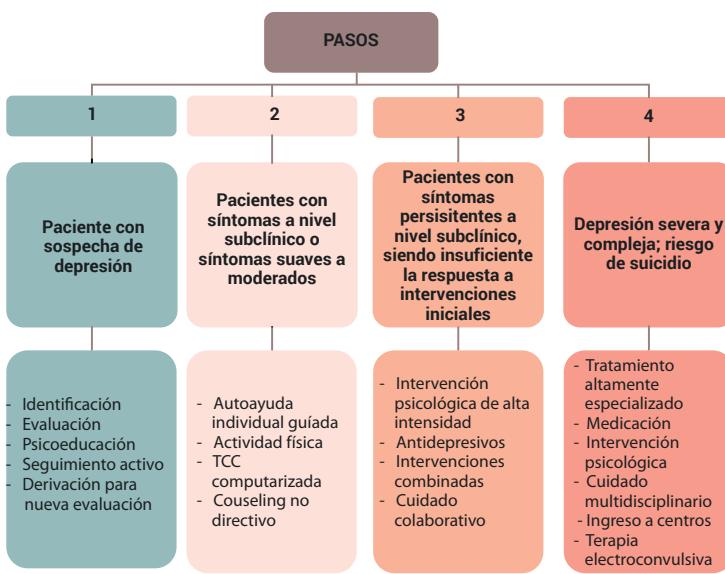


Figura 4. Cuidado por pasos

Fuente: Sanjuán y Rueda (2014)

Elaborado: Autora de la guía

De acuerdo con la presente figura, el modelo de Cuidado por pasos inicia con la identificación y evaluación de las personas con posible depresión, en un segundo momento la depresión es reconocida por la presencia de síntomas leves o moderado, mientras que si los síntomas persisten y se detecta una depresión severa las intervenciones deben ser de alta intensidad. En caso, que la depresión sea compleja es indispensable evaluar el riesgo de suicidio y el tratamiento es altamente especializado.

Estimado estudiante para reforzar los contenidos revisados en esta semana le recomiendo leer el capítulo 3 del texto básico Promoción y prevención de la enfermedad desde la psicología de Sanjuán y Rueda (2014).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Realice un organizador gráfico que recoja las características principales relacionados a la prevención de la salud mental.

Procedimiento:

Estimado estudiante para desarrollar la actividad debe seguir el siguiente proceso:

1. Lea detenidamente la Unidad 2 (capítulo 3 del texto básico: Fundamentos de promoción y prevención de la salud de los autores Sanjuán y Rueda) los apartados que corresponden a fundamentos teóricos y aplicaciones en prevención de la salud mental, marco conceptual y ámbitos de actuación.
2. Subraye las ideas principales.
3. Ponga en el centro el título principal.
4. Una mediante conectores que deseé el título con las ideas principales.

Retroalimentación:

Una vez culminada la actividad entenderá que algunas de las características principales de la prevención de la salud mental son:

- La salud mental se puede trabajar desde la prevención.
- La salud mental está determinada por la interacción entre los factores biológicos y psicológicos.
- Cuando existe un trastorno mental se interviene desde el tratamiento y rehabilitación.

- La prevención de un trastorno mental puede mejorar el bienestar de la persona.

Actividad 2: Desarrolle un resumen claro y conciso del apartado relacionado al modelo socioecológico de la salud mental

Procedimiento:

Estimado estudiante para desarrollar la actividad debe seguir el siguiente proceso:

1. Lea detenidamente la Unidad 2, el apartado que refiere al modelo socioecológico de la salud mental.
2. Subraye las ideas principales.
3. Con sus propias palabras explique los contenidos que se presentan en la guía de modo concreto.

Retroalimentación:

Finalizada la actividad, es momento de chequear algunas posibles ideas que su resumen debe contener de acuerdo al tema “Modelo socioecológico de la salud mental”:

- La salud mental está determinada por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, ambientales y económicos.
- Esta interrelación constituye el enfoque socioecológico.
- La salud mental se debe abordar en diferentes niveles.
- La intervención va dirigida a fomentar que las personas tengan el poder y control de los cambios en su comportamiento.
- La salud mental puede estar influida por factores determinantes (individuales, sociales/comunitarios y estructurales).



Autoevaluación 2

Procedimiento:

Estimado estudiante, una vez que ha leído comprensiblemente los contenidos de la Unidad 2: Áreas de Intervención en Promoción y Educación para la Salud desde una Perspectiva Biopsicosocial durante la semana 3 y 4. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo. Para ello, debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta.

1. () El modelo transteórico determina que el cambio es un proceso, es decir, un conjunto de actividades y eventos que conducen a conductas exitosas, que integra estadios y procesos de cambio. ¿Verdadero o Falso?
2. () Los estadios de cambio propuestos por Prochaska en su modelo transteórico de cambio son: contemplación, preparación, acción y finalización. ¿Verdadero o Falso?
3. () La eficacia de aplicación práctica del modelo transteórico radica en que antes de la intervención se debe evaluar el estadio concreto en el que se encuentre el individuo. ¿Verdadero o Falso?
4. () La teoría sociocognitiva considera que el estudio de la conducta debe incluir el análisis de los factores cognitivos del individuo. ¿Verdadero o Falso?

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

5. () Dentro de la teoría sociocognitiva los procesos de autorregulación permiten regular y controlar las propias cogniciones, motivaciones y comportamientos, además de las condiciones ambientales. ¿Verdadero o Falso?
6. La salud mental depende de la interacción de factores biológicos y ambientales que van configurando el equilibrio interno entre:
- El modo de actuar y el desarrollo de todas las capacidades del individuo.
 - El modo de actuar, el adecuado funcionamiento bio-psico-social y el desarrollo de todas las capacidades del individuo.
 - El modo de actuar y el adecuado funcionamiento bio-psico-social.
7. La salud mental contribuye positivamente al capital humano, social, cultural y económico ya que permitirá:
- Mejorar la salud física.
 - Disminuir el rendimiento académico.
 - Aumentar la productividad laboral.
 - Aumentar la prevalencia de problemas mentales.
 - Generar comunidades seguras.
8. Según la teoría socio-ecológica Lahtinen, Jaubert, Raeburn y Jenkins (2005) indican que existen tres tipos de determinantes de la salud mental, factores:
- Individuales, sociales-comunitarios y estructurales.
 - Estructurales, de riesgo y protectores.
 - De riesgo, protectores, individuales, sociales y estructurales.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

9. La prevención en salud mental comunitaria requiere:
 - a. Respeto por la igualdad e inclusión social.
 - b. Entornos sociales adecuados.
 - c. Impulso de la participación, colaboración y capital social.
 - d. Factores protectores.
10. En el nivel de atención primaria se realizan actividades de:
 - a. Promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de enfermedades.
 - b. Promoción de la salud, prevención de enfermedades.
 - c. Promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de enfermedades, detección temprana de enfermedades leves, actuación proactiva.

[Ir al solucionario](#)

¡Examíñese a sí mismo!

Una vez finalizada la autoevaluación es momento de analizar los aciertos, para ello encontrará las claves de respuestas en el Solucionario. En caso de no responder correctamente, ¡tranquilo! esto nos indica que es importante repasar nuevamente los contenidos de la Unidad 2: Áreas de Intervención en Promoción y Educación para la Salud desde una Perspectiva Biopsicosocial.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



Semana 5



Unidad 3. Proyectos de Intervención en el Área de la Salud

En semanas anteriores usted revisó los fundamentos teóricos relacionados a los programas de promoción y prevención de la salud desde una perspectiva biopsicosocial. Para esta unidad daremos un paso más a la elaboración, diseño y evaluación de estos programas mediante cinco etapas: identificación de las necesidades, desarrollo del programa, piloteo del programa, cabildeo y diseminación y aplicación a gran escala. Los contenidos de la Unidad 3 se encuentran disponibles en la presentación de PowerPoint denominada: "Unidad 3. Proyectos de Intervención en el Área de la Salud".

[Ir a recursos](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

3.1. Teoría y estrategia para desarrollar e instrumentar intervenciones para la promoción de la salud

3.1.1. Introducción

Los programas de promoción de la salud que se han implementado presentan algunos problemas como el hecho de que algunas veces son muy precarios, están enfocados en temas específicos y están direccionados a una sección y no a la población en general. Las personas dedicadas a la investigación por lo general no se involucran en su aplicación, no buscan formas de difundirlo ni hacer accesible su utilización (Spink y Pootinga, 2005).

Es por eso que se trata de desarrollar, instrumentar y evaluar programas integrales para la promoción de la salud, usando aportes que la psicología ha realizado tanto a nivel teórico como metodológico (Oblitas, 2004).

3.1.2. Marco conceptual

Los componentes para el diseño y desarrollo de programas de promoción de salud según las teorías desarrolladas en la ciencia y en la práctica psicológica son: el contexto, la persona y las demandas situacionales. En la figura 5 se explican los aspectos relacionados a cada componente.

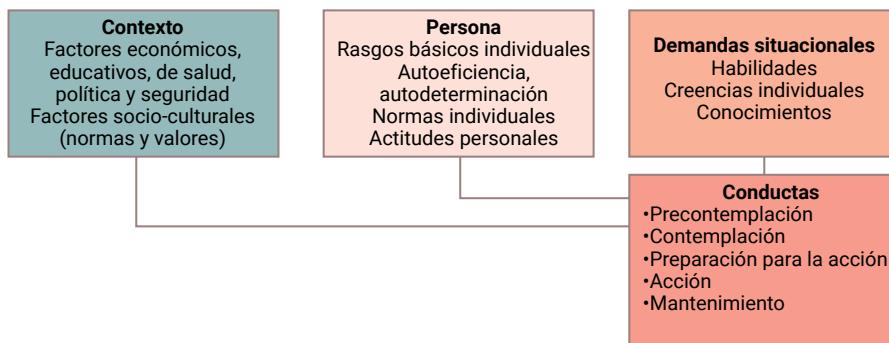


Figura 5. Componentes para el diseño y desarrollo de programas de salud

Fuente: Spink y Pootinga (2005)

Elaborado: Autora de la guía

3.1.2.1. Contexto

Es el primer aspecto que se debe considerar para el diseño de los programas ya que permite el análisis de las oportunidades y limitaciones que ofrece el contexto en el que viven los individuos, se refiere a las condiciones bajo las cuales vive la población e incluye aspectos económicos, educativos, salud, medio ambiente, clima político y sociocultural (Etchegoyen y Paganini, 2007).

Los aspectos económicos son el acceso al mercado laboral, transporte, agua potable, créditos, leyes de derecho de la propiedad, carreteras, hospitales. El aspecto educativo se refiere a las condiciones necesarias para acceder a una escuela y que su enseñanza sea de calidad.

El aspecto político por su parte hace referencia al sistema de gobierno y su legitimidad, cuya relación diferirá si se trata de una sociedad en la cual prevalezca la corrupción y en otra en la que lidere la democracia y que toma en cuenta las opiniones de la población.

Las normas socioculturales son características compartidas por un grupo como puede ser la comunidad y que influyen en las conductas frente a determinadas situaciones (García et al., 2007) mediante la socialización y la experiencia personal (Álvarez, 2014). Si el programa está enfocado a responder las necesidades de la población, idealmente deberá tomar en cuenta las conductas socialmente esperadas para mejorar la calidad de vida de la población meta (Spink y Poortinga, 2005).

Dependiendo del manejo que se dé a cada uno de estos factores, son capaces de generar oportunidades y limitaciones al momento de cuidar de la salud, convirtiéndose en factores de protección o de riesgo según corresponda.

Los grupos más vulnerables desarrollaran alteraciones en la salud, esto se ha visto confirmado por estudios que revelan que las personas que viven en malas condiciones sociales y económicas presentan un índice inferior en cuanto a esperanza de vida y mayor riesgo a padecer enfermedades.

Estimado estudiante para que tenga una visión más amplia del contexto como componente para el desarrollo de los programas de promoción de la salud le recomiendo leer el REA titulado “[La relación entre los factores socioeconómicos y los programas sanitarios de salud materno infantil en 13 provincias argentinas](#)”(Etchegoyen y Paganini, 2007) a fin de ampliar el conocimiento a través de un ejemplo en cuanto a la relación del contexto manifestado en factores sociales, económicos, culturales y políticos con los programas de salud en una población materno-infantil.

Al analizar el REA, usted comprende que algunos factores relacionados al contexto como las condiciones socioeconómicas y sanitarias a pesar de ser desfavorables, si el servicio sanitario y la calidad de los programas de promoción de salud son óptimos mejoran notablemente los niveles de salud infantil.

3.1.2.2. Persona

Se refiere específicamente a las disposiciones a la acción que el individuo posee y que dependen de los cambios de conducta y los cambios contextuales.

En el estudio de la personalidad existen perspectivas que señalan que las características o disposiciones individuales se mantienen estables a través del tiempo incluso ante distintas situaciones, un modelo que teoriza esta afirmación es el modelo de McCrae y Costa (1997), dentro dichas características se encuentran las actitudes y normas personales, que están estables a lo largo del tiempo y pueden únicamente cambiar cuando se den cambios de conductas originadas por nuevas experiencias y se hagan esfuerzos especiales por modificarlas, estas características estables dan retroalimentación a las conductas, están fuertemente influídas por grupos o personas importantes para el individuo entre los que destacan la familia y las amistades (Oblitas, 2004).

Así también existen características que si pueden variar y estas se pueden desarrollar a través del aprendizaje como la autoeficacia (Bandura, 1997), la autodeterminación (Ryan y Deci, 2000) y el locus de control interno (Rotter, 1996), que influyen grandemente en el proceso a largo plazo de cambios en las conductas (Spink y Poortinga, 2005).

Estos elementos son necesarios de considerar en el proceso de desarrollo de programas dado a que se puede tener una idea clara a los elementos claros a los que se debe enfocar en las intervenciones.

Estimado estudiante para que tenga una mayor comprensión de los aspectos relacionados con la persona le recomiendo la lectura del REA titulado “[Psicología y Personalidad](#)” (Tintaya, 2019) que le permitirá conocer la vida psicológica de la persona que construye y vive su sentido de vida en una comunidad.

El REA nos recuerda que, es muy importante tener en cuenta la individualidad de cada ser humano, dado que la personalidad constituye una “forma de ser” y una “forma de convivir”, es decir, la persona tiene su modo de pensar, sentir y actuar, pero también participa y coopera con su comunidad siendo el escenario principal para la convivencia.

3.1.2.3. Demandas situacionales

Las demandas situacionales devienen especialmente de las necesidades que se observan tanto a nivel individual como colectivo de una sociedad, siendo estos los factores determinantes de la salud. Se pueden resumir en la siguientes:

- Desarrollo de estrategias o habilidades personales que influyan sobre aspectos interpersonales, cognitivos y emocionales que den como resultado el mantenimiento, modificación o implantación de nuevos comportamientos según sea el caso a tratar (Álvarez, 2013).
- Adquisición de conocimientos mediante la estrategia de educación, en cuanto a diversos puntos en relación a la salud como pueden ser: efectos a largo plazo del abuso de sustancias tóxicas, alternativas para una adecuada alimentación, conocimientos sobre la diabetes, prevención y cuidado, los derechos sexuales y reproductivos, higiene personal y ambiental, etc.
- Modificación de creencias relacionadas con la salud, que devienen de la evaluación, las ideas y concepciones que se tiene hacia la salud las mismas que influyen en un determinado comportamiento hacia la salud (Giraldo, et al., 2010).

De acuerdo a los programas preventivos el desarrollo de habilidades psicosociales, la adquisición de conocimientos y la modificación de creencias se convierten en factores protectores de la salud, que generan resiliencia en un grupo, organización, comunidad o a nivel individual (Hawkins, Catalano y Miller, 1992)

3.1.2.4. Conductas

La conducta hace referencia a las acciones ante determinadas situaciones, en conjunto dan lugar al comportamiento (Mora, 2003) que es el resultado de la interacción entre un sujeto con historia (biológica, psicológica y cultural) y el medio ambiente en el que se desenvuelve.

Las conductas que haya desarrollado el individuo en base a la socialización por parte del ambiente pueden ser positivas o negativas convirtiéndolas en factores de riesgo o protección para la salud. En el caso de que estas conductas se han transformado en factores de riesgo es necesario que sean modificadas adoptando o manteniendo conductas adecuadas, el cambio de conductas es un proceso que requiere la puesta en marcha de conjunto de actividades y eventos que conducen a conductas exitosas (Oblitas, 2004).

Al respecto Prochaska y DiClemente (1982) han propuesto para este cambio un modelo que propone estadios y procesos de cambio, que se han analizado en la unidad anterior, por lo que le sugiero una revisión breve de la misma.

El proceso como tal permitirá el cambio de conductas y la adquisición de nuevas que favorecerán la salud física y mental siguiendo las etapas siguientes: sensibilización ante el problema, identificación del problema específico, análisis de alternativas para sobreponerse a los obstáculos y creación de acciones para lograr aumentos en la motivación para el cambio.

Los cambios en los patrones de conducta a través del tiempo pueden generar cambios permanentes en las características de la persona que depende de la motivación que le genere su autoeficacia, y cambios a nivel del contexto que propicia el desarrollo de conductas saludable (Oblitas, 2004).

3.1.3. Etapas en el desarrollo e instrumentación de los programas

La estrategia que se utiliza para diseñar e instrumentar programas está integrada por cinco etapas, las mismas que tienen los siguientes elementos:

- Metas a las que se quiere llegar.
- Métodos y actividades que se requiere para conseguirlas.
- Evaluación.

3.1.3.1. Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema

Antes de situar la alternativa o propuesta sobre la que se va a intervenir, es importante tener una visión integral de la situación de salud que se desea mejorar (Sarría y Villar, 2014). Por lo tanto, en la primera fase se da la identificación de necesidades de la población meta, para desde esta perspectiva definir el problema y más adelante diseñar los contenidos de los programas acordes a estas, tanto el contexto como los recursos personales tienen que ser estudiados para poder realizar una descripción integral (Oblitas, 2004) y establecer las conductas metas a cambiar.

Los elementos metodológicos y actividades para conocer la necesidad de una población son a nivel contextual (información socioeconómica y demográfica, encuestas, información etnográfica) y a nivel individual (aplicación de grupos focales, entrevistas, cuestionarios).

La evaluación en esta etapa, tiene como objetivo ver que tan clara es la definición del problema y determinar la calidad psicométrica de los instrumentos de recolección de datos (Spink y Poortinga, 2005). En la tabla 2 se observa las principales metas que conlleva la primera fase, así como los métodos y la evaluación de los principales problemas que constituyen el punto de partida para el diseño de un programa de intervención en salud.

Tabla 2. Etapa 1: Identificación de necesidades y definición del problema

METAS	MÉTODOS Y ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Definición del problema. Explorar necesidad y posibilidad de programas (nivel individual y comunitario). Determinar en conjunto las conductas metas de cambio (de acuerdo a las demandas de cada persona) 	<ul style="list-style-type: none"> Nivel Contextual Información demográfica, encuestas, informes etnográficos, etc. Nivel Individual Grupos focales, entrevistas y cuestionarios 	<ul style="list-style-type: none"> ¿La definición del problema y las necesidades están claras? ¿Cuál es la calidad de la información base? ¿Cuál es la calidad psicométrica de la investigación exploratoria o formativa (grupos focales, entrevistas)?

Fuente: Spink y Poortinga (2005).

Elaborado por: Autora de la guía.

Como se evidencia en la tabla, a partir de la primera etapa se define los problemas y las necesidades de una población, en el cual se accede a esta información mediante encuestas, entrevistas, informes etnográficos etc., es decir, el profesional realiza una pequeña indagación para comprender qué factores provocaron el inicio y mantenimiento del problema.

Una técnica que se utiliza para analizar el problema fundamental relacionado a la salud, es mediante “el árbol de problemas”, como se puede visualizar en la figura 6. Esta técnica consiste en colocar el problema principal en el centro del gráfico; los efectos del problema se sitúan como las ramas del árbol, y, las causas primarias del problema se colocan como las raíces del árbol, a medida que surgen más causas de las primarias, estas se van dirigiendo hacia abajo (Sarría y Villar, 2014).

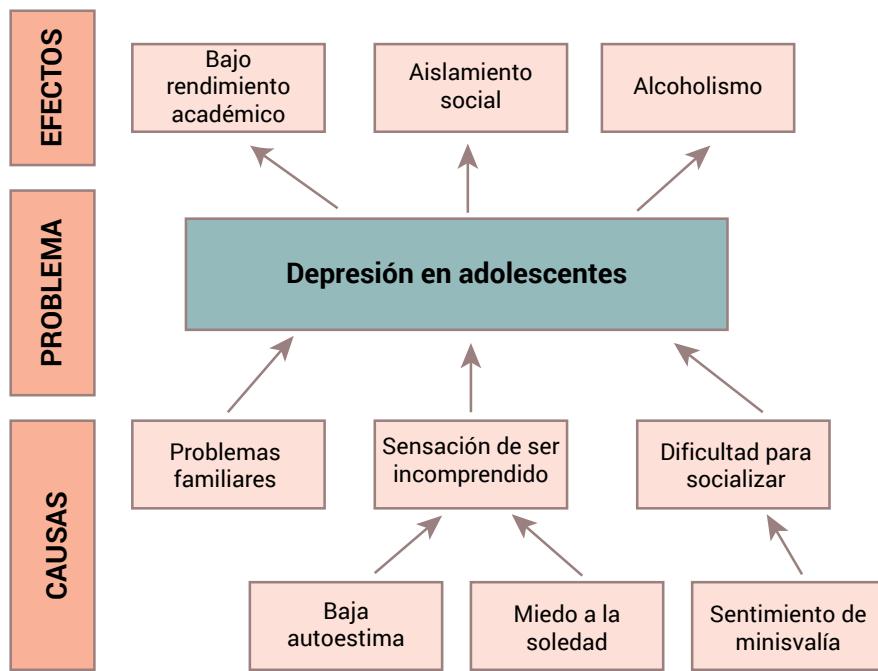


Figura 6. El árbol de problemas

Fuente: Ministerio de Salud de Chile (2011).

Elaborado por: Autora de la guía.

Estimado estudiante para ampliar los conocimientos relacionados a esta semana le sugiero revisar la presentación de PowerPoint denominada: “Unidad 3. Proyectos de Intervención en el Área de la Salud”.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Desarrolle un mapa conceptual de la teoría y estrategias para desarrollar e instrumentar intervenciones para la promoción de la salud.

Procedimiento:

Estimado estudiante para desarrollar la actividad debe seguir el siguiente proceso.

1. Lea detenidamente el apartado de cada uno de los componentes del marco conceptual para el desarrollo de programas de promoción e intervención (Unidad 3).
2. Analice cada apartado y subraye las ideas principales.
3. Estructure un mapa utilizando cuadros y líneas como conectores.
4. Coloque en el de forma organizada los títulos, subtítulos e ideas principales.

Retroalimentación:

¡Enhorabuena ha finalizado la actividad!

A continuación, se incluyen algunas ideas que puede contener su mapa conceptual sobre la teoría y estrategias para desarrollar e instrumentar intervenciones para la promoción de la salud. Observe si la información es similar a la suya.

- Existen tres componentes necesarios para elaborar un programa de promoción: persona, contexto y demanda.
- Persona: características de la persona (autoeficacia, autoestima, etc.)
- Contexto: circunstancias socioeconómicas y culturales
- Demanda: situaciones que la persona enfrenta.
- Conducta: acción para generar cambios.



Semana 6

Hasta ahora estimado estudiante, hemos revisado lo importante que es indagar las necesidades de la población para proceder con el diseño del programa de intervención en el ámbito de salud; teniendo en cuenta:

- Los objetivos.
- El tiempo de realización.
- La población a la que se dirige y.
- Los resultados que se desean obtener.

En esta semana continuaremos aprendiendo las etapas para la elaboración de estos programas de intervención. Los contenidos de la Unidad 3 se encuentran disponibles en la presentación de PowerPoint denominada: “Unidad 3. Proyectos de Intervención en el Área de la Salud”. La misma que se encuentra ubicada en la semana 5.

3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

El desarrollo del programa de intervención se da en base a la información recolectada anteriormente, conociendo las necesidades y en base a esa información se plantean en primer lugar los objetivos de intervención, que según Castaño (2006) deben ser medibles, realistas, pertinentes y claros. Para comprender acerca de la formulación de los objetivos, lo invito a revisar de forma más detallada en la presentación titulada: “[Formulación de objetivos en programas de intervención](#)”.

Una vez planteados los objetivos es momento de determinar la metodología, es decir, determinar qué actividades se van a realizar y definir el alcance del programa (Bados, 2008). Pueden

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

ser intervenciones individuales o grupales, aplicando técnicas didácticas (talleres) y de capacitación (formación de facilitadores en conocimientos y habilidades) que pueden ser probadas y utilizadas en distintas poblaciones y numerosas situaciones (comunidades urbanas, rurales; grupos con diferentes grados de alfabetización), desarrollándose de este modo una primera versión del programa.

A nivel del contexto esto se puede realizar a través de medios masivos (campañas), utilizando varias estrategias como volantes, carteleras, información para profesionales y el público en general, en temas alusivos al cuidado de salud (Barrientos, Ángel y López, 2016) y a nivel individual en principio se determinará los temas a tratar, enfocar los contenidos y la metodología que se utilizará (participativa, no participativa, en grupos pequeños o grandes, con materiales educativos o sin ellos).

En esta fase la evaluación pretende conocer la validez de grado que existe entre el grado de compatibilidad de las necesidades de la población, la importancia que se les da y una versión preliminar de contenidos programáticos (Spink y Poortinga, 2005), la información sobre esta etapa se encuentra resumida en la tabla 3.

Tabla 3. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

METAS	MÉTODOS Y ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Construcción de la primera versión del programa.• Planeación para abogacía y diseminación (localmente)	<ul style="list-style-type: none">• Nivel Contextual Planeación de apoyo Construcción de los mensajes de medios masivos• Nivel individual Selección de los contenidos y tópicos de los programas Selección de métodos didácticos	¿El contenido es válido en todos los programas (en términos de definir necesidades y descripción)?

Fuente: Spink y Poortinga (2005)

Elaborado: Autora de la guía

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

3.1.3.3. Etapa 3: Piloteo del Programa

En esta etapa se desarrolla una prueba piloto para conocer si el programa a realizar es efectivo para que en el caso de ser así pueda ser implementado o aplicado a gran escala. Se desarrollan técnicas para conocer la efectividad de los contenidos y métodos didácticos y por medio de la práctica se realiza pruebas y las revisiones pertinentes a nivel individual y contextual para proporcionar a las políticas ideas claras de los tipos de modelos que serían más efectivos y eficaces si se los desarrollara (Spink y Poortinga, 2005).

El pilotaje debe ser realizado con un número pequeño de personas (nivel individual) quienes deben tener características similares a aquellos que realmente será aplicado el programa, utilizando talleres y a nivel contextual se pilotean programas por medio de radio y televisión.

La evaluación en esta etapa procura dar los elementos para saber qué tan abierta está la población meta al programa, así como determinar si existe diferencias en los efectos que se dan en relación a los cambios que se pretenden alcanzar obviamente habiendo anteriormente establecido grupos de control y en el que se va a intervenir (Oblitas, 2004). Estos aspectos importantes de la etapa tres se describen en la Tabla 4.

Tabla 4. Etapa 3: Piloteo del programa

METAS	MÉTODOS Y ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none">• Establecer la efectividad de contenido y metodología didáctica	<ul style="list-style-type: none">• Nivel contextual: Pruebas, revisiones• Nivel individual Pruebas y revisiones	<ul style="list-style-type: none">• ¿Está abierta la población al programa?• ¿Hay efectos observables?

Fuente: Spink y Poortinga (2005)

Elaborado: Autora de la guía

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Como se puede resumir en la presente tabla, el piloteo del programa permite conocer qué tan efectivo ha sido la aplicación del programa, se puede realizar mediante pruebas, revisiones o grupos focales; en el caso de ser necesario se realiza ajustes en la metodología, en los contenidos o actividades con la finalidad que se pueda aplicar a gran escala.

3.1.3.4. Etapa 4: Cabildeo y diseminación

En esta etapa se busca las condiciones necesarias para que el programa pueda ser instrumentado en gran escala, se utiliza para ello el cabildeo y la diseminación de los resultados y de la información de todo el programa.

El cabildeo se da cuando la información es extendida a los legisladores, en un sentido más amplio, a autoridades locales, maestros, directores de escuelas, asociaciones profesionales, organismos no gubernamentales, médicos, miembros del congreso, gobernadores, subsecretarios, secretarios del estado y el presidente de la República a fin de dar a conocer el programa y sus resultados y con esto conseguir apoyo necesario para adquirir las condiciones contextuales que faciliten la aceptación del programa por parte de las comunidades meta.

La diseminación en cambio consiste en la transmisión de información dirigida directamente al público en general utilizando estrategias como mensajes a través de conferencias de prensa, artículos en periódicos y publicaciones, así como en medios de comunicación como radio, televisión e internet (Oblitas, 2004). A modo de resumen, la tabla 5 refleja los aspectos más importantes de esta etapa.

Tabla 5. Etapa 4: Cabildeo y diseminación

METAS	MÉTODOS Y ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar las condiciones contextuales para cambios conductuales • Facilitar distribución de programas 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel Contextual Dirigido a instituciones y autoridades administrativas • Nivel individual Campañas por medios masivos 	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Han sido abordados los grupos importantes? • ¿Fueron el cabildeo y diseminación exitosos?

Fuente: Spink y Poortinga (2005)

Elaborado: Autora de la guía

3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

Se da la aplicación a mayor escala con el propósito de que gran cantidad de individuos se vean beneficiados con este programa. La aplicación se debe dar una vez que se haya observado que el programa realmente logra la protección de la salud y cuente con los elementos necesarios. En esta etapa se podrán evidenciar con claridad las limitaciones y los cambios inesperados que se pueden dar en relación a la temporización y metodología (Spink y Pooringa, 2005).

Para implementar un programa a gran escala es necesario formar grupos numerosos de personas, supervisarlas, acompañarlas y contar con las estrategias para lograr la distribución masiva de materiales tanto promocionales como educativos, una manera de hacerlo es formar en primer lugar a una serie de asesores en todos los componentes y fases del programa, lo mismo que formarán posteriormente a multiplicadores y finalmente a usuarios específicos es decir a la población meta (Oblitas, 2004).

La evaluación de esta etapa se enfoca en determinar los cambios a largo plazo en las conductas de los individuos que adquieren a través del aprendizaje habilidades que se van generalizando a medida que se aplican en varias situaciones, así como la efectividad y eficacia

incluyendo el costo del programa. En la tabla 6 se describe las nociones más relevantes de la fase de la aplicación del programa a gran escala.

Tabla 6. Etapa 5: Aplicación a gran escala

METAS	MÉTODOS Y ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
Extender el alcance del programa en número de personas	- Preparación versión final - Establecer un sistema para la distribución de materiales -Capacitar facilitadores	- ¿Es eficiente y efectivo el programa en la etapa de aplicación a gran escala? - ¿Se han involucrado a todas las partes? ¿se mantienen los cambios?
Extender los cambios (adoptar) contextuales a necesidades locales.		

Fuente: Spink y Poortinga (2005)

De acuerdo con la tabla, la etapa 5 señala que, una vez analizada la pertinencia de un programa de promoción de salud, es momento de replicar a una mayor población (nivel nacional, nivel internacional), realizando cambios contextuales de ser necesario. Para ello, es importante preparar la versión final y capacitar a los facilitadores a fin de que se ejecute el programa de manera adecuada.

3.1.4. Conclusión

Para alcanzar los objetivos del programa como son: el cambio de conductas, el aumento en la autoeficacia, el empoderamiento y el desarrollo de factores protectores se requiere potenciar las habilidades cognitivas y psicosociales con la adquisición de información (Oblitas, 2004).

En esta semana se ha revisado el marco conceptual de trabajo para desarrollar los programas y una estrategia que integra cada etapa. Como se logró observar el cambio de conducta individual, requiere también un cambio contextual dado a que este influirá claramente en el comportamiento del individuo, por ejemplo, uno de

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

los elementos esenciales como son las normas y los valores pues son socializados principalmente por grupos sociales primarios y dependiendo de su contenido serán factores protectores o de riesgo para la salud.

Estimado estudiante para tener una idea más clara en relación al marco conceptual de los programas de intervención de salud y las etapas en el desarrollo e instrumentación de los mismos, le recomiendo revisar la presentación de PowerPoint denominada: "Unidad 3. Proyectos de Intervención en el Área de la Salud". La misma que se encuentra ubicada en la semana 6.

Así también le invito a leer el REA titulado "["Marco conceptual y estrategia para el diseño e instrumentación de programas para el desarrollo: una visión científica, política y psicosocial"](#)" (Spink y Poortinga, 2005), en el encontrará una explicación a través de un ejemplo la elaboración de un programa de intervención.

Ahora que usted ha revisado el REA, comprende que todo programa de intervención previamente inicia conociendo las necesidades y problemas de salud que presenta una población o comunidad, y en base a estas necesidades se plantean las alternativas para alcanzar los resultados esperados.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Desarrolle un cuadro sinóptico con las características esenciales de las etapas que se siguen para la instrumentación de un programa de promoción y prevención.

Procedimiento:

Estimado estudiante para desarrollar la actividad propuesta debe seguir el siguiente proceso.

1. Lea detenidamente cada una de las fases que se deben llevar a cabo para la instrumentación de programas.
2. Subraye con distintos colores las ideas principales y secundarias del texto.
3. Utilice llaves y organice el contenido de la mejor manera de modo que sea un cuadro entendible.

Retroalimentación:

Es momento de revisar la actividad. En este apartado incluimos algunas ideas esenciales de las fases del desarrollo de programas de promoción y prevención. Compruebe si las que usted ha proporcionado son similares.

- **Etapa 1: Identificación de necesidades y definición del problema**
 - Se indaga y define el problema o las necesidades.
 - Se establece el ámbito de intervención.
 - Se determina la meta u objetivos para los cambios de conductas.
 - Se plantean los resultados que se desean obtener.
- **Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención**
 - Se prepara la versión preliminar del programa.
 - Se construye los contenidos y temas del programa.
 - Se elaboran los objetivos.
 - Se determina la metodología del programa (actividades y alcance del programa).
- **Etapa 3: Piloteo del programa**
 - Se desarrolla una prueba piloto en un grupo pequeño de personas.
 - Se analiza si el programa es efectivo.
- **Etapa 4: Cabildeo y diseminación**
 - Se facilita las condiciones para la aceptación y adopción del programa.
 - Se busca la colaboración de todas las partes involucradas (autoridades, instituciones, etc.).
 - Se transmite la información al público en general.
- **Etapa 5: Aplicación a gran escala**
 - Se aplica el programa a una gran cantidad de individuos.
 - Se pretende que el programa sea accesible al mayor número de comunidades.



Autoevaluación 3

Estimado estudiante, una vez que ha leído comprensiblemente los subtemas de la Unidad 3 durante la semana 5 y 6. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo. Para ello, debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta.

1. () Los componentes para el diseño y desarrollo de programas de promoción de salud según la práctica psicológica son la persona y su contexto. ¿Verdadero o Falso?
2. () El contexto como componente para diseñar y desarrollar programas de promoción son las condiciones bajo las cuales vive la población que incluye aspectos psicológicos y sociales, educativos. ¿Verdadero o Falso?
3. () Un programa para mejorar la calidad de vida de la población meta, tomara en cuenta las conductas socialmente esperadas. ¿Verdadero o Falso?
4. () Las actitudes y normas personales son características de la personalidad fijas que pueden modificarse únicamente si se originan nuevas experiencias y se hacen esfuerzos especiales por modificarlas. ¿Verdadero o Falso?
5. () El desarrollo de estrategias o habilidades personales que influyan sobre aspectos interpersonales, cognitivos y emocionales del individuo es una de las más grandes demandas a nivel individual. ¿Verdadero o Falso?

6. Señale los elementos que deben estar presentes en cada etapa del desarrollo e instrumentación de programas.
- Metas.
 - Métodos.
 - Identificación de necesidades.
 - Cabildeo y diseminación.
7. Señale las etapas que corresponden al desarrollo e instrumentación de programas.
- Cabildeo y diseminación.
 - Establecimiento de metas.
 - Desarrollo del programa de intervención.
 - Evaluación.
 - Piloteo.
8. Señale los métodos para el desarrollo de la segunda etapa del desarrollo del programa de intervención a nivel individual.
- Campañas.
 - Uso de volantes, carteleras.
 - Establecimiento de temas, contenidos y determinación de metodologías específicas.
9. Señale la opción correcta en cuanto al cabildeo.
- Es un medio para trasmitir resultados a autoridades como legisladores, directores de escuelas, organismos no gubernamentales, médicos, miembros de congreso.
 - Es un medio para trasmitir resultados e información dirigida directamente al público.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

10. Señale una de las metas que deben desarrollarse en la etapa de aplicación a gran escala.
- Extender el alcance del programa en un mayor número de personas.
 - Facilitar las condiciones contextuales para cambios conductuales.
 - Facilitar la distribución de programas.

[Ir al solucionario](#)

¡Examíñese a sí mismo!

Una vez finalizada la autoevaluación es momento de analizar los aciertos, para ello encontrará las claves de respuestas en el Solucionario. En caso de no responder correctamente, ¡tranquilo! esto nos indica que es importante revisar nuevamente los contenidos de la Unidad 3: Proyectos de Intervención en el Área de la Salud.



Semana 7

A modo de resumen, en este primer bimestre hemos estudiado los conceptos básicos de la promoción de la salud desde una perspectiva integral, además de conocer la importancia de los factores de riesgo y los factores protectores que cada individuo tiene. Así mismo, los diferentes niveles de prevención, las fases del diseño de un programa de promoción dirigido a mejorar la salud a nivel individual y comunitario.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1:

- Revise los apuntes realizados de cada uno de los aspectos importantes que usted realizó sobre cada tema.
- Revise los organizadores gráficos de los temas estudiados en el primer bimestre.
- Estudie y analice cada una de las ideas anotadas como importantes tanto en el texto básico como en sus anotaciones personales extraídas de las presentaciones de PowerPoint.

Procedimiento:

Subraye las ideas principales, tome notas de los aspectos que considere importantes, realice gráficos o mapas mentales que le permitan describir características esenciales de cada uno de los contenidos.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Recursos](#)

Actividades finales del bimestre



Semana 8

Estimado estudiante, en esta semana le corresponde revisar las unidades abordadas en el primer bimestre, por tal motivo, sugiero que repase: los conceptos fundamentales de promoción y prevención de salud, factores determinantes de la salud, los modelos explicativos que generan cambios en la conducta y las fases para plantear un programa de promoción de salud.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1:

- Revise los apuntes realizados de cada uno de los aspectos importantes que usted realizó sobre cada tema.
- Revise los organizadores gráficos de los temas estudiados en el primer bimestre.
- Estudie y analice cada una de las ideas anotadas como importantes tanto en el texto básico como en sus anotaciones personales extraídas de las presentaciones de PowerPoint.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Procedimiento:

Subraye las ideas principales, tome notas de los aspectos que considere importantes, realice, gráficos o mapas mentales que le permitan describir características esenciales de cada uno de los contenidos de la Unidad 1: Proceso Salud - Enfermedad: Situación de la Promoción de Salud, Unidad 2: Áreas de Intervención en Promoción y Educación para la Salud desde una Perspectiva Biopsicosocial y Unidad 3: Proyectos de Intervención en el Área de la Salud.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



Segundo bimestre

Resultado de aprendizaje 1

Comprende a la salud y las estrategias de promoción y prevención desde una perspectiva integral, analizando las mismas para luego aplicarlas y evaluar los resultados de este proceso.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje

Estimado estudiante, una vez que hemos aprendido los conceptos básicos y los pasos para elaborar un programa de promoción de salud. Es momento de estudiar diversas estrategias y técnicas de intervención con la finalidad de crear cambios significativos en la calidad de vida de los individuos y de la comunidad en general.

En este segundo bimestre abordaremos los siguientes temas: mecanismos explicativos de las relaciones entre bienestar y salud, teoría de las emociones positivas como amplificadoras y constructoras, estrategias y actividades de promoción y bienestar, diversas técnicas y la realización de intervención mediante la exemplificación de programas. En el transcurso de las unidades encontrará actividades recomendadas, autoevaluaciones y recursos externos que le permitirán interiorizar y profundizar en las temáticas.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



Semana 9



Unidad 4. Estrategias de promoción y prevención

En la unidad anterior se realizó una revisión sobre el diseño de los programas de intervención, una vez determinada la necesidad o el problema de salud e identificada la población beneficiaria del programa, se procede a plantear las alternativas que permitan generar un cambio. En este sentido, en la presente semana vamos a trabajar en torno a las estrategias de promoción y prevención mediante la exemplificación de programas de salud. Los contenidos de la Unidad 4: Estrategias de promoción y prevención para esta semana se encuentran disponibles en el capítulo 4 del texto básico: Fundamentos de promoción y prevención de la salud (Sanjuán y Rueda, 2014).

4.1. Programas de prevención de la salud mental

En el siguiente apartado se expondrá el contenido y la implementación de dos proyectos encaminados a la prevención de la salud mental.

Los programas que se revisarán serán:

- Proyecto ¡Inclúyenos!, el mismo que se desarrolló en Australia y cuyo fin estaba encaminado a incluir dentro de la comunidad a personas adultas mayores que estaban viviendo en residencias, haciéndolos más conscientes de las condiciones de vida en las mismas.
- Proyecto Start, formó parte del programa nacional “*Las personas con depresión lo están haciendo bien*”, se desarrolló en Escocia, estaba encaminado a que en la atención primaria se pudiera conseguir la capacidad necesaria para tratar a las personas con niveles bajos o moderados de depresión utilizando la autoayuda guiada y el modelo de cuidado de pasos.

4.2. El programa nacional y el proyecto ¡Inclúyenos!

Las personas de avanzada edad son una población con gran vulnerabilidad social haciendo que se enfrenten a daños potenciales de salud, amenaza a la satisfacción de sus necesidades y violación de sus derechos por el hecho de no contar con recursos personales, sociales y legales (Guerrero y Yépez, 2015). Estas características en conjunto con la pérdida de redes sociales, el poco contacto con los hijos, el ingreso a espacios residenciales, entre otros (Gallo y Molina, 2015) hacen que sean propensos a presentar aislamiento y soledad de la mortalidad y estados de salud deficitarios.

Para disminuir la presencia de aislamiento y soledad en los adultos mayores se han planteado intervenciones que crean conexión con los servicios de comunidad y otras personas que son eje fundamental permitiendo de esta manera mejorar la calidad de vida de los individuos.

Ante esta propuesta se dio lugar a la creación del programa nacional ¡Inclúyenos! Que fue desarrollado por el departamento de Atención al Mayor del Ministerio de Sanidad de Melbourne en Victoria y dirigido a la integración comunitaria de personas que estaban viviendo en residencia.

El programa se realizó en tres fases teniendo cada una de ellas una duración de dos años, en la primera 2006-2007 se realizaron 16 proyectos con los que se trató de tomar contacto con las personas residente, la segunda 2008-2009 se financiaron 20 proyectos para desarrollar aquellas estrategias que había resultado más efectivas en la fase anterior y la tercera fase 2009-2010, en los que se implementaron 28 proyectos.

Dentro de estos proyectos de dicho programa se encuentra el programa ¡Inclúyenos!

- **Inicio**

Fue uno de los proyectos que se realizó en la primera fase del programa, contó con un presupuesto de 20.000 dólares, en él hubo la participación de 2 residencias.

- **Desarrollo del plan de acción**

- **Objetivo global:**

- Permitir que la comunidad conozca los aspectos relacionados con las residencias.

- **Objetivos específicos:**

- Hacer que algunos servicios y organizaciones determinen y pongan en marcha diez acciones para incluir a residentes.
 - Fomentar nuevas relaciones y fortalecer las ya existentes entre comunidad y residencia.

■ Realización de la intervención

Se llevaron a cabo las siguientes acciones:

- Actividades realizadas con niños en escuela de primaria.
- Actividades hechas con los residentes dentro de colegios que incluían la lectura, escritura de poesía, fabricación de artesanías y otras como la pesca.
- Desarrollar entrevistas a mayores y difundirlas por medio de emisoras locales.
- Reuniones entre residentes y miembros de la comunidad a los que les gustara la lectura y quisieran entablar nuevas relaciones.

■ Evaluación de resultados obtenidos

Un buen resultado fue el logro de que algunos residentes participaran en programas de radio para contar como era la vida en las residencias y de cómo fue su implicación en la comunidad, otro resultado así mismo manifiesto fue el aumento de la capacidad de las residencias ya que cumplieron con las normas de acreditación sobre estilos de vida que se debía llevar con los residentes.

■ Mantenimiento y sostenibilidad

Para el mantenimiento de los resultados se pusieron en marcha las siguientes acciones:

- Se permitió a los residentes seguir participando en grupos de lectura.

- Se mantuvo el desarrollo de actividades que habían comenzado a hacer los residentes con colegios y escuelas.
- Se incluyó a todos los residentes en actividades sociales realizadas por un organismo social.
- Se fomentó a que las reuniones de los Servicios Públicos encargados de residentes tengan como tema a tratar la inclusión social.
- Se difundió información del proyecto mediante terapeutas ocupacionales y otros profesionales vinculados con el ámbito de estilo de vida.

La evaluación de todos los proyectos del programa se realizó en el 2010, se determinó el impacto del programa, el grado de eficacia, la sostenibilidad de resultados, efectividad de Ministerio de Sanidad en el apoyo a servicios utilizados para realizar proyectos y las direcciones futuras del programa.

En conclusión, la gran parte de proyectos incluidos en el programa como resultado lograron desarrollar actividades grupales, jardinería, artesanía, fomentaron el contacto intergeneracional con familia, escuela y colegios, otros se enfocaron en influir en actitudes de la comunidad para lograr la inclusión. Alrededor de 2.400 residentes participaron en dichos proyectos y la mayoría de ellos refirieron el disfrute en las actividades y la satisfacción de haber podido acceder a la comunidad lo que conllevo a la disminución de depresión y problemas conductuales del sueño y alimentación.

A nivel local (residencia) se aumentó el conocimiento sobre la vida de los residentes y la importancia de la inclusión social en los profesionales haciendo que estos proporcionen atención integral y de calidad. En cuanto al nivel comunitario se logró que se fomentara la educación de la comunidad utilizando algunos recursos desarrollados durante los proyectos, aumento la atención a personas

que habitan en residencias por parte en centros y organismo locales y finalmente se aumentó el valor a las contribuciones de las personas adultas mayores hacia la comunidad.

4.3. El programa nacional “Las personas lo están haciendo bien” y el proyecto “Start”

El programa *Las personas lo están haciendo bien*, se desarrolló en 8 regiones de Escocia durante los años 2003, 2004 y 2005 y su evaluación fue durante el año 2006. Cuyos objetivos estaban encaminados a:

- Permitir a servicios de AP, organismo y asociaciones locales, la intervención mediante autoayuda guiada a personas con niveles bajos o moderados de depresión.
- Aumentar la capacidad de estos organismos en esta técnica a través de su entrenamiento.
- Disminuir la espera de intervención implementándose intervención desde AP.
- Evaluar síntomas y problemas de usuarios para determinar el tipo de apoyo que se les pueda ofrecer.
- Reducir la prescripción de medicación.
- Permitir el acceso a servicios comunitarios que podían ser útiles para personas con niveles bajos de depresión.

Para poder cumplir con los objetivos se capacitó en distintas formas de autoayuda mediante libros con ejercicios, cursos, páginas web, grupos y sesiones individuales, además realizó acciones para conectar a la persona con otros servicios comunitarios.

Los resultados obtenidos permiten deducir que la intervención de la autoayuda guiada representa una intervención de primera línea, el apoyo dado por otras instituciones que no sean los relacionados a la salud fue efectivo para el manejo de problemas de salud.

Proyecto Start:

- **Inicio**

El proyecto inició a implementarse en Gran Glasgow en el 2004 ya que en el año 2001 se había implementado una estrategia para el impulso en el desarrollo de los profesionales de salud mental de Atención Primaria, así mismo se publicó libros de autoayuda para superar la ansiedad y la depresión con un enfoque cognitivo-conductual, hecho que permitió integrar fácilmente al proyecto en la región (Scottish Executive, 2006).

- **Desarrollo del plan de acción**

Los objetivos propuestos son:

- Entrenar equipos de Salud Mental de AP en intervención de autoayuda guiada.
- Ir rotando dentro de ESMAP a profesionales que se encargarían de implementar el tratamiento para que entrenaran al equipo.
- Proporcionar vías a las personas con depresión para que accedan al tratamiento.
- Realizar un estudio controlado para determinar la forma más eficaz para proporcionar autoayuda: por teléfono o contacto directo.

El equipo de profesionales contó con un director (Psicólogo Clínico) y 3 psicólogos ayudantes denominados trabajadores de apoyo que se encargaron de:

- Llevar a cabo intervenciones de autoayuda mediante teléfono.
- Coordinar y facilitar grupos de autoayuda guiada.
- Evaluar las necesidades de los individuos y acordar otra opción de tratamiento.
- Tomar notas de todas las sesiones y ofrecer feedback.
- Llevar a cabo el reclutamiento de pacientes para el estudio controlado.
- Asistir a reuniones para discutir el progreso de la investigación.

Para que los ayudantes cumplan correctamente sus funciones fueron previamente entrenados en aprendizaje de conocimientos y adquisición de habilidades.

▪ **Realización de intervención**

- Trabajadores de apoyo rotaron por cuatro ESMAP por un período de 9 a 12 meses y luego el equipo decidía si incorporar la intervención.
- Para implementar el proyecto se utilizó el modelo de atención por pasos.
- A nivel comunitario en un centro de la región se impartió un curso de autoayuda usando dos pequeños manuales de cómo superar la depresión y ansiedad.
- Se implementó una página y desde esta se podía descargar material adecuado, claro y sencillo para afrontar distintos problemas.

- Los grupos de autoayuda que se crearon fueron guiados por un trabajador de apoyo, quien enseño habilidades para superar depresión utilizando material basado en la terapia cognitivo-conductual.
- El paciente que acudía a AP debía desarrollar dos cuestionarios BDI-II y el PHQ-9 con la finalidad de valorar sintomatología depresiva, en el caso de presentar depresión leve y estar dispuesto en recibir tratamiento basado en autoayuda era asignado al proyecto Start para iniciar la intervención.

Williams et al. (2013) manifiestan que la intervención estuvo conformada por 3 sesiones, en dónde existió un contacto directo con el paciente. En la figura 7 se detalla las actividades que eran destinadas a cada sesión.

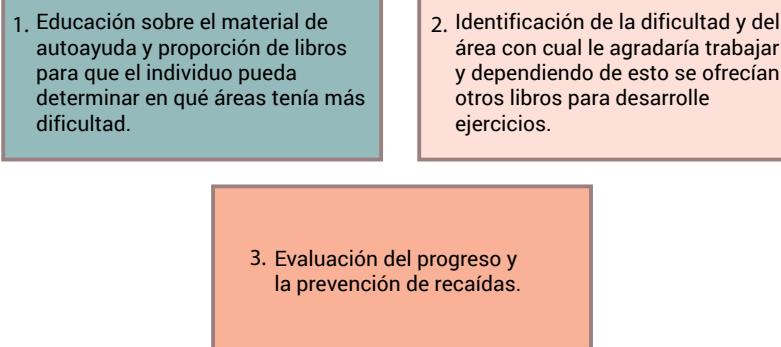


Figura 7. Sesiones de Intervención

Fuente: Sanjuán y Rueda (2014)

Elaborado: Autora de la guía

Como se indica en la presente figura, en la intervención del proyecto Start se llevó a cabo tres sesiones, la primera relacionada a la brindar información sobre el material de autoayuda. En la segunda

sesión indagaron que áreas le gustaría trabajar en base al material previamente analizado. Y en una tercera sesión, evaluaron el progreso o avance de la intervención, además de prevenir recaídas mediante el uso de un nuevo libro.

■ **Evaluación de resultados**

Los resultados que se consiguieron fueron:

- Se experimentó mejoría significativa tanto al término de la intervención como cuatro meses después.
- Se consiguió entrenar en autoayuda guiada a los cuatro ESMAP.
- Tres de los cuatro ESMAP redujeron sus listas de espera y lograron mayor atención sociales y comunitaria.
- Gracias a la participación en los programas se logró el conocimiento por parte de los participantes de depresión y ansiedad.
- La intervención resulta más efectiva que la atención estándar que habitualmente se brinda en AP (Scottish Executive, 2006).

■ **Mantenimiento y sostenibilidad del proyecto**

- Se mantuvo al director del proyecto y al responsable de las tareas en sus puestos de trabajo.
- Se logró incluir a un trabajador de apoyo en uno de los ESMAP para así aplicar el servicio.
- Se incrementó el número de grupos de apoyo para la autoayuda guiada en distintas zonas.
- Se impartió en más centro el curso para manejar la ansiedad y la depresión (Sanjuán y Rueda, 2014).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Elabore un resumen de los programas propuestos, como ejemplo para detallar como se desarrollaron.

Procedimiento:

Estimado estudiante para desarrollar la actividad propuesta debe seguir los siguientes pasos.

1. Lea detenidamente el contenido propuesto en cada uno de los programas, los mismo que se encuentran detallados en mejor medida en el libro base de Sanjuán y Rueda (2014).
2. Analice el procedimiento que se ha utilizado y detallado en cada uno de los programas.
3. Subraye las ideas principales y haga un resumen con aspectos no mencionados en la guía de modo que sea un complemento.

Retroalimentación:

Una vez finalizada la actividad, es momento de revisar. Observe si las respuestas que usted ha formulado son similares a las siguientes:

Proyecto ¡Inclúyenos!	Proyecto Start
<ul style="list-style-type: none"> • País: Australia • Población: Adultos mayores de residencias • Duración: 2 años • Objetivo: Permitir que la comunidad conozca los aspectos relacionados con las residencias. • Actividades: lectura, poesía, artesanía dentro de colegios y escuelas. Reuniones entre residentes y miembros de la comunidad. 	<p>País: Escocia</p> <p>Población: personas con depresión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración: 4 años • Objetivo: Entrenar equipos de Salud Mental de Atención Primaria en intervención de autoayuda guiada. • Actividades: impartieron cursos de autoayuda, elaboración de material para afrontar distintos problemas, enseñar habilidades para superar la depresión.



Semana 10

La definición de las estrategias en los programas de intervención es necesaria para alcanzar los objetivos (cambios de comportamiento, bienestar psicológico, estilos de vida saludable, etc.). En el capítulo anterior, se analizó diferentes programas permitiendo una mejor comprensión en torno al desarrollo del plan de acción, realización de intervención, evaluación de resultados y mantenimiento y sostenibilidad del proyecto.

En esta semana nos enfocaremos en la promoción del bienestar psicológico mediante los fundamentos teóricos de la promoción del bienestar y las estrategias que tienden a aumentar las emociones positivas. Los contenidos de la Unidad 4: Estrategias de promoción y prevención se encuentran en el capítulo 5 del texto básico (Sanjuán y Rueda, 2014).

4.4. Promoción del bienestar psicológico

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad o afección. En base a esto se puede tomar en consideración que el bienestar es un elemento clave y fundamental en el desarrollo de la misma y que es una prioridad sanitaria (World Health Organization, 2013).

La psicología ha jugado un papel crucial en la conceptualización de este elemento enfocándose en su promoción para lograr el mantenimiento de las condiciones psicológicas y físicas del individuo (Sanjuán y Rueda, 2014).

4.5. Conceptualización del bienestar

El bienestar se define en términos subjetivos, dado que es la manera en cómo la persona percibe e interpreta su realidad, y por conseciente, cómo se siente. Sin embargo, pensaríamos que el bienestar al ser subjetivo no puede ser estudiado empíricamente. Lo cierto es, que se relaciona con variables objetivas, como, por ejemplo: ser evaluados por otras personas, recordar eventos positivos y presentar respuestas fisiológicas. Por lo tanto, el bienestar subjetivo es la evaluación que hace el individuo de su vida que incluye juicios cognitivos y valoraciones afectivas (Sanjuán y Rueda, 2014).

Al respecto Arita (2005) citado en Moyano y Ramos (2007) afirma que el bienestar subjetivo está constituido por dos componentes:

- **Cognitivo:** está relacionado con la satisfacción vital ya sea de forma global o por dominios específicos.
- **Afectivo:** refiere a la presencia de sentimientos es decir de estados de ánimo y emociones.

De acuerdo a esta perspectiva se puede determinar que las personas con bienestar cognitivo afirmarían que se encuentran satisfechos con su vida y en relación al componente afectivo experimentarían con mayor frecuencia emociones positivas en relación a las negativas (Sanjuán y Rueda, 2014).

Pese a que, el bienestar sugiere mayor prevalencia de emociones positivas, es necesario aclarar que también se experimenta afectos negativos en un sentido que pueden resultar ser adaptativos; por ejemplo, sentir pena cuando alguien muere o ira después de una injusticia, asimismo, el malestar es necesario para darnos cuenta que necesitamos cambios en nuestras vidas (Sanjuán y Rueda, 2014). Por lo contrario, cuando las emociones positivas son exageradas pueden dar lugar a una desorganización conductual (Oros, 2015).

Estimado estudiante para tener un mayor conocimiento en relación a la regulación de emociones, aspecto elemental para el bienestar subjetivo del individuo. Le recomiendo leer el REA titulado “[Exceso y descontextualización de la experiencia emocional positiva: cuando lo bueno deja de ser bueno](#)” (Oros, 2015). Aquí comprenderá cuando las emociones positivas son sanas, y en qué momento pasan a ser desfavorables dependiendo de la intensidad y frecuencia.

De acuerdo a la lectura del REA, ¿cuándo las emociones positivas son sanas?

Las emociones positivas son sanas cuando la persona logra regular sus emociones dependiendo del contexto que se encuentra. Es decir, existe congruencia entre la emoción y la situación, además su intensidad no sobrepasa ciertos límites saludables.

■ Factores que afectan al bienestar

El bienestar del individuo depende de múltiples factores; sin embargo, hay algunos que son esenciales, dentro de los cuales mencionamos:

- **Autoconcepto:** es el conjunto de percepciones y conceptos que el individuo tiene de sí mismo (Esnaola, Alfredo y Madariaga, 2008), de forma más entendible se lo puede definir como el conjunto de pensamientos y sentimientos que el individuo tienen acerca de sí mismo (Montoya y Pinilla, 2016).
- **Autoeficacia:** hace referencia a la creencia de cuán efectivo puede ser a la hora de conseguir resultados deseados (Bandura, 1997 en Ornelas, Blanco, Gastelum y Chávez, 2012).
- **Autonomía:** se refiere a la libertad de desarrollar las propias competencias y alcanzar la responsabilidad de la propia conducta (Kleinke, 2002). Además, es un elemento que ayuda en la autorregulación, hecho que favorece el bienestar.
- Implicación en metas en especial las que responden a necesidades básicas.
- Relaciones interpersonales adecuadas en base al desarrollo de adecuadas habilidades sociales que le permite desarrollarse adecuadamente en todos los contextos de la vida.
- Perspectiva de vida optimista del mundo y de sí mismo.
- Afrontamiento adecuado a los problemas.

- Rasgos de personalidad en especial extraversión, afabilidad, responsabilidad y apertura (Esnaola y Madariaga, 2008).
- Salud física pues el bienestar subjetivo depende de las condiciones de salud así como la ausencia de enfermedad.
- Factores de carácter sociodemográfico como grado de educación, nivel de ingresos, estado civil, religión, etc.

De este último elemento se puede determinar que la mayoría de factores sociodemográficos en el bienestar esta mediada por terceras variables, por ejemplo el caso del grado de educación alcanzado está asociado con el bienestar, sin embargo el efecto del nivel educativo alcanzado en el bienestar está dado por el hecho de que este favorece el logro de metas significativas y así sucede con otros factores como el matrimonio, la satisfacción laboral o la religión que se asocian positivamente con el bienestar, pero mediada por el apoyo social que se obtiene de la pareja, compañeros de trabajo o feligreses respectivamente (Diener et al., 1999 citado en Sanjuán y Rueda 2014).

■ **Bienestar como causa**

Aunque anteriormente se ha estado definiendo y viendo al bienestar como la consecuencia de la presencia de una serie de condiciones, es necesario también conocer que el bienestar puede funcionar como causa de muchos resultados positivos en la vida. Se conoce que el bienestar está asociado positivamente a óptimas relaciones personales, tasas de divorcio bajas, mayor número de amigos, mayor apoyo social, mayor éxito profesional, uso adecuado de habilidades de afrontamiento, mejor autorregulación y por ende de una adecuada salud (Sanjuán y Rueda, 2014).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

4.6. Relaciones entre bienestar y salud

El bienestar está asociada a la salud especialmente con lo que se refiere con un índice objetivo como lo es la longevidad, al respecto se ha podido determinar que los individuos que reflejan mayor bienestar viven durante muchos años más en relación a individuos cuyos niveles de bienestar es disminuido.

En esta línea han sido muy comunes los estudios de la felicidad como elemento estructural del bienestar y su influencia en el tiempo de vida de los individuos, pues el efecto de sentirse bien es muy potente sobre la longevidad (Veenhoven, 2008).

De la misma manera, otros factores implicados en el bienestar como la satisfacción vital y el afecto positivo son elementos que predecirían la mortalidad, determinando que si están presentes disminuye el riesgo de mortalidad aumentando los años de vida (Wiest et al., 2011), al contrario la presencia de afectos negativos influyen en la aparición de estrés, depresión y ansiedad, sintomatología que generan malestar en el individuo y por lo tanto, el nivel de bienestar disminuye (Schwartzmann, 2003).

En estudios distintos a los encaminados a la longevidad se ha determinado que el bienestar tiene efectos beneficios en la salud, especialmente en relación a la salud cardiovascular, al respecto se ha encontrado que una pobre salud cardiovascular disminuye los niveles de bienestar ya que estas enfermedades se relacionan con la presencia de depresión y ansiedad (Hernández et al., 2014).

- **Mecanismos explicativos de las relaciones entre bienestar y salud**

En este apartado se trata de explicar cómo se produce la asociación entre el bienestar y una adecuada salud.

- **Mecanismo psicológico:** el bienestar mantiene relaciones positivas con predictores importantes de una adecuada salud como la conexión social, la percepción de apoyo social, el optimismo, estrategias de afrontamiento adecuado y conductas de salud.
 - **Mecanismo fisiológico:** personas con alto bienestar presentan menos activación fisiológica en distintos sistemas, lo que evita la presencia de enfermedad y aumenta los años de vida.
- **Efecto amortiguador de las emociones positivas**

Las emociones positivas potencian la salud y ejercen un efecto amortiguador ya que reducen la activación cardiovascular derivada de las experiencias de emociones negativas como la ansiedad y la ira que están directamente relacionadas con esta patología (Piqueras, Ramos y Martínez, 2009).

El efecto amortiguador de las emociones positivas se da también de forma muy clara en contextos de interacción interpersonal en donde ocurren la mayoría de las emociones y su regulación (Sanjuán y rueda, 2014).

Estimado estudiante para tener un conocimiento más claro de cómo las emociones positivas pueden ayudar a la preservación de la salud frente a las emociones negativas que la disminuyen, le recomiendo leer el REA titulado “[Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física](#)” (Piqueras, Ramos y Martínez, 2009), en él encontrará datos novedosos referentes a qué emociones negativas son consideradas factores de riesgo para contraer enfermedades tanto a nivel físico como psicológico.

El aporte del REA, señala que los estudios realizados con respecto a las emociones negativas; indican que, la tristeza, miedo, ira y asco influyen en el proceso de salud-enfermedad, interfiriendo en los hábitos saludables y fomentando el desarrollo de conductas inadecuadas.

4.7. Fundamentos teóricos de la promoción del bienestar

El bienestar es un elemento esencial para la salud es por ello necesaria su promoción, para lo cual en este apartado se analizarán dos teorías enmarcadas dentro de la perspectiva de la Psicología Positiva que se enfoca en el estudio de todos los aspectos positivos del funcionamiento psicológico que idealizan la promoción del bienestar y la prevención de la salud mental. Estas teorías son:

- Teoría de las emociones positivas como ampliadoras y constructoras.
- Modelo de la felicidad sostenible.
- **Teoría de las emociones positivas como ampliadoras y constructoras**

La teoría fue propuesta por Bárbara Frederickson (2001) y propone que las emociones positivas están asociadas con una serie de recursos personales que permitirán lograr diferentes objetivos vitales dado a que amplían el repertorio de pensamientos y acciones en el individuo.

La teoría se basa en algunas teorías de la emoción que indican que las emociones son reacciones psicofisiológicas que toman un carácter adaptativo ya que tienen una función preparatoria para que el individuo de una respuesta adecuada a las demandas del ambiente, logrando su supervivencia y la de su especie (Piquerros, Ramos, Martínez y Oblitas, 2009).

A diferencia de las emociones negativas que preparan al individuo a tendencias específicas de acción como ataque o huida y estrechan el repertorio de pensamiento, las emociones positivas no requieren de ninguna preparación a acciones específicas y por ende no se presenta estrechamiento de pensamiento, sino que amplía tanto el repertorio de pensamiento como de acción que son complementarios.

Esta ampliación puede propiciar el desarrollo de una variedad de recursos personales, por ejemplo, el interés es una emoción positiva que lleva a explorar el ambiente, que puede facilitar la adquisición de conocimientos y habilidades cognitivas.

■ **El modelo de la felicidad sostenible**

Modelo propuesto por Lyubomirsky conocido también como modelo constructivo de felicidad que pone de manifiesto que existen ciertas actividades o intervenciones que pueden aumentar los niveles de felicidad, considera que, aunque la felicidad en un porcentaje depende de los factores genéticos y circunstanciales, el mayor porcentaje depende de nosotros y está bajo nuestro control.

En relación a esto, la felicidad es la consecuencia de un proceso que culmina con un sentimiento de satisfacción, por ende, para conseguirla es imprescindible “hacer algo” y esto es el cambio de pensamiento y actuación que requiere del esfuerzo del individuo que deviene de la intención de cambio y su plena implicación para lograr bienestar a largo plazo.

El aumento de bienestar haría que el individuo se implique más en actividades vitales que les permitirán a los individuos generar experiencias positivas y de este modo se puede seguir perpetuando la felicidad.

4.8. Estrategias y actividades de promoción y bienestar

El objetivo de estas actividades y estrategias es aumentar las emociones positivas o experiencia de bienestar en general y propone los siguientes objetivos intermedios.

- Cambio en la forma de pensar y/o afrontar problemas.
- Mejorar las relaciones interpersonales y/o ayudar a los demás.
- Fomentar la implicación en metas significativas.

- **Actividades para cambiar la forma de pensar o afrontar problemas**

Están basadas en que, la visión positiva de sí mismo y del mundo influyen en el desarrollo del bienestar, lo que se busca es el cambio del pensamiento hacia una visión más optimista.

Tres cosas buenas al día: se debe sugerir al individuo que señale tres cosas positivas que le han sucedido en el día las cuales no deben ser extraordinarias.

- **Identificar fortalezas y usarlas:** se induce al individuo a que reconozca sus fortalezas, es decir las características positivas de su personalidad haciendo un auto registro de las misma y ayudarle a que reconozca en que momentos las puede utilizar (Cuadra, Veloso, Ibergaray y Rocha, 2010).
 - **Visualizar el mejor yo posible:** es inducir a la persona a imaginarse su yo ideal lo que le proporcionará una visión optimista y ayudará a reconocer y motivar las metas que desea conseguir.
 - **Reevaluación positiva de las situaciones negativas:** se pretende que la persona reconozca algún aspecto positivo de las situaciones negativas ya que en su totalidad no son malas.
 - **Saborear:** se enseña a los individuos el concepto de saborear y de la importancia de hacerlo con cada una de las actividades que realice (Cuadra, Veloso, Ibergaray y Rocha, 2010).
- **Actividades para favorecer las relaciones interpersonales o ayudas a los demás.**

Sirven para el desarrollo o la consolidación de las relaciones interpersonales, se mencionan las siguientes:

- Reconocimiento y expresión de gratitud: la gratitud como agradecimiento debe ser duradera, lo que se pretende en esta técnica es que el individuo sea agradecido por algún beneficio que haya recibido.
 - Amabilidad: son las conductas que hacen feliz o benefician a alguien, el propósito es enseñar la importancia de esta estrategia para mantener buenas relaciones interpersonales (Sanjuán y Rueda, 2014).
- **Implicaciones en metas significativas**

Esta acción tiene un gran impacto sobre el desarrollo de bienestar, las metas que más se asocian al bienestar son:

- Significativas, importantes y valoradas son elegidas por interés, valores y necesidades propias.
- Con nivel moderado de reto, el nivel de dificultad tiene que estar por encima de la competencia del propio individuo.
- Las que están formuladas en términos de aproximación es decir las que se plantean como objetivos a conseguir.

Es importante tener en consideración que la motivación juega un papel esencial junto con el esfuerzo por realizar una tarea, así como la implicación que el individuo en la actividad.

▪ **Eficacia de las actividades para reducir síntomas negativos**

Pese a que no se cuenta con gran evidencia, se puede determinar que las estrategias utilizadas para mejorar el bienestar son eficaces para disminuir síntomas negativos como los depresivos, esto se afirma

en base a los estudios que se realizaron a individuos con depresión utilizando las técnicas antes mencionadas obteniendo resultados positivos (Sanjuán y Rueda, 2018).

4.9. Programa de promoción de emociones positivas y recursos psicológicos en pacientes cardíacos

A continuación, se describirá un proyecto que tienen como fin el incremento de emociones positivas utilizando una serie de actividades que darán como resultado el aumento de bienestar.

- **Emociones y enfermedad cardíaca**

Las enfermedades cardíacas constituyen en la actualidad uno de los grandes problemas ya que es una de las causas de un gran número de muertes que además trae consigo otras consecuencias sociales, psicológicas y económicas.

De acuerdo a su estudio se conoce que no solo algunos factores de riesgo como hipertensión, tabaquismo, obesidad producen estos problemas sino también la presencia de determinados factores de naturaleza psicosocial como la experiencia reiterada de emociones negativas como la hostilidad, el pesimismo, el aislamiento entre otros (Stanton, Reverson y Tennen, 2007 citado en Sanjuán y Rueda, 2014).

En relación a la presencia de depresión se puede determinar que hay una relación bidireccional entre esta y las EC dado a que la depresión no solo puede ser causa sino también una consecuencia de las enfermedades cardiovasculares.

La hostilidad es otra de las emociones que se asocia al inicio de las EC y que incide progresivamente en la presencia de estas enfermedades, dado a que las personas con hostilidad presentan excesiva reactividad cardiovascular cuando se enfrentan a

situaciones estresantes, así mismo debido a sus problemas de comportamiento pierden el apoyo social el mismo que a lo largo de años se asocia con incrementos de presión sanguínea (Chida y Steptoe, 2009).

A estos problemas es necesario regularlos y para ello se ha hecho uso durante varios años la presencia de emociones positivas que potencian la salud y ejercen un efecto amortiguador ya que reducen la activación cardiovascular derivada de las experiencias de emociones negativas (Piqueras, Ramos y Martínez, 2009).

- **Fundamentos teóricos y empíricos del programa**

El programa está basado en los dos modelos propuestos anteriormente, el modelo de la felicidad sostenible y la teoría de las emociones positivas como amplificadoras y constructoras por lo que le sugiero dar un repaso nuevamente al apartado anterior donde se describen cada una de estas teorías.

- **Objetivos del programa**

El objetivo fundamental que se plantea es incrementar las emociones positivas y los recursos psicológicos, además de disminuir las emociones negativas de pacientes que acaban de sufrir un primer episodio cardíaco mediante una intervención psicológica consistente en el desarrollo de actividades que han probado ser eficaces.

- **Programa de intervención**

Se desarrollará de la siguiente manera:

- Se proporcionará un documento con información relativa y el consentimiento informado a las personas que deseen participar.

- Se asignará de forma aleatoria a la mitad de pacientes para que sean intervenidos y a la otra mitad para que formen el grupo de control.
- El programa se desarrollará en 8 semanas, utilizando la primera y última semana a la evaluación de las variables de interés: estrategias de afrontamiento, apoyo social, autoeficacia, síntomas depresivos, hostilidad, y emociones positivas y negativas.
- Durante las 6 semanas intermedias se llevará a cabo el programa utilizando actividades de toma de conciencia de actos de amabilidad, actos de gratitud que hayan recibido y cosas positivas que les hayan ocurrido.
- En las sesiones grupales se llevan a cabo una vez a la semana, se desarrollan cada una de estas actividades que deben ser practicadas durante la semana y de las cuales debe haber un registro.

Los resultados preliminares han permitido determinar que los resultados son prometedores pues sugieren que las actividades propuestas aumentan las emociones positivas con algunos recursos como la autoeficacia, así también se ha encontrado disminución de las emociones negativas en general (Sanjuán y Rueda, 2014).



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1: Desarrolle un mapa conceptual en el que se evidencien las teorías enmarcadas dentro de la perspectiva de la Psicología Positiva que son básicas para la promoción del bienestar.

Procedimiento

Estimado estudiante para desarrollar la actividad propuesta debe realizar los siguientes pasos.

1. Lea detenidamente los contenidos relacionados a la semana 10 (Unidad 4. Estrategias de promoción y prevención)
2. En el texto base de Sanjuán y Rueda (2014) a fin de afianzar y complementar el conocimiento.
3. Subraye las ideas principales y secundarias.
4. Utilice cualquier tipo de organizador gráfico para resumir los contenidos.

Retroalimentación:

Es momento de comparar sus respuestas, si coinciden con las siguientes premisas ha realizado un buen trabajo, y en caso de no ser así, es momento de revisar nuevamente la Unidad 4: Estrategias de promoción y prevención.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Recursos](#)

Fundamentos teóricos de la promoción del bienestar	
Teoría de emociones positivas como ampliadoras y constructoras	Modelo de felicidad sostenible
<ul style="list-style-type: none">• Autora: Bárbara Fredrickson• Emociones positivas: -Están asociadas a una serie de recursos. -Se caracterizan por una falta de reactividad automática. -Pueden ocurrir en contextos de situaciones no amenazantes.• Emociones negativas: • Las emociones negativas tienen un valor adaptativo. • Se caracterizan por responder de forma automática. • Ocurren en situaciones de amenaza (supervivencia).	<ul style="list-style-type: none">• Autor: Lyubomirsky y colaboradores• Algunas actividades pueden incrementar la felicidad.• El 50 % del bienestar depende de la carga genética y de la personalidad, el 10% a circunstancias y 40% por las actividades intencionales.• La felicidad no se consigue únicamente por desear ser feliz, sino que depende de actividades (hacer algo).



Autoevaluación 4

Estimado estudiante, una vez que ha leído comprensiblemente los subtemas de la Unidad 4 durante la semana 9 y 10. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo.

Para ello, debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta.

1. () El programa nacional ¡Incluyenos! Fue creado con el afán de disminuir la presencia de aislamiento y soledad en los adultos mayores creando conexión con los servicios de la comunidad. Verdadero o Falso.
2. () El programa se desarrolló en dos fases teniendo cada una de ellas una duración de tres años, la primera fue desde el 2006-2008 y la segunda desde 2008-2010. Verdadero o Falso.
3. () Los logros que se obtuvieron con el programa fue que los participantes de los lugares residenciales fueran a vivir en las comunidades con las que tuvieron algún vínculo. Verdadero o Falso.
4. () El proyecto Start forma parte del programa Las personas lo están haciendo bien, se realizó con el objetivo de que los Servicios de Atención Primaria, organismo y asociaciones locales proporcionen intervención mediante ayuda guiada a personas con niveles bajos o moderados de depresión. Verdadero o Falso.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

5. () Dentro de los resultados obtenidos con este proyecto se logró que tres de cuatro Equipos de Salud Mental de Atención Primaria redujeran sus listas de espera y lograron mayor atención social y comunitaria. Verdadero o Falso.
6. Señale los componentes del bienestar subjetivo.
- Cognitivo.
 - Conductual.
 - Calidad de vida.
 - Afectivo.
7. Indique cuál de los siguientes elementos afectan o influyen el bienestar del individuo.
- Emociones.
 - Autoconcepto.
 - Cogniciones.
 - Autoeficacia.
 - Autoestima.
 - Salud física.
 - Rasgos de personalidad
8. Señale cuales son los mecanismos explicativos de las relaciones entre bienestar y salud.
- Mecanismo psicológico, fisiológico y conductual.
 - Mecanismo psicológico y conductual.
 - Mecanismo Psicológico y fisiológico.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

9. Señale las teorías en las que se fundamenta la promoción del bienestar.
 - a. Teoría de las emociones positivas como amplificadoras y constructoras.
 - b. Teoría sociocognitiva.
 - c. Modelo de la felicidad sostenible.
 - d. Teoría de supervivencia de Darwin.
10. Señale las actividades que se usan para cambiar la formas de pensar o afrontar problemas.
 - a. Identificar fortalezas y usarlas.
 - b. Reconocimiento y expresión de gratitud.
 - c. Reevaluación positiva de las situaciones negativas.
 - d. Amabilidad.

[Ir al solucionario](#)

¡Examíñese a sí mismo!

Una vez finalizada la autoevaluación es momento de analizar los aciertos, para ello encontrará las claves de respuestas en el Solucionario. En caso de no responder correctamente, ¡tranquilo! esto nos indica que es importante revisar nuevamente los contenidos de la Unidad 4: Estrategias de promoción y prevención.



Semana 11



Unidad 5. Ámbitos o Contextos de Actuación

Hasta ahora hemos visto la importancia de desarrollar programas de intervención; sin embargo, dentro de la psicología existen varios contextos de actuación: ámbito educativo, clínico y de la salud, organizacional y social. Por ello, los programas dependerían del ámbito en el cual están enmarcados (Escobar, 2017). Para esta unidad, se ha seleccionado dos principales problemáticas a nivel social y a nivel sanitario (violencia de género y situación de pobreza en adultos mayores).

En la presente semana, trataremos los aspectos de violencia de género, análisis funcional de la violencia y la forma de abordar este problema relacionado con la salud. Los contenidos de la Unidad 5: Ámbitos o Contextos de Actuación para esta semana se encuentran disponibles en el capítulo 11 del texto complementario: Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud (Camacho y Galán, 2015).

5.1. Salud, género y violencia: dimensión preventiva

5.1.1. Introducción

La violencia es un problema que repercuten en la salud a nivel mundial pues ha alcanzado una gran magnitud en los últimos años, su carga ha incrementado de forma alarmadora perjudicando el bienestar de los perjudicados y de los servicios de atención.

La violencia en todas sus manifestaciones afecta a todos los países en todas las partes del mundo, globalmente la violencia es la principal causa de muerte en individuos de entre 15 y 44 años de edad, siendo los hombres mayores el porcentaje en relación a las mujeres (Espín, Valladares, Abad, Presno y Arencibia, 2008).

Seidler (2006) citado en Rodríguez y Galán (2015) refiere que la violencia es una de las principales causas de muerte de jóvenes, en donde la violencia se ve manifestada en riñas, autoagresiones, humillaciones, homicidios y lesiones.

5.1.2. Violencia

La Organización Mundial de la Salud definió a la violencia como el uso deliberado de la fuerza física o poder, contra uno mismo, otra persona o grupo, que tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos o trastornos del desarrollo (OMS, 2002).

5.1.3. Jóvenes y violencia

El grupo más afectado por la violencia es la población que está ubicada entre los 15 y los 25 años, es decir el adolescente es el principal actor en cuanto a agente de la violencia y en cuanto a víctima de ella (Torres, 2005). De esta población adolescente los hombres se encuentran más implicados que las mujeres tanto en situaciones de victimización como de agresión (Márquez, Silva, Villarreal y Verdugo, 2012).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Los adolescentes tienden a llevar a cabo conductas agresivas debido a que en esta etapa es muy susceptible a interiorizar comportamientos y valores obtenidos de sus pares, los mismos que poseen conductas de riesgo basadas en la impulsividad y que por lo general pertenecen a jóvenes desarraigados, llenos de problemas familiares y personales que cuando ingresan a estos grupos encuentran cierta valoración y respeto.

A más de esto es claro que la adquisición de una determinada postura depende de la socialización que haga la sociedad en relación a este tema (Rodríguez y Galán, 2015).

Cuando un grupo social utiliza un tipo de raciocinio que admite la violencia como instrumento para resolver diferencias, satisfacer necesidades y solucionar conflictos, socializará este mismo tipo de comportamiento para cada uno de sus miembros.

La violencia como cultura hace que se generen emociones negativas que se transforman en agresiones (Torres, 2005). Rice (200) afirma que cuanto mayor es la frecuencia de la violencia vivida por un joven, mayor es la probabilidad de que se convierta en padre y compañero violento.

5.1.4. Perspectiva de género

El género es una construcción social y cultural de los roles o papeles que cada uno de los dos sexos debe cumplir, son procesos de aprendizaje surgidos de patrones que están establecidos socialmente y fortalecido a través de las normas, pero también a través de coerción (Álvarez, 2006).

De acuerdo a los constructos formados antiguamente, es obvio conocer que la perspectiva de género hace énfasis en la relación desigual poder-sumisión que hace que el hombre según el sistema patriarcal ejerza en mayor medida el poder atribuido por la sociedad, haciendo a la mujer sumisa (Águila, Hernández y Hernández, 2016).

Estos paradigmas han intentado ser rotos y se ha logrado en gran parte gracias a la visibilización de fenómenos que antes eran considerados como algo natural haciendo posible que se vean manifestados los mecanismos por los cuales el sistema patriarcal moldea a los varones para perpetuar su paradigma (Rodríguez y Galán, 2015).

5.1.5. Violencia de género y mujeres

La forma en la que son criadas las mujeres con características que acentúan la pasividad, la tolerancia, la obligación de cumplir con el papel doméstico y la creencia de que la presencia masculina puede validar su existencia hace que se entienda el porqué de la presencia de violencia de género.

La violencia de género puede producirse en cualquiera de los ámbitos de la vida cotidiana y aunque suele ser más frecuente en las relaciones familiares y de pareja también se puede producir en otros ámbitos en los que suelen desarrollarse como el ámbito laboral, académico, etc. (Águila, Hernández y Hernández, 2016).

Las repercusiones de este tipo de violencia van desde el ámbito personal y familiar hasta el social con consecuencias de deterioro de la salud, las relaciones interpersonales y delitos múltiples (Águila, Hernández y Hernández, 2016).

5.1.6. Masculinidad y violencia de género

Según Kimmel la masculinidad se construye relationalmente como conjunto de significados cambiantes, para demostrar la masculinidad el varón se ve obligado a llevar a cabo conductas que lo definirían como tal las mismas que están enmarcadas en atributos de fortaleza y firmeza.

Las ideas que se desarrollan en torno a este constructo ponen de manifiesto que la masculinidad del hombre depende de que este sea un “verdadero” hombre lo que obliga a estos a intentar mantener

constantemente una imagen defensiva para preservar ese honor que le sirve para reafirmarse ante las mujeres y sobre todo ante otros hombres, haciéndolos que repriman sus emociones mostrando siempre ausencia de miedos y valentía ante los demás, poniendo incluso en riesgo su integridad física realizando actividades de tipo violento (Merlino, Martínez y Escané, 2011).

La violencia por tanto es una cualidad socio-cultural que se les ha atribuido a los hombres en función de legitimar el poder que poseen en el marco de las relaciones de género, la socialización de masculinidad (González y Fernández, 2009).

5.1.7. Análisis funcional de la violencia de género

El comportamiento del individuo está interrelacionado con el medio en el que se desenvuelve, por lo tanto, se debe identificar los factores que intervienen o se ponen en juego cuando un evento se presenta. Los elementos que influyen en la presencia de conductas según el interconductismo son: objetos y eventos estímulo, variables organísmicas, factores situacionales y factores disposicionales que suelen agruparse en tres grupos:

- **Función estímulo-respuestas:** historia entre organismo y estímulo que potabilizará la interacción.
- **Factores disposicionales:** condiciones particulares en las que tiene lugar el episodio.
- **Medio de contacto:** posibilitan la interacción funcional del organismo con el estímulo.

En función de la interacción de cada uno de estos factores se logra tener conocimiento de cómo se hace presente o desarrolla las conductas violentas en el individuo.

Otras explicaciones en relación a la violencia son la dada por Curbelo (2004) que refiere que la violencia es el resultado de su transmisión intergeneracional por medio de la socialización, algo

similar menciona Anderson y Bushman (2002) que propone que lo encontrado en el entorno será replicado, en este modelo nacen tres tipos particulares de conocimiento, los esquemas perceptual y personal (creencias) y guiones de comportamiento (mandatos de género) que dependen de la socialización de los grupos sociales primarios en particular y que son los generadores de conductas violentas.

La violencia puede ir encaminada directamente a ejercer el poder del hombre sobre la mujer o a manifestar conductas violentas que emergen como producto de un mandato específico para obligar a un hombre o a una mujer a ajustar su comportamiento en base a un criterio de género, por ejemplo: se ejerce violencia cuando se maltrata a un niño para que no “llore como una niña”, cuando un adulto apadrina a un adolescente para llevarlo con una sexoservidora (Camacho y Galán, 2015).

5.1.8. Método

Las afirmaciones que se vienen realizando en relación a la violencia surgen de estudios que han tenido como objetivo investigar las relaciones existentes entre las nociones que se tienen en relación al género y las conductas de riesgo para la salud, se trabajó con varios grupos de hombres y mujeres de distintas precedencias, con un rango de edad de 13 a 22 años.

Para la participación se les pidió su consentimiento informado y se procedió a aplicar un cuestionario tipo Likert conjuntamente con una serie de preguntas respecto a sus hábitos de higiene y salud.

5.1.9. Resultados

De acuerdo al análisis realizado se conoce que existen tres formas de violencia a las que con mayor frecuencia se enfrentan los adolescentes y son la social (pandillas/barrios), de pareja (los celos) y sexual (abuso sexual).

5.1.10. Discusión

La violencia de género adquiere muchas facetas y se sigue viendo como algo natural, sin embargo, como se ha venido analizando anteriormente se conoce que esto depende de los modelos patriarcales tradicionales que se han impuesto, representado por la masculinidad hegemónica, los mismos que aún se presentan en las generaciones de hombres jóvenes lo que facilita la perpetuación de la inequidad, donde la violencia hace parte de las relaciones interpersonales.

Estimado estudiante para que tenga un conocimiento más amplio de las temáticas tratadas le recomiendo leer el Capítulo 11 del libro base “Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud” de Camacho y Galán (2015), donde encontrará información que le permita complementar el conocimiento adquirido en esta semana.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1. Elabore un cuadro sinóptico de los apartados mencionados en el tema salud, género y violencia.

Procedimiento:

Estimado estudiante para realizar la actividad propuesta debe seguir el siguiente procedimiento.

1. Lea detenidamente los contenidos del apartado referente a violencia hasta masculinidad y violencia de género.
2. Analice cada apartado y subraye ideas principales y secundarias.
3. De forma breve y utilizando interconectares conecte las ideas principales con las secundarias.

Retroalimentación:

Una vez finalizada la actividad. Observe si algunas ideas suyas son similares.

▪ **Violencia**

- Forma de relacionarse o resolver conflictos.
- Uso deliberado de fuerza que produce daño.
- Se incrementa en la adolescencia y primera juventud.
- Probabilidad de convertirse en padres y compañeros violentos.

▪ **Género**

- Identificación como hombre o mujer.
- Construcción social (relaciones de poder inequitativas).

▪ **Violencia de género**

- Pocas denuncias.
- Pasividad y tolerancia.
- Temor al aumento de agresiones.

▪ **Masculinidad**

- La idea, es que no se catalogue como los hombres malos.
- Se busca igualdad.
- Algunos comportamientos de riesgo son definidos por la cultura.
- Se asignado el papel de protectores y vigilantes.

Actividad 2: Haga un resumen del apartado donde se menciona el análisis funcional de la violencia de género.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Procedimiento

Estimado estudiante para realizar la actividad propuesta debe seguir el siguiente procedimiento.

1. Lea detenidamente los contenidos del apartado referente al análisis funcional de la violencia de género.
2. Analice y subraye ideas principales y secundarias.
3. De forma breve y utilizando sus propias palabras redacte un resumen claro y preciso.

Retroalimentación:

Finalizada la actividad, es momento de comparar si su resumen contiene las premisas siguientes:

Análisis funcional de la violencia de género

- El comportamiento está interrelacionado con el medio en el que ocurre.
- Factores que influyen en la conducta (violencia):
- **Estímulo-respuesta:** reacción específica ante un estímulo específico.
- **Factores disposicionales:** condiciones particulares en que tiene lugar el episodio (leyes, reglamentos no se respetan).
- **Medio de contacto:** *posibilita la interacción funcional del estímulo con el organismo (lenguaje).*



Semana 12

En la semana anterior nos referimos a la violencia de género como un problema a escala mundial que afecta la condición de vida y el estado de salud de la persona víctima de los malos tratos. Otra problemática a nivel social es la pobreza, y más aún, si se presenta en personas vulnerables como son los adultos mayores. Por esta razón, las temáticas para abordar en la presente semana están dirigidas a conocer los factores resilientes en las personas de la tercera edad, como, por ejemplo: los atributos personales, el apoyo familiar y social; además, la forma de abordar esta situación.

Los contenidos de la Unidad 5: Ámbitos o Contextos de Actuación para esta semana se encuentran disponibles en el capítulo 13 del texto complementario: Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud (Camacho y Galán, 2015).

5.2. Factores resilientes en adultos mayores que viven en situaciones de pobreza

5.2.1. Introducción

El aumento de la población adulta mayor a nivel mundial será en una tasa elevada, lo que supone un impacto en diversas esferas como son la economía, la política, la salud y la dinámica familiar. El promedio de vida aumenta y con ello las preocupaciones de que deban vivir con limitaciones físicas y mentales incapacitantes en esta etapa de vida.

5.2.2. Resiliencia

La calidad de vida de los individuos depende si bien es cierto de características externas, sin embargo, no se debe dejar de tomar en cuenta las características internas como el sentido de vida y las actitudes que tienen los adultos quienes a pesar de las circunstancias físicas se pueden encontrar satisfechos con su vida.

Para que el individuo se sienta satisfecho y saludable a nivel físico y mentalmente es necesario que desarrolle ciertas características como la resiliencia, la misma que hace referencia a la capacidad de un individuo o de un grupo para desenvolverse bien, para seguir proyectándose en el futuro a pesar de los acontecimientos adversos y desestabilizadores, por ejemplo: las condiciones de vida difíciles o traumas graves (Manciaux, Vanistendael, Lecomte y Curulnik, 2001),

La resiliencia no es considerada un rasgo de personalidad, sino un constructo que resulta de la interacción entre variables personales y ambientales como identidad positiva, autoeficacia, afrontamiento y apoyo social.

Se han podido observar características que aparecen con mayor frecuencia en individuos que han mostrado condiciones de resiliencia.

- **Perspicacia:** permite ver el trasfondo de la situación.
- **Autonomía:** fuerte sentido de independencia para actuar y controlar algunos elementos del ambiente.
- **Interrelación:** habilidad de establecer lazos e intimidad con otras personas, para compensar la propia necesidad de afecto y poder brindarse a otros.
- **Creatividad:** capacidad de crear orden y belleza a partir del caos.

- **Iniciativa:** posibilidad de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.
- **Humor:** capacidad de encontrar la comedia en la propia tragedia, ver el lado cómico de la adversidad.
- **Ética:** buscar el bienestar personal de toda la humanidad y la capacidad de comprometerse con todo el mundo (Rodríguez, 2009).

El concepto de resiliencia se aplica a todo tipo de población, en esta ocasión se aludirá a la población de adultos mayores en la que se menciona que los pilares de la resiliencia se han categorizado y agrupado en cuatro componentes principales: competencia social, resolución de problemas, autonomía y sentido de vida o sentido de propósito y futuro.

El comportamiento resiliente de las personas depende de una serie de factores protectores que surgen de tres fuentes:

- Atributos personales (inteligencia, autoestima y capacidad para resolver problemas).
- Apoyo del sistema familiar.
- Apoyo social.

En los adultos mayores los más relevantes son las redes de apoyo social, tener metas en la vida y su sentido de vida.

Estimado estudiante para reforzar el conocimiento de la resiliencia le recomiendo leer el REA titulado “[Desarrollo teórico de la Resiliencia y su aplicación en situaciones adversas: una revisión analítica](#)”, (García y Domínguez, 2013) en donde se da una explicación de la resiliencia y su aplicación a través de un ejemplo detallado en población de niños.

Como se puede evidenciar mediante la lectura del REA, la resiliencia es un factor clave a la hora de sobreponerse a situaciones adversas,

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

y su desarrollo dependerá del papel de la familia, la comunidad y sociedad. En los niños es evidente, que cuando enfrentan las situaciones adversas existen tres aspectos: temperamento, relaciones familiares y fuentes de apoyo.

5.2.3. Apoyo social

El apoyo social es un factor resiliente que se puede conceptualizar desde dos perspectivas una cuantitativa-estructural y otra cualitativa-funcional, la primera evalúa la cantidad de vínculos o relaciones que establece el individuo con su red social, que correspondería al apoyo social recibido. En tanto la segunda se centra en la existencia de relaciones significativas y la evaluación o apreciación subjetiva que realiza el individuo de la adecuación del apoyo que recibe correspondería al apoyo social percibido.

Entre los apoyos que recibe el adulto mayor, la familia es quien brinda mayor beneficio a la persona (Bozo, Toksabay y Kurum, 2009), otro factor resiliente lo es el sentido de vida que se centra en el servicio y la transmisión de valores a otras generaciones.

En conocimiento de esto se ha planteado un estudio que permita conocer los factores resilientes en un grupo de adultos mayores que viven en pobreza extrema, para a partir de esto implementar actividades que favorezcan el desarrollo de conductas resilientes.

5.2.4. Metodología

Se realizó un estudio de corte cualitativo, se entrevistaron a nueve adultos mayores viudos, de los cuales 7 eran mujeres y 2 hombres, sus edades oscilaban entre 62 y 83 años, su nivel educativo fue casi nulo, dos de ellos trabajaban fuera de casa y el resto no lo hacía.

Los adultos mayores que estaban implicados en el estudio vivían en pobreza extrema en una zona marginada del municipio de Zapopan que no cuenta con servicios públicos a excepción de energía eléctrica que fue instalada de forma imparcial por lo que es común que sea robada.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, que contenían datos sociodemográficos con el fin de conocer con quien vivían, cuáles eran las responsabilidades que tenían dentro y fuera de casa, conocer su red de apoyo, las actividades sociales que desarrollaba, estilos de vida y hábitos alimenticios.

5.2.5. Resultados

Para el análisis de los resultados se tomaron en cuenta las dimensiones de la resiliencia: competencia social, destrezas para solución de problemas, autonomía y sentido de vida.

Para la primera dimensión se utilizaron el apartado de la entrevista que correspondía a las características sociodemográficas y culturales. En este apartado se puede deducir que, pese a que se consideraría externamente las múltiples carencias, desde su perspectiva este hecho era normal y por ende mencionaban sentirse satisfechos con su vida.

El nivel educativo era casi nulo por cuanto su sentido de vida estuvo centrado en la familia y su bienestar, enfocándose en conservar su salud lo mejor posible y su independencia física y mental. Además, se evidenció también que el sentido de vida estaba basado en los roles culturales inculcados por su familia de origen, por cuanto se determinó que lo que sus padres les había enseñado determinaba todavía su sentido de vida.

Por otra parte, las redes de apoyo se evaluaron desde tres aspectos. En la figura 8 se visualiza mencionadas redes.

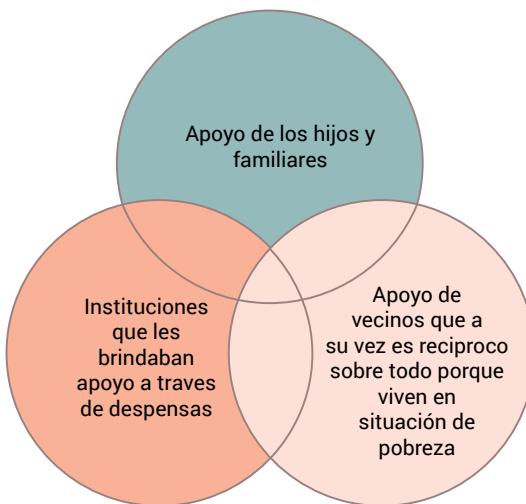


Figura 8. Redes de apoyo

Fuente: Sanjuán y Rueda (2014)

Elaborado: Autora de la guía

En los tres aspectos se ha podido determinar que el apoyo social es un factor resiliente ya que son mediadores para promover un envejecimiento saludable.

La religión es donde encuentran consuelo y esperanza, está comprobado que favorece la salud mental del anciano y finalmente otro factor resiliente fue el establecerse metas.

Los factores resilientes encontrados fueron: su sentido de vida, su cumplimiento de roles culturales, las redes de apoyo, la religión, la esperanza y tener metas.

Luego del desarrollo de las entrevistas se desarrolló un taller con 25 ancianos incluidos los 14 evaluados que tuvo una duración de 16 sesiones de 2 horas cada una, con el objetivo de fomentar conductas y hábitos saludables para favorecer su bienestar, así como brindar información de enfermedades y hábitos de salud.

Previo al inicio se consideraron aspectos contextuales del grupo, lugar donde vivían, características de la colonia, perfil sociodemográfico, sistema de creencias y valores. Posteriormente se implementaron actividades en temas relacionados a:

- **Dimensión de competencia social:** comunicación y sentido del humor.
- **Dimensión de destrezas para solución de problemas:** creatividad y redes sociales.
- **Dimensión autonomía:** conocimiento propio.
- **Dimensión sentida de vida:** metas y sentido de propósito.

5.2.6. Conclusiones

Existen diversos factores resilientes que ayudan a los individuos a seguir adelante pese a las adversidades, cada uno de ellos tienen efectos adecuados dependiendo de las metas y expectativas que se tengan en cada etapa de vida. En los adultos mayores es necesario la presencia de este factor ya que son una población vulnerable.

Los factores resilientes están en relación con factores sociodemográficos relacionados con conductas resilientes como el nivel educativo, su condición migrante, la pobreza. Así también, está relacionada con algunas características socioculturales como las creencias, los valores y el cumplimiento de los roles sociales.

De acuerdo al estudio realizado se puede determinar que para fomentar conductas resilientes se debe considerar 4 aspectos:

- Conocimiento del grupo y contexto
- Diseño de actividades para fomentar conductas resilientes.
- Fortalecer los recursos resilientes logradas (Camacho y Galán, 2015).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Estimado estudiante para que fundamente y amplíe los conocimientos en relación a las temáticas tratadas en esta semana le recomiendo leer el capítulo 13 del libro complementario “Alternativas psicológicas de intervención en problemas de salud” de Camacho y Galán (2015), donde se abordan con mayor claridad dichas temáticas.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1. Desarrolle un organizador gráfico con los elementos fundamentales que se mencionan en relación a la resiliencia.

Procedimiento:

Estimado estudiante para desarrollar la actividad debe seguir los siguientes pasos.

1. Lea detenidamente los apartados introducción, resiliencia y apoyo social.
2. Subraye las ideas principales y secundarias.
3. Arme el organizador colocando el tema en el centro y con conectores unir las ideas principales y secundarias.

Retroalimentación:

En el presente apartado, vamos a comparar si su organizador gráfico contiene las siguientes pautas esenciales sobre la resiliencia.

Resiliencia

- A pesar de las limitaciones físicas, se puede vivir con satisfacción.
- Capacidad de sobreponerse a la adversidad, recuperarse, y salir fortalecido.
- Recursos y fortalezas.
- No son características de la personalidad.
- Interacción entre variables personales y ambientales.

Actividad 2. Elabore un resumen del programa que se realizó para determinar los factores de protección y resiliencia en adultos mayores de una población determinada.

Procedimiento

Estimado estudiante para desarrollar la actividad debe seguir los siguientes pasos.

1. Lea detenidamente las actividades que implementaron para el desarrollo de conductas resilientes, información disponible en el capítulo 13 del texto complementario de Camacho y Galán (2015).
2. Subraye las ideas principales y secundarias.
3. En base a las ideas principales y secundarias redactar de forma precisa y con sus propias palabras un resumen.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Recursos](#)

Retroalimentación:

A continuación, se detallan algunas ideas principales sobre el desarrollo del programa realizado en adultos mayores para incrementar sus conductas resilientes. Compruebe si coinciden con sus anotaciones.

• Tipo de estudio:	Cualitativo
• Diseño de estudio:	Estudio de caso
• Participantes para evaluar las necesidades:	9 adultos mayores en situación de pobreza extrema (7 mujeres y 2 hombres)
• Instrumento para evaluar las necesidades:	Entrevista
• Variables de estudio:	Datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel de educación, lugar de procedencia), redes de apoyo, sentido de vida, metas, religión y factores culturales (roles, creencias y valores)
• Participantes para ejecutar los talleres:	25 adultos mayores (88% mujeres y 12% hombres)
• Actividades para fomentar conductas resilientes:	Competencia social: comunicación y sentido del humor. Solución de problemas: creatividad y redes sociales. Autonomía: autoconocimiento Sentido de vida: metas, sentido de propósito



Autoevaluación 5

Estimado estudiante, una vez que ha leído comprensiblemente los subtemas de la Unidad 5: Ámbitos o Contextos de Actuación durante la semana 11 y 12. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo. Para ello, debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta.

1. () La violencia es un problema que repercute en la salud a nivel mundial ya que en los últimos años ha incrementado de forma alarmadora perjudicando el bienestar de los perjudicados y los servicios de atención. Verdadero o Falso.
2. () Según la Organización Mundial de la Salud la violencia es el uso involuntario de la fuerza física o poder, contra uno mismo, otra persona o grupo, que tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos o trastornos del desarrollo. Verdadero o Falso.
3. () La adquisición de determinadas posturas o comportamientos como la violencia depende de la socialización que haga la sociedad en relación a esta. Verdadero o Falso.
4. () Según los constructos formados la perspectiva de género hace énfasis en la relación igual poder-sumisión que hace que el hombre ejerza en mayor medida el poder atribuido por la sociedad, haciendo a la mujer sumisa. Verdadero o Falso.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

5. () Para demostrar la masculinidad el varón se ve obligado a llevar a cabo conductas que lo definirían como tal las mismas que están enmarcadas en atributos de fortaleza y firmeza. Verdadero o Falso.
6. Señale los factores de los que depende la calidad de vida en los individuos.
- Factores externos.
 - Factores internos.
 - Factores externos como el ambiente e internos.
 - Factores externos e internos como el sentido de vida y las actitudes de los individuos.
7. Señale las características que aparecen con mayor frecuencia en los individuos resilientes.
- Autonomía.
 - Autoeficacia.
 - Estilos de vida adecuados.
 - Perspicacia.
 - Iniciativa.
 - Humor.
8. Determine las fuentes de donde surgen los factores resilientes de las personas.
- Apoyo social, atributos personales.
 - Autonomía, apoyo del sistema familiar.
 - Atributos personales, apoyo social y apoyo familiar.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

9. Señale las perspectivas desde las cuales se puede conceptualizar el apoyo social.
 - a. Perspectiva cuantitativa-estructural.
 - b. Perspectiva cuantitativa-funcional.
 - c. Perspectivas cualitativas-funcional.
 - d. Perspectivas cualitativa-estructural.
10. Mencione los factores resilientes encontrados en el estudio propuesto en la guía.
 - a. Sentido de vida.
 - b. Cumplimientos de roles.
 - c. Autonomía.
 - d. Redes de apoyo.
 - e. Perspicacia.
 - f. Religión.

[Ir al solucionario](#)

¡Examíñese a sí mismo!

Una vez finalizada la autoevaluación es momento de analizar los aciertos, para ello encontrará las claves de respuestas en el Solucionario. En caso de no responder correctamente, ¡tranquilo! esto nos indica que es importante revisar nuevamente los contenidos de la Unidad 5: Ámbitos o Contextos de Actuación.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



Semana 13



Unidad 6. Recursos y Técnicas de Intervención Primaria

En las unidades anteriores referimos, que el diseño de los programas de intervención va a estar sujeto a los contextos de actuación (por lo que pueden variar). Sin embargo, todos los programas tienen un objetivo en común generar cambios en las personas o comunidades promoviendo estilos de vida saludables y disminuyendo el riesgo de aparición de posibles patologías o afecciones.

Ante ello, en la presente Unidad abordaremos los recursos y técnicas que permiten cumplir con los objetivos de una intervención, mediante el conocimiento de las técnicas basadas en la información, técnicas dirigidas al aumento y/o disminución de conductas (reforzamiento positivo o reforzamiento negativo), técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad (entrenamiento en relajación). Los contenidos de la Unidad 6 se encuentran disponibles en la presentación de PowerPoint denominada: "Unidad 6. Recursos y técnicas de intervención primaria"

[Ir a recursos](#)

6.1. Técnicas basadas en la información

Son estrategias que permiten incrementar el conocimiento que se tiene sobre un determinado problema, comportamiento o situación, dentro de estas técnicas encontramos:

- **Biblioterapia:** consiste en darle a la persona bibliografía sobre el tema que le atañe para que lo conozca y lo comprenda mejor, para que así resuelva mejor su problema.
- **Suministro de información:** sobre algún tema particular.
- **La orientación:** consiste en proporcionar a las personas instrucciones precisas sobre cómo actuar ante determinadas situaciones (Gavino, 2000).

Las intervenciones psicológicas incluyen casi siempre un componente educativo denominado psicoeducación.

6.2. Técnicas dirigidas al aumento y/o disminución de conductas (Larroy y De la Puente, 1995)

Son un conjunto de técnicas basadas en las leyes del aprendizaje del condicionamiento operante, esto se basa fundamentalmente en el supuesto de que toda conducta (pensamiento, emoción y acción) que se sigue de una consecuencia positiva es probable que se repita, mientras que las que se siguen de consecuencia negativas suelen disminuir o desaparecer.

▪ **Aumentar conductas**

El aumento de conductas se da por la presencia de reforzadores que son las consecuencias positivas que siguen a una determinada conducta haciendo que estas se repitan. El reforzamiento puede ser de dos tipos:

- **Reforzamiento positivo:** para dar lugar a un aumento o mantenimiento de una conducta se presenta un refuerzo positivo que es un estímulo (evento, conducta u objeto).
 - **Reforzamiento negativo:** el aumento o mantenimiento de una conducta se da cuando se da la retirada de un estímulo (evento, conducta u objeto) o la prevención contingente a una conducta. En este grupo encontramos a la desaprobación y crítica social, los sentimientos de decepción por parte de otro, realización de tareas poco preferidas (determinadas tareas domésticas), olores desagradables y ruidos fuertes (Bados y García, 2011).
- **Disminuir las conductas**

Para la reducción de la conducta se pueden proponer dos métodos o procedimientos:

- **Castigo:** cuando a una conducta le siguen consecuencias negativas, desagradables o no deseadas o cuando se retira una recompensa para eliminar la conducta no deseada.
- **Extinción:** consiste en suprimir el reforzamiento de una conducta previamente reforzada, es decir establecer las condiciones para que la persona no reciba reforzamiento tras la emisión de las conductas desadaptadas.

Para llevar a cabo los procedimientos para aumentar o disminuir las conductas Labrador, Cruzado y Muñoz (1997) han propuesto distintas técnicas las mismas que se mencionan a continuación:

- **Moldeamiento:** procedimiento en el que se refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta meta, para que tenga lugar el reforzamiento es necesario la ocurrencia de alguna conducta previa, se debe descomponer la conducta meta en fases e ir seleccionando reforzadores que se van a ir aplicando a medida que se desarrolla la conducta.

- **Encadenamiento:** es la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones.
- **Control de estímulo:** se trata de controlar los estímulos que estén provocando o impidiendo la ejecución de una conducta determinada.
- **Economía de fichas:** son programas dirigidos a establecer un control estricto sobre un determinado ambiente, aquí los reforzadores son fichas que la persona puede canjear por algún reforzador que le guste al individuo.
- **Coste de respuesta:** consiste en retirar algún reforzador positivo de manera contingente a la emisión de una conducta, es decir se pierde cantidades específicas de un reforzador previamente adquirido por emitir una conducta inadecuada.
- **Sensibilización encubierta:** es la presentación de un estímulo imaginario posterior a la conducta que se desea eliminar también imaginada.

6.3. Técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad

- **Entrenamiento en respiración controlada:** procedimiento que utiliza la respiración diafragmática para reducir la ansiedad.
- **Entrenamiento en relajación:** sirve para reducir la activación simpática, la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo (López, 1996), los procedimientos más comunes son la relajación muscular de Jacobson y relajación autógena.
- **Desensibilización sistemática:** es una técnica dirigida a reducir las respuestas de ansiedad y a la vez eliminar las conductas motoras de evitación. Para su desarrollo se debe elaborar una

jerarquía de situaciones que producen ansiedad de mayor a menor grado, se debe enseñar al individuo estrategias de relajación y finalmente se presenta cada una de las situaciones de la jerarquía con la práctica de la relajación con el objetivo de que se disminuya el grado de ansiedad asociado a cada situación.

- **Exposición:** se expone al individuo a situaciones que generan ansiedad de forma gradual.
- **Inundación:** Consiste en la exposición prolongada de estímulos ansiosos, impidiendo que se produzca la evitación de la situación (Guillamón, s.f.).

Estimado estudiante para reforzar y ampliar los conocimientos en relación a las temáticas estudiadas le recomiendo leer el material titulado “Unidad 6. Recursos y Técnicas de Intervención Primaria”.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1. Elabore un cuadro sinóptico de las técnicas dirigidas al aumento y disminución de la conducta.

Procedimiento:

Estimado estudiante para desarrollar la actividad propuesta debe seguir los siguientes pasos.

1. Lea detenidamente el contenido referente a este tipo de técnicas y refuerce el conocimiento a través de la lectura de diapositivas de la Unidad 6: Recursos y Técnicas de Intervención Primaria.

2. Analice y subraye las ideas más importantes del procedimiento de cada una de las técnicas y sus principales características.
3. Utilice llaves y organice la información de la manera más clara posible.

Retroalimentación:

Una vez finalizada la actividad, es momento de revisar sus respuestas. Comprueba que su cuadro sinóptico contenga las siguientes premisas:

Técnicas dirigidas al aumento y disminución de la conducta	
Aumentar conductas	Disminuir conductas
<ul style="list-style-type: none"> • Reforzamiento positivo: ante una conducta deseada se recibe una consecuencia positiva (sonrisa, mensaje verbal, comida, etc.). • Reforzamiento negativo: aumento de una conducta deseada porque se elimina un estímulo (olores desagradables, ruidos fuertes, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Castigo: ante una conducta no deseada se retira una recompensa. • Extinción: suprimir el reforzamiento de una conducta.

Actividad 2. Desarrolle un resumen de las técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad.

Procedimiento:

Estimado estudiante para desarrollar la actividad propuesta debe seguir los siguientes pasos.

1. Lea detenidamente el contenido referente a este tipo de técnicas y refuerce el conocimiento a través de la lectura de diapositivas de la Unidad 6: Recursos y Técnicas de Intervención Primaria.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

2. Analice y subraye las ideas más importantes del procedimiento de cada una de las técnicas y sus principales características.
3. Redacte el resumen utilizando sus palabras a fin de que sea sencillo de comprender.

Retroalimentación:

A continuación, se incluyen algunas ideas principales de las técnicas dirigidas a la reducción de la ansiedad. Observe si estas ideas se mencionan en su resumen.

Existen varias técnicas que permiten reducir los síntomas ansiosos.

- **Entrenamiento en respiración controlada:** se enseña a realizar correctamente la respiración diafrágmática.
- **Entrenamiento en relajación:** se pretende reducir la activación simpática, la tensión muscular.
- **Desensibilización sistemática:** permite eliminar conductas de evitación al ir exponiendo paulatinamente a la persona ante las situaciones generadoras de ansiedad.



Semana 14

Hasta hemos visto técnicas que permiten incrementar el conocimiento sobre determinados problemas (biblioterapia), modificar conductas (reforzamiento sea positivo o negativo) y disminuir sintomatología ansiosa (entrenamiento en relajación).

Ahora es momento de conocer técnicas que permitan afrontar y dar solución a los problemas (entrenamiento en solución de problemas), aumentar el bienestar mediante la modificación de las ideas generadoras de malestar (técnicas cognitivas), disminuir conducta inadecuadas (técnicas dirigidas a la regulación de la conducta y afrontamiento del estrés) y estimular la acción y el funcionamiento de grupos de personas (técnicas grupales).

Los últimos contenidos que se aborda en la presente Unidad 6 se encuentran disponibles en la presentación de PowerPoint denominada: "Unidad 6. Recursos y técnicas de intervención primaria".

6.4. Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas

Son técnicas que tienen como objetivo ayudar a que el individuo pueda afrontar y dar solución a los problemas para que desarrollen una adecuada competencia social, para ello se debe llevar a cabo cinco fases de entrenamiento:

- Orientación general hacia el problema
- Definición y formulación del problema
- Generación de soluciones y alternativas
- Toma de decisiones
- Ejecución y verificación de la solución

Para comprender estas fases, lo invito a revisar la siguiente presentación denominada "["Entrenamiento en solución de problemas"](#)".

6.5. Técnicas cognitivas

Son técnicas encaminadas al cambio de pensamientos para aumentar el bienestar del individuo a través del cambio de conductas, ya que se mantienen el hecho de que son las cogniciones las generadoras de comportamientos positivos o negativos, la técnica con mayor relevancia es la reestructuración cognitiva que tiene como fin que está dirigida a la modificación de pensamientos irrationales y sustituirlos por otros más adaptativos.

6.6. Paquetes de técnicas dirigidas a la autorregulación de la conducta y al afrontamiento del estrés

- **Programa de autocontrol /autorregulación (self-monitoring)**

Conjunto de técnicas que están encaminadas a la disminución de conductas inadecuadas, en donde se da relevancia a la participación activa de la persona para el cambio propuesto, sin ningún tipo de instigación exterior, física o social.

Las estrategias de autocontrol tratan de poner en marcha conductas que alteren la frecuencia de ocurrencia de otras, en unos casos disminuyéndolas y en otros aumentándolas.

- **Entrenamiento en habilidades sociales**

Son procedimientos orientados a la adquisición de habilidades sociales que son un conjunto de conductas emitidas para expresar los sentimientos, actitudes, opiniones o derechos de modo adecuado a la situación, lo que evitará problemas inmediatos de la situación (Caballo, 2007). Dentro de estas se puede mencionar algunas como la toma de decisiones, el control de emociones, la autoestima, el asertividad, etc.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Recursos](#)

Se fundamentan en los principios de aprendizaje en los que juegan un papel fundamental la interacción entre factores intrínsecos del individuo y los factores ambientales (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1997).

6.7. Técnicas grupales

Las técnicas de grupo son un conjunto de medios, instrumentos y procedimientos que, aplicados al trabajo en grupo sirven para desarrollar su eficacia, hacer realidad sus potencialidades, estimular la acción y el funcionamiento del grupo para alcanzar sus propios objetivos (Mata 1992 citado en Domenech y Gálvez, 1996).

La mayoría de técnicas de grupo requieren de un guía, el mismo que tiene que fomentar la colaboración y guiar el proceso de aprendizaje, todas las técnicas grupales tienen como objetivo implícito desarrollar sentimientos de todos los del grupo, enseñar a opinar activamente, desarrollar competencias de cooperación, intercambio, responsabilidad, vencer miedos y fomentar una actitud que permita resolver problemas. Existen diversas técnicas grupales, las más comunes se resumen en la tabla 7.

Tabla 7. Principales técnicas grupales

TÉCNICA	OBJETIVO	BENEFICIOS
Phillips 66	Dividir un grupo en subgrupos	Favorece la integración, participación y comunicación.
Discusión en panel	Dar a conocer ante un auditorio diferentes orientaciones sobre un tema.	El auditorio recibe una información variada y estimulante.
Simposio	Fomentar aprendizaje por medio del dialogo y la discusión.	Responsabiliza a los miembros del grupo y los hace participativos.
Seminario	Estimular el intercambio de puntos de vista y conocimientos.	Favorece la comunicación y el pensamiento crítico.

TÉCNICA	OBJETIVO	BENEFICIOS
Método del caso	Acercar una realidad concreta a un grupo de personas en formación.	Se convierte en un incentivo para analizar y profundizar temas.
Juego del rol	Ampliar el campo de experiencias y la capacidad de resolver problemas.	Abre perspectivas insospechadas de acercamiento a la realidad.
Lluvia de ideas	Incrementar el potencial creativo de las personas.	Cambiar el clima del grupo, favorecer al reconocimiento de capacidades creativas.
Técnica del grupo nominal	Reunir información, tomar decisiones consensuadas.	Favorece la integración y participación. Promueve el consenso.
Juegos y simulaciones	Aprender a partir de la acción. Analizar actitudes y comportamientos.	Promueve la interacción y la comunicación.

Las distintas técnicas poseen características diferentes que las hacen aptas para distintos grupos en diversos contextos.

Estimado estudiante para reforzar y ampliar los conocimientos en relación a las temáticas estudiadas le recomiendo leer el material Power Point titulado “Unidad 6. Recursos y Técnicas de Intervención Primaria”. El mismo que se encuentra ubicado en la semana 13.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 1. Elabore un mapa mental de las técnicas propuestas en esta unidad.

Procedimiento:

Estimado estudiante para desarrollar la actividad propuesta debe seguir los siguientes pasos.

1. Lea detenidamente el contenido referente a este tipo de técnicas y refuerce el conocimiento a través de la lectura de diapositivas de la Unidad 6: Recursos y Técnicas de Intervención Primaria.
2. Analice y subraye las ideas más importantes del procedimiento de cada una de las técnicas y sus principales características.
3. Coloque al centro el tema central de la unidad y mediante el uso de líneas conecte las ideas centrales de cada tipo de técnica propuesta.

[Índice](#)[Primer bimestre](#)[Segundo bimestre](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Recursos](#)

Retroalimentación:

Una vez culminada la actividad, es momento de revisar sus respuestas. Compruebe si las siguientes ideas se encuentran detalladas en la elaboración de su mapa mental.

Técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas	<ul style="list-style-type: none">• Brindar a la persona diferentes alternativas para afrontar los problemas.• Se desarrolla mediante 4 fases: orientación general del problema, definición y formulación del problema, generación de soluciones y toma de decisiones.
Técnicas cognitivas	<p>Programa de autocontrol: participación activa de la persona para eliminar conductas inadecuadas.</p> <p>Entrenamiento en habilidades sociales: se enseña a la persona a expresar sus sentimientos, emociones de forma adecuada (asertividad).</p>
Técnicas grupales	<p>Simposio: se dialoga entre todos los participantes.</p> <p>Seminario: intercambio de puntos de vista.</p> <p>Juego del rol: ampliar experiencia y resolver problemas</p>



Autoevaluación 6

Estimado estudiante, una vez que ha leído comprensiblemente los subtemas de la Unidad 6 durante la semana 13 y 14. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo. Para ello, debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta.

1. () La biblioterapia consiste en proporcionar a las personas instrucciones precisas sobre como actuar frente a determinadas circunstancias. Verdadero o Falso.
2. () El aumento de conductas se da por la presencia de reforzadores o consecuencias negativas que siguen a determinadas conductas haciendo que estas se repitan. Verdadero o Falso.
3. () Dentro de los reforzadores negativos encontramos a la desaprobación y crítica social, sentimientos de decepción, realización de tareas poco preferidas, olores desagradables o ruidos fuertes. Verdadero o Falso.
4. () El encadenamiento es la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones. Verdadero o Falso.
5. () El entrenamiento en respiración controlada es un procedimiento que utiliza la respiración diafragmática para disminuir la ansiedad. Verdadero o Falso.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

6. Señale las fases que se desarrollan en las técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas.
 - a. Orientación general hacia el problema.
 - b. Identificación de variables a solucionar.
 - c. Definición y formulación del problema.
 - d. Establecimiento de metas.
 - e. Generación de soluciones y alternativas.
7. Señale el enunciado correcto en relación a las técnicas cognitivas.
 - a. Las cogniciones son las generadoras de comportamientos positivos o negativos en el individuo.
 - b. Las emociones son las generadoras de comportamientos positivos o negativos en el individuo.
 - c. Las cogniciones y emociones son generadoras de comportamientos positivos o negativos en el individuo.
8. Señale la estrategia que se utiliza en los programas de autocontrol.
 - a. Poner en marcha conductas que alteren la frecuencia de ocurrencia de otras, en unos casos disminuyéndolas y en otros aumentándolas.
 - b. Poner en marcha conductas que no ejerzan influencia en la frecuencia de ocurrencia de otras.
 - c. Poner en marcha conductas que mantengan la frecuencia de ocurrencia de otras, en unos disminuyéndolas y en otros aumentándolas.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Ir al solucionario

¡Examíñese a sí mismo!

Una vez finalizada la autoevaluación es momento de analizar los aciertos, para ello encontrará las claves de respuestas en el Solucionario. En caso de no responder correctamente, ¡tranquilo! esto nos indica que es importante revisar nuevamente los contenidos de la Unidad 6: Recursos y Técnicas de Intervención Primaria.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



Semana 15

A modo de resumen, en este segundo bimestre hemos estudiado diferentes técnicas cognitivas y conductuales, así como estrategias que se pueden utilizar en los programas de promoción y prevención de la salud, aumentando de esta forma las emociones positivas o experiencia de bienestar en general del individuo y su comunidad.

Estimado estudiante, durante esta semana debe repasar las unidades abordadas en el Segundo Bimestre (Unidad 4. Estrategias de promoción y prevención, Unidad 5: Ámbitos o Contextos de Actuación y Unidad 6: Recursos y Técnicas de Intervención Primaria) Para ello, le recomiendo realizar las siguientes actividades recomendadas.

Actividad 1:

- Revise los apuntes realizados de cada uno de los aspectos importantes que usted realizó sobre cada tema.
- Revise los organizadores gráficos de los temas estudiados en el segundo bimestre.
- Estudie y analice cada una de las ideas anotadas como importantes tanto en el texto básico como en sus anotaciones personales extraídas de las presentaciones de PowerPoint.



Actividades finales del bimestre



Semana 16

Estimado estudiante, hemos llegado a la última semana que corresponde a la revisión de las unidades abordadas en el segundo bimestre, por tal motivo, sugiero que repase los fundamentos teóricos de la promoción del bienestar, así como las estrategias de promoción y bienestar, las técnicas de intervención primaria y la dimensión preventiva desde los diferentes ámbitos de actuación.

Actividad 1:

- Revise los apuntes realizados de cada uno de los aspectos importantes que usted realizó sobre cada tema.
- Revise los organizadores gráficos de los temas estudiados en el segundo bimestre.
- Estudie y analice cada una de las ideas anotadas como importantes tanto en el texto básico como en sus anotaciones personales extraídas de las presentaciones de PowerPoint.

Procedimiento:

Subraye las ideas principales, tome notas de los aspectos que considere importantes, realice, gráficos o tablas que le permitan describir características esenciales de cada uno de los contenidos



4. Solucionario

Autoevaluación 1		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	F	La definición de la salud es holística y se basa en el modelo reduccionista que considera los aspectos biológicos y psicológicos para su abordaje.
2	F	La promoción y la prevención de la salud son políticas de la salud que presentan génesis y desarrollos similares.
3	V	La promoción de la salud es el proceso en el que se capacita o proporciona a los individuos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer mayor control sobre la misma.
4	V	La lógica de acción de la prevención se basa en la identificación de un problema de salud, la determinación de factores de riesgo y la planificación e implementación de intervenciones a efectuarse.
5	V	Los estilos de vida son un conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos del individuo que se mantienen a través del tiempo.
6	B	Conjunto de acciones específicas y recursos diseñados e instaurados organizadamente en una realidad social determinada, el mismo que debe ser planificado previamente.
7	A-C-E-F	<ul style="list-style-type: none"> • Determinación de necesidades. • Planteamiento de objetivos. • Implementación o práctica de acciones. • Evaluación del programa de promoción.
8	B-C	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de educación. • Grupos de apoyo.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Autoevaluación 1		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
9	A-C-D	<ul style="list-style-type: none">• Modelo transteórico de las etapas de cambio.• Teoría de la conducta planificada.• Modelo de creencias de la salud.
10	A-C-D-F-G	<ul style="list-style-type: none">• Precontemplación.• Contemplación.• Preparación• Acción• Mantenimiento

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Autoevaluación 2		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	El modelo transteórico determina que el cambio es un proceso es decir un conjunto de actividades y eventos que conducen a conductas exitosas, que integra estadios y procesos de cambio.
2	F	Los estadios de cambio propuestos por Prochaska en su modelo transteórico de cambio son: contemplación, preparación, acción y finalización.
3	V	La eficacia de aplicación práctica del modelo transteórico radica en que antes de la intervención se debe evaluar el estadio concreto en el que se encuentre el individuo.
4	F	La teoría sociocognitiva considera que el estudio de la conducta debe incluir el análisis de los factores cognitivos del individuo.
5	V	Dentro de la teoría sociocognitiva los procesos de autorregulación permiten regular y controlar las propias cogniciones, motivaciones y comportamientos, además de las condiciones ambientales.
6	B	El modo de actuar, el adecuado funcionamiento bio-psico-social y el desarrollo de todas las capacidades del individuo.
7	A-C-E	<ul style="list-style-type: none">• Mejorar la salud física• Aumentar la productividad laboral• Generar comunidades seguras
8	A	Factores individuales, sociales-comunitarios y estructurales.
9	A-C	<ul style="list-style-type: none">• Respeto por la igualdad e inclusión social• Impulso por la participación, colaboración y capital social
10	C	Promoción de la salud, prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de enfermedades, detección temprana de enfermedades leves, actuación proactiva.

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Autoevaluación 3		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	F	Los componentes para el diseño y desarrollo de programas de promoción de salud según la práctica psicológica son la persona y su contexto.
2	F	El contexto como componente para diseñar y desarrollar programas de promoción son las condiciones bajo las cuales vive la población que incluye aspectos psicológicos y sociales, educativos.
3	V	Un programa para mejorar la calidad de vida de la población meta, tomara en cuenta las conductas socialmente esperadas.
4	V	Las actitudes y normas personales son características de la personalidad fijas que pueden modificarse únicamente si se originan nuevas experiencias y se hacen esfuerzos especiales por modificarlas.
5	V	El desarrollo de estrategias o habilidades personales que influyan sobre aspectos interpersonales, cognitivos y emocionales del individuo es una de las más grandes demandas a nivel individual.
6	A-B	Señale los elementos que deben estar presentes en cada etapa del desarrollo e instrumentación de programas.
7	A-C-E	Señale las etapas que corresponden al desarrollo e instrumentación de programas.
8	C	Señale los métodos para el desarrollo de la segunda etapa del desarrollo del programa de intervención a nivel individual.
9	A	Señale la opción correcta en cuanto al cabildeo.
10	A	Señale una de las metas que deben desarrollarse en la etapa de aplicación a gran escala.

Ir a la
autoevaluación



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Autoevaluación 4		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	El programa nacional ¡Inclúyenos! Fue creado con el afán de disminuir la presencia de aislamiento y soledad en los adultos mayores creando conexión con los servicios de la comunidad.
2	F	El programa se desarrolló en dos fases teniendo cada una de ellas una duración de tres años, la primera fue desde el 2006-2008 y la segunda desde 2008-2010.
3	F	Los logros que se obtuvieron con el programa fue que los participantes de los lugares residenciales fueran a vivir en las comunidades con las que tuvieron algún vínculo.
4	V	El proyecto Start forma parte del programa Las personas lo están haciendo bien, se realizó con el objetivo de que los Servicios de Atención Primaria, organismo y asociaciones locales proporcionen intervención mediante ayuda guiada a personas con niveles bajos o moderados de depresión.
5	V	Dentro de los resultados obtenidos con este proyecto se logró que tres de cuatro Equipos de Salud Mental de Atención Primaria redujeran sus listas de espera y lograron mayor atención social y comunitaria.
6	E-H	Señale los componentes del bienestar subjetivo.
7	I-K-L-M-N	Indique cuál de los siguientes elementos afectan o influyen el bienestar del individuo.
8	F	Señale cuales son los mecanismos explicativos de las relaciones entre bienestar y salud.
9	E-G	Señale las teorías en las que se fundamenta la promoción del bienestar.
10	E-G	Señale las actividades que se usan para cambiar la formas de pensar o afrontar problemas.

Ir a la
autoevaluación



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Autoevaluación 5

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	V	La violencia es un problema que repercutе en la salud a nivel mundial ya que en los últimos años ha incrementado de forma alarmadora perjudicando el bienestar de los perjudicados y los servicios de atención.
2	F	Según la Organización Mundial de la Salud la violencia es el uso involuntario de la fuerza física o poder, contra uno mismo, otra persona o grupo, que tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos o trastornos del desarrollo.
3	V	La adquisición de determinadas posturas o comportamientos como la violencia depende de la socialización que haga la sociedad en relación a esta.
4	F	Según los constructos formados la perspectiva de género hace énfasis en la relación igual poder-sumisión que hace que el hombre ejerza en mayor medida el poder atribuido por la sociedad, haciendo a la mujer sumisa.
5	V	Para demostrar la masculinidad el varón se ve obligado a llevar a cabo conductas que lo definirían como tal las mismas que están enmarcadas en atributos de fortaleza y firmeza.
6	D	Señale los factores de los que depende la calidad de vida en los individuos.
7	A-D-E-F	Señale las características que aparecen con mayor frecuencia en los individuos resilientes.
8	C	Determine las fuentes de donde surgen los factores resilientes de las personas.
9	A-C	Señale las perspectivas desde las cuales se puede conceptualizar el apoyo social.
10	A-B-D-F	Mencione los factores resilientes encontrados en el estudio propuesto en la guía.

Ir a la
autoevaluación

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Autoevaluación 6		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	F	La biblioterapia consiste en proporcionar a las personas instrucciones precisas sobre como actuar frente a determinadas circunstancias.
2	F	El aumento de conductas se da por la presencia de reforzadores o consecuencias negativas que siguen a determinadas conductas haciendo que estas se repitan.
3	V	Dentro de los reforzadores negativos encontramos a la desaprobación y crítica social, sentimientos de decepción, realización de tareas poco preferidas, olores desagradables o ruidos fuertes.
4	V	El encadenamiento es la formación de una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones.
5	V	El entrenamiento en respiración controlada es un procedimiento que utiliza la respiración diafragmática para disminuir la ansiedad.
6	A-C-E	Señale las fases que se desarrollan en las técnicas dirigidas al entrenamiento en solución de problemas.
7	A	Señale el enunciado correcto en relación a las técnicas cognitivas.
8	A	Señale la estrategia que se utiliza en los programas de autocontrol.
9	A	Señale los elementos que se suelen expresar con el desarrollo de habilidades sociales.
10	B-D	Señale los objetivos que tienen las técnicas grupales.

Ir a la
autoevaluación



5. Referencias bibliográficas

Acuña, I., Guevara, H. & Flores, M. (2014). El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3), 353-361.

Acuña, I., Guevara, H. & Flores, M. (2014). El empoderamiento como estrategia de salud para las comunidades. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(3), 353-361.

Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. & Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.

Gil-Girbau, M., Pons-Vigués, M., Rubio-Valera, M., Murrugarra, G., Masluk, B., Rodríguez-Martín, B., García A., Vidal, C., Conejo-Ceron, S., Recio, J., Martínez, C., Pujol-Ribera, E., y Berenguera, A. (2019). Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gaceta Sanitaria*.

González, J. & Fernández, D. (2009). Masculinidad y violencia: aproximaciones desde el universo del deporte. *Educar Curitiba*, 35, 123-136.

Guerrero, N. & Yépez, M. (2014). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Rev. Universidad y Salud*, 17 (1), 121-131.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Guillamón, N. (s.f). *Modelos teóricos y técnicas de intervención en psicología clínica y de la salud*. Recuperado de: http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/70146/4/Gu%C3%ADa%20de%20intervenci%C3%B3n%20en%20psicolog%C3%ADa%20de%20la%20salud%20en%20la%20SIC_M%C3%B3dulo%201_%20Modelos%20te%C3%B3ricos%20y%20t%C3%A9cnicas%20de%20intervenci%C3%B3n%20en%20psicolog%C3%ADa%20cl%C3%ADnica%20y%20de%20la%20salud.pdf

Gutiérrez, T., Raich, R., Sánchez, D., y Deus, J. (2014). Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud. Alianza Editorial.

Hernández, E., Rovira, L., Rodríguez, A., Rivera, B., Fernández, L., López, R., Segarra, C., Torres, J., Burgos, M., González, A., Ortiz, M., Padilla, M. & Torres, N. (2014). La salud cardiovascular y su relación con los factores de riesgo psicosociales en una muestra de personas empleadas en Puerto Rico. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 25(1), 98-116.

Kleinke, Ch. (2002). Principios comunes en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer.

López, R. (1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. Parte I. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12 (4).

Márquez, C., Silva, I., Villareal, L. & Verdugo, J. (2012). *Violencia escolar entre adolescentes de nivel secundaria*. Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León: Asociación Mexicana de Psicología Social.

Martínez, M. & Galán, J. (2015). *Salud, género y violencia: dimensión preventiva*. Editorial El Manual Moderno, México.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

- Merlino, A., Martínez, A. & Escané, G. (2011). Representaciones sociales de la masculinidad y agresividad en el tránsito. La ira al conducir en Argentina. *Barbaroi*. 35, 199-217.
- Ministerio de Salud de Chile. (2011). Documento de Sistematización. Encuentros de Adolescentes y Salud “En salud los jóvenes eligen”. Santiago de Chile. Recuperado de: www.minsal.cl/portal/url/item/b554a9fa5044ef14e04001011e017f17.pdf
- Montoya, D. & Pinilla, V. (2016). Caracterización del autoconcepto en una muestra de estudiantes universitarios de algunos programas de pregrado de la ciudad de Manizales, *Psicogente*, 21 (39), 162-182.
- Mora, J. (2003). *Psicología del aprendizaje*. México: Editorial Progreso, S. A.
- Moyano, E. & Ramos, N. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum (Talca)*, 22(2).
- Mulet, C. & Castanedo, I. (2002). La participación comunitaria y el medio ambiente. *Revista Cubana de Enfermería*. 18(2), 1-4
- Naranjo, M. (2006). Evaluación de programas de salud, *Comunidad y Salud*, 4(2), 33-37.
- Oblitas, L. (2004). *Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria*. Bogotá: Copyright PSICOM Editores.
- Oblitas, L. (2017). *Psicología de la salud y calidad de vida* . Cengage Learning.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de <http://www.who.int/>

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

violence_injury_prevention/violence/world_report/en/summary_es.pdf

Ornelas, M., Blanco, H., Gastélum, G. y Chávez, A. (2012). Autoeficacia Percibida en la conducta Académica de Estudiantes Universitarias. *Formación universitaria*. 5(2), 17-26.

Ornelas, M., Balnco, H., Gastélum, G. & Chávez, A. (2012). *Formación Universitaria*, 5(2), 17-26.

Piquerias, J., Ramos, V., Martínez, A. & Oblitas, L. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.

Porras, P., Trujillo, S. & Muñoz, A. (2010). Desarrollo de la promoción de la salud en los lugares de trabajo. *Enfermería Global*. 9(3).

Quillas, R., Vásquez, C. & Cuba, M. (2017). Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. *Acta Médica Peruana*, 34 (2), 126-131.

Quinteros, E., De la Mella, S. & Gómez, L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Medicentro Electrónica*. 21(2), 101-111.

Quispe, A. (2004). *Evaluación socioeconómica de programas de desarrollo*. México: Plaza y Valdés, S. A.

Restrepo, H y Málaga, H. (2002). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.

Rice, P. (2000). *Adolescencia. Desarrollo, relaciones, cultura*. Madrid: Prentice Hall.

Rodríguez, A. (2009). Resiliencia. *Revista Psicopedagogía*. 26(80), 1-12.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Ruiz, Y. (2010). Aprendizaje vicario: implicaciones educativas en el aula. *Revista digital para profesionales de la enseñanza*, 10, 1-6.

Salmerón, P. Giménez, C. y Nieto, R. (2016). *La promoción de la salud: Claves para su práctica*. Barcelona: Editorial UOC.

Sánchez, M. y De Luna, E. (2015). Hábitos de vida saludable en la población universitaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5).1910-1919.

Sanjúan, P y Rueda, B. (2014). *Promoción y prevención de la salud desde la psicología*. Madrid: Editorial Síntesis.

Sarason, I. y Sarason, B. (2006). *Psicopatología, psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.

Sarría, A. y Villar, F. (2014). *Promoción de la salud en la Comunidad*. España: Editorial UNED.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 9-21.

Scottish Executive (2006). *National evaluation of the "Doing well by people with depression" programme*. Recuperado de www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/135895/0033676.pdf

Spick, S., y Poortinga, Y. H. (2005). *Marco conceptual y estrategia para el diseño e instrumentación de programas para el desarrollo: una visión científica, política y psicosocial*. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 445-459.

Tintaya Condori, P. (2019). *Psicología y Personalidad. Revista de Investigación Psicológica*, (21), 115-134.

Torres, C. (2005). Jóvenes y violencia. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37, 55-92.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Torres, C. & Pérez, P. (2010). Utilización de los programas de promoción y prevención en la comunidad asignada a un centro de salud de Bucaramanga. *Revista Cuidarte*, 4(1), 484-492.

Vargas, M., Triveño, C. & Michel, R. (2006). *Cómo lograr Salud Mental y manejar el Estrés; Guía de apoyo*. Colombia: Editorial: SELARE.

Vázquez, F. (2017). ¿Es posible prevenir la enfermedad mental grave?. *Acta médica Grupo Ángeles*, 15 (2), 89-91.

Vidal, D., Chamblas, I., Zavala, M., Muller, R., Rodríguez, M. & Chávez., A. (2014). Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de concepción, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 61-74.

Villar, M (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Médica Peruana*, 28(4).

Vivas, P. (s.f.). *Técnicas de dinámica de grupos*. Recuperado de https://www.andaluciaesdigital.es/c/document_library/get_file?uuid=798eb388-3108-4f36-9c65-9cbfab82f587&groupId=20195

World Health Organization (2013). *The European health report 2012: Charting the way to well-being*. Copenhague: WHO.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6. Recursos

Unidad 3: Proyectos de intervención en el área de salud

The image shows the cover of a document titled "UNIDAD 3: PROYECTOS DE INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD". The cover has a dark blue background with a light blue circular pattern. At the top left is the UTPL logo. In the center, the title is displayed in a yellow box. At the bottom left, it says "Elaborado: Mgtr. María Emilia Jaramillo Bustamante". At the bottom right is the "soy+ utpl" logo.

UTPL
La Universidad Católica de Loja

UNIDAD 3: PROYECTOS DE INTERVENCIÓN
EN EL ÁREA DE LA SALUD

Elaborado:
Mgtr. María Emilia Jaramillo Bustamante

soy+ utpl

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

3.1. Teoría y estrategia para desarrollar e instrumentar intervenciones para la promoción de la salud



soy+ utpl

3.1.1. Introducción

Los programas de intervención por lo general son elaborados o diseñados en base a las prioridades de grupos de interés; es decir, estos programas son el reflejo de las necesidades de los grupos a quien en realidad van dirigidos la intervención.

Sin embargo, un problema con este tipo de programas es que al ser muy precarios están enfocados en temas específicos y están direccionalizados a una sección y no a la población en general. Por ejemplo, las personas dedicadas a la investigación formativa por lo general no se involucran en su aplicación, no buscan formas de difundirlo ni hacer accesible su utilización (Spink y Pootinga, 2005). Más bien existe una distancia entre la ciencia y la práctica (Gower, 1997).

Es por eso que se pretende desarrollar, instrumentar y evaluar programas integrales para la promoción de la salud; ante este hecho la Psicología trata de aportar con un gran número de herramientas necesarias para conseguir este objetivo (Oblitas, 2004). Además, de considerar los aspectos psicológicos que intervienen en el proceso de salud-enfermedad (Martín, 2003).

soy+ utpl



3.1.1. Introducción

Por lo tanto, un proyecto o programa lleva consigo una metodología activa y participativa, adaptada a cada realidad concreta. A continuación se detallan algunos principios que son necesarios tener en cuenta a la hora de planificar un programa de promoción de la salud:

Principio de coherencia

Toda actividad que se proponga debe mantener un sistema de relación con la temática principal

Principio de funcionalidad

La planificación debe estar al servicio de los intereses y requerimientos del grupo destinatario

Equilibrio

Debe estar presente en todas las situaciones que lo requieran y de acuerdo a los fines que se desea conseguir

Flexibilidad

Se puede introducir adaptaciones sin que por ello se altere la efectividad de la planificación

Pertinencia

Las actuaciones que se propongan deben pretender alcanzar los objetivos del

Principio económico

Implica el uso eficiente de los recursos humanos y materiales

(Quesada, 2009)



3.1.1. Introducción

Como se ha mencionado anteriormente un programa de intervención nace de una demanda expresada por la población mediante:

- Instituciones de la salud local
- Profesionales de la salud
- Información de encuestas de opinión

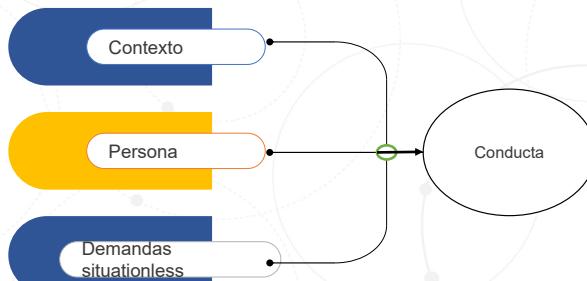
Es por ello que, enfrentarse con la elaboración de un proyecto o programa de intervención implica realizar las siguientes actividades:



(Quesada, 2009)

3.1.2. Marco conceptual

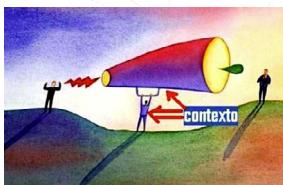
El diseño y la instrumentación de los programas de promoción de salud depende del marco contextual en el que se desarrollará dicho programa. Los componentes que forman parte del marco contextual son:



soy+ utpl

3.1.2.1. Contexto

El contexto hace referencia a las condiciones socioeconómicas, culturales y políticas en las cuales los individuos se desarrollan, las mismas que dependen de factores condicionantes:



- ✓ Políticos
 - ✓ Culturales
 - ✓ Institucionales y
 - ✓ El capital social de la población
- (Etchegoyen y Paganini, 2007).

soy+ utpl

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

3.1.2.1. Contexto

Por ejemplo, el desarrollo social y económico condicionan el aumento o la disminución de la mortalidad.

Desarrollo económico

- Proceso de crecimiento económico del país, basado en la industrialización del apartado productivo, modernización de la agricultura y el crecimiento de la productividad.

Desarrollo social

- Proceso que permite mejorar las condiciones de bienestar colectivo de la población.



3.1.2.1. Contexto

La distribución de recursos sociales y económicas es un factor que permitirá determinar condiciones en cada población, ya que de acuerdo a su distribución se podrá acceder a varias oportunidades o limitaciones al momento de cuidar de la salud, convirtiéndose en factores de protección o de riesgo según corresponda.

- Es un **factor protector** cuando el acceso a recursos permite o facilita el acceso a oportunidades relacionadas con la salud.
- Es un **factor de riesgo** cuando la cantidad de recursos delimita o impide el acceso a oportunidades relacionadas con la salud (Berry, Segall y Dasen, 2002).



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

3.1.2.1. Contexto

Los factores socioeconómicos como factores de protección mejoran la calidad de vida del individuo y ayuda a la disminución de la mortalidad, dado a que se proveerá de calidad a cuestiones como la nutrición, la vivienda, la higiene pública (evacuación de aguas sucias, disponibilidad de agua potable), la instrucción, los transportes, las comunicaciones, las condiciones de trabajo, la higiene personal, servicios de salud, etc., que como se puede evidenciar son elementos dependientes de las condiciones sociales, económicas, culturales y políticas.

Los condicionantes ambientales sociales, culturales y económicos influyen en la utilización de servicios de salud, que es un punto clave en el desarrollo de la salud.

3.1.2.1. Contexto

Se ha determinado que el tratamiento de enfermedades físicas y mentales es una función que depende de la accesibilidad de los servicios (medida en kilómetros de distancia y del tiempo necesario para llegar, que incluye todos los inconvenientes para el transporte, la disponibilidad de un medio de transporte o la falta de caminos apropiados).

El tratamiento médico es también una función del nivel de educación, de la disponibilidad de dinero, del tiempo de espera para tener la consulta y de las creencias tradicionales sobre la causalidad de la enfermedad (López, 2018).

3.1.2.1. Contexto

Las desigualdades es uno de los problemas que afectan la salud ya que estas permiten la presencia de diferencias en el estado de salud de los individuos, en el acceso y utilización de los recursos y en las oportunidades en relación a dicho estado, es el principal detonador de condiciones de riesgo para la salud, afectando grandemente a la clase baja en donde es común observar bajo nivel de sueldos, bajo nivel educativo, mayor tasa de desempleo y el nivel de salud expresado como una mayor mortalidad, morbilidad e incapacidad laboral.

Pese a que se ha tratado de concientizar de la gravedad de las desigualdades socioeconómicas en la salud, para que sea uno de los temas de mayor realce a tratar las estrategias internacionales de prevención siguen centrándose en el tratamiento de otros factores de riesgo (COMUNICAE, 2017).



3.1.2.1. Contexto

A más de los aspectos socioeconómicos es necesario no perder de vista a otro factor influyente en las condiciones de la salud como es el caso de la cultura que juega un papel importante dentro del contexto de los individuos pues el entorno sociocultural en el que se desenvuelven las personas condiciona sus comportamientos (García et al., 2007)

El condicionamiento de comportamientos depende de los valores y las creencias obtenidas mediante la socialización primaria es decir mediante el aprendizaje en la familia, mientras que la socialización secundaria es lo aprendido en la escuela - trabajo y la experiencia personal (Álvarez y Sarriá, 2014).



Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Recursos

3.1.2.1. Contexto

Es por ello, que para el diseño de los programas de intervención se debe considerar este primer aspecto que permite analizar y comprender las oportunidades y limitaciones que ofrece el contexto en el que viven los individuos, es decir, las condiciones bajo las cuales vive la población e incluye aspectos económicos, educativos, salud, medio ambiente, clima político y sociocultural (Etchegoyen y Paganini, 2007).

Aspecto económico

- ✓ Mercado laboral
- ✓ Transporte
- ✓ Agua potable
- ✓ Créditos
- ✓ Leyes de derecho de la propiedad
- ✓ Carreteras
- ✓ Hospitales

Aspecto educativo

- ✓ Condiciones para acceder a una escuela y enseñanza de calidad

(García et al., 2007)



3.1.2.1. Contexto

Aspecto político

- ✓ Sistema de gobierno
- ✓ Legitimidad

Aspecto sociocultural

- ✓ Características compartidas por un grupo

(García et al., 2007)

Si el programa está enfocado a responder las necesidades de la población, idealmente deberá tomar en cuenta las conductas socialmente esperadas para mejorar la calidad de vida de la población meta (Spink y Poortinga, 2005).

De esta manera, el programa de intervención evita ser “descontextualizado” dado que al conocer el contexto permite ubicarse y justificar su función social (Martinell, 1997 citado en Quesada, 2009).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



3.1.2.2. Persona

Se refiere específicamente a las disposiciones a la acción que el individuo posee y que dependen de los cambios de conducta y los cambios contextuales. En el campo de la psicología se conoce con el nombre de personalidad aludiendo al conjunto de causas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia.

En el estudio de la personalidad existen perspectivas que señalan que las características o disposiciones individuales se mantienen estables a través del tiempo incluso ante distintas situaciones un modelo que teoriza esta afirmación es el modelo de McCrae y Costa (1997), dentro dichas características se encuentran las actitudes y normas personales, que están estables a lo largo del tiempo y pueden únicamente cambiar cuando se den cambios de conductas originadas por nuevas experiencias y se hagan esfuerzos especiales por modificarlas.

3.1.2.2. Persona

Los psicólogos en el campo del estudio de la personalidad estudian a individuos, tratan de entender como las leyes generales de la personalidad se aplican de forma universal (a todas las personas). Por ello, la teoría de la personalidad aborda tres áreas importantes:

Descripción	Dinámica	• Desarrollo
<ul style="list-style-type: none">La personalidad es descrita en términos amplios de tipos o rasgos.	<ul style="list-style-type: none">Se refiere al aspecto motivacional, poniendo énfasis en las motivaciones comunes que influyen en todas las personas. La dinámica permite la adaptación al mundo y puede ser estudiada en términos de ajuste.	<ul style="list-style-type: none">Se refiera a la formación y cambio de la personalidad desde la niñez hasta la adultez reconociendo las influencias biológicas y sociales

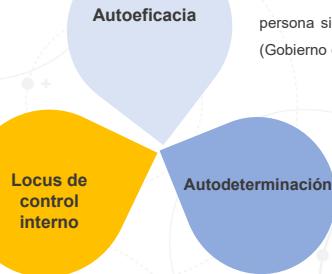
3.1.2.2. Persona

Como se ha mencionado anteriormente en el estudio tradicional de la personalidad existen perspectivas que hablan de características o disposiciones individuales básicamente fijas que ven a las características de personalidad como estables a través del tiempo, inclusive a través de diferentes situaciones dentro de este grupo están las normas y actitudes, sin embargo, también existen características que se pueden cambiar y dependen del aprendizaje, en este grupo se encuentra la autoeficacia (Bandura, 1997), auto determinación (Ryan y Deci, 2000) y locus de control interno (Rotter, 1996); que según Spink y Poortinga (2005) estas características influyen grandemente en el proceso de cambios en las conductas a largo plazo.



3.1.2.2. Persona

Alcance que cree tener la persona para controlar su vida. Por ejemplo, la persona considera que dejar de fumar depende de ella misma (Gobierno de Navarra, 2006).



Sentimientos de que puede o no introducir cambios. Por ejemplo, aunque sea difícil la persona siente que es capaz de dejar de fumar (Gobierno de Navarra, 2006).

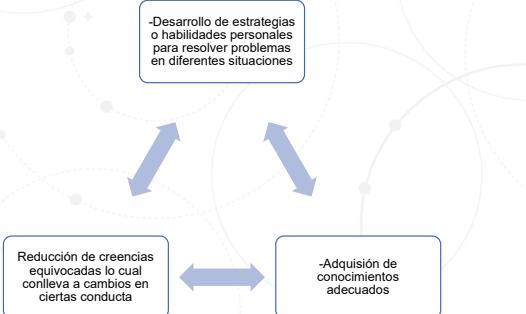
Capacidad del sujeto para determinar sus acciones por sus propias reflexiones y convicciones. Por ejemplo, la persona se ve a sí misma como iniciadora de su propia conducta y escogen una línea de actuación para lograr los resultados deseados (Behn, Sotomayor, Cruz y Naveas, 2001).

Estos elementos son necesarios de considerar en el proceso de desarrollo de programas dado que se puede tener una idea clara sobre los aspectos que se deben enfocar las intervenciones.


[Índice](#)
[Primer bimestre](#)
[Segundo bimestre](#)
[Solucionario](#)
[Referencias bibliográficas](#)
[Recursos](#)

3.1.2.3. Demandas situacionales

Las demandas situacionales devienen especialmente de las necesidades que se observan tanto a nivel individual como colectivo de una sociedad, siendo estos los factores determinantes de la salud. Se enfocan en tres puntos esenciales:



3.1.2.3. Demandas situacionales

- **Desarrollo de estrategias o habilidades personales** que influyan sobre aspectos interpersonales, cognitivos y emocionales que den como resultado el mantenimiento, modificación o implantación de nuevos comportamientos según sea el caso a tratar (Álvarez, 2013).
- **Adquisición de conocimientos mediante la estrategia de educación, en cuanto a diversos puntos en relación a la salud como pueden ser:** efectos a largo plazo del abuso de sustancias tóxicas, alternativas para una adecuada alimentación, conocimientos sobre la diabetes, prevención y cuidado, los derechos sexuales y reproductivos, higiene personal y ambiental, etc.

3.1.2.3. Demandas situacionales

- **Modificación de creencias relacionadas con la salud**, que devienen de la evaluación, las ideas y concepciones que se tiene hacia la salud las mismas que influyen en un determinado comportamiento hacia la salud (Giraldo, et al., 2010).

De acuerdo a los programas preventivos el desarrollo de habilidades psicosociales, la adquisición de conocimientos y la modificación de creencias se convierten en factores protectores de la salud, que generan resiliencia en un grupo, organización, comunidad o a nivel individual (Hawkins, Catalano y Miller, 1992)



3.1.2.3. Demandas situacionales

- Sin embargo, es posible que los individuos no puedan identificar de manera sencilla cuales son las necesidades, por lo que se recomienda al psicólogo indagar las características sociales, emocionales y psicológicas que poseen los miembros de la comunidad, así como las posibles situaciones que consideran llevan a cabo la presencia de los problemas (Escobar, 2017).
- Este proceso es fundamentalmente especial en los niveles locales donde se permite conocer las verdaderas necesidades de los pobladores así mismo de los recursos, actividades, aspectos sociales, económicos, culturales, religiosos que al ser considerados factores de éxito en las intervenciones posibilitan el desarrollo local (Restrepo y Málaga, 2002).



Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Recursos

3.1.2.4. Conductas

La conducta hace referencia a las acciones ante determinadas situaciones, en conjunto dan lugar al comportamiento (Mora, 2003) que es el resultado de la interacción entre un sujeto con historia (biológica, psicológica y cultural) y el medio ambiente en el que se desenvuelve.

Existen dos tipos de conductas:

- **Visibles:** son aquellas que podemos observar y son manifiestas.
- **Escondidas:** que son las conductas mentales, es decir, constituyen "la causa" de la parte visible.

La interrupción de la conducta visibles se puede dar mediante la modificación de las conductas escondida o mentales.

3.1.2.4. Conductas

Las conductas que haya desarrollado el individuo en base a la socialización por parte del ambiente pueden ser positivas o negativas convirtiéndolas en factores de riesgo o protección para la salud. En el caso de que estas conductas se han transformado en factores de riesgo es necesario que sean modificadas adoptando o manteniendo conductas adecuadas, el cambio de conductas es un proceso que requiere la puesta en marcha de conjunto de actividades y eventos que conducen a conductas exitosas (Oblitas, 2004).

Para explicar el cambio de conductas uno de los modelos de mayor aceptación y estudio es el esquema de Prochaska y Di Clemente que hablan de seis etapas o procesos de cambio que incluyen: contemplación para el cambio, la contemplación, la preparación para la acción, la conducta y finalmente el mantenimiento de esta.

3.1.2.4. Conductas

El fin central de los programas de desarrollo son los cambios en conductas, los mismos que por lo general suceden en etapas (antes mencionadas), ya que son parte de un proceso integral, que hace que se planteen metas exitosas como fin último.

En otras palabras, la decisión de cuáles de estas etapas se deben modificar son el objetivo de un programa de intervención y de estas dependerán las metas y recursos que se utilicen.

Es recomendable que no se abandone un programa en la etapa de mantenimiento, ni por motivos económicos ni políticos ya que esto le ocasiona serios problemas a la comunidad. Esta fase generalmente requiere actualización y acompañamiento por un período prolongado antes de poder realmente mantener los nuevos patrones de conducta que le van a permitir mejorar su calidad de vida ya sea en el campo de la salud, la ecología, la educación, la gobernabilidad o su economía.

3.1.3. Etapas en el desarrollo e instrumentación de los programas



(Spink y Pootinga, 2005;)



3.1.3. Etapas en el desarrollo e instrumentación de los programas

a. Metas a las que se quiere llegar

Cada una de las etapas tiene ciertos objetivos que tendrá que lograr antes de proceder a la siguiente. Idealmente estas metas serán determinadas conjuntamente por todas y cada una de las partes involucradas, tales como:

- ✓ La población meta (ej., las mujeres, los adolescentes de una comunidad).
- ✓ Los replicadores (ej., promotores de salud, maestros).
- ✓ Las diferentes autoridades (ej., directores de escuela, sindicatos, secretario de educación) (Rifkin, Lewando-Hundt y Draper, 2000).



3.1.3. Etapas en el desarrollo e instrumentación de los programas

b. Métodos y actividades que se requiere para conseguirlas

Para lograr las metas, tanto a nivel individual como contextual, en cada una de las etapas se requiere la aplicación de técnicas y actividades, como:

- ✓ La recopilación de información (ej., cuestionarios, grupos focales), la confirmación de datos (observaciones independientes, pruebas estadísticas).
- ✓ La disseminación de información (ej., distribución de materiales educativos y promocionales y formación de facilitadores).



3.1.3. Etapas en el desarrollo e instrumentación de los programas

c. Evaluación

Es el proceso que permitirá:

Conocer los avances y retrocesos en cada una de las etapas de instrumentación de un programa, para ofrecer retroalimentación de una etapa a la siguiente y así poder hacer las modificaciones necesarias desde ese momento sin tener que esperar hasta el final de la instrumentación.

Conocer los resultados respecto al efecto del programa en variables dependientes tales como conocimientos, creencias, habilidades y conductas y, a largo plazo sobre características más estables de la persona, por ejemplo sobre su autoestima, autoeficacia, actitudes y normas personales.

(Spink y Pootinga, 2005;)



3.1.3. Etapas en el desarrollo e instrumentación de los programas

c. Evaluación

- ✓ Conocer el impacto a largo plazo del programa trata con el efecto en indicadores tales como incidencia, disminución de enfermedades prevenibles, cambios en índices de desempleo, cambios en patrones nutricionales o en el nivel de erosión del terreno.

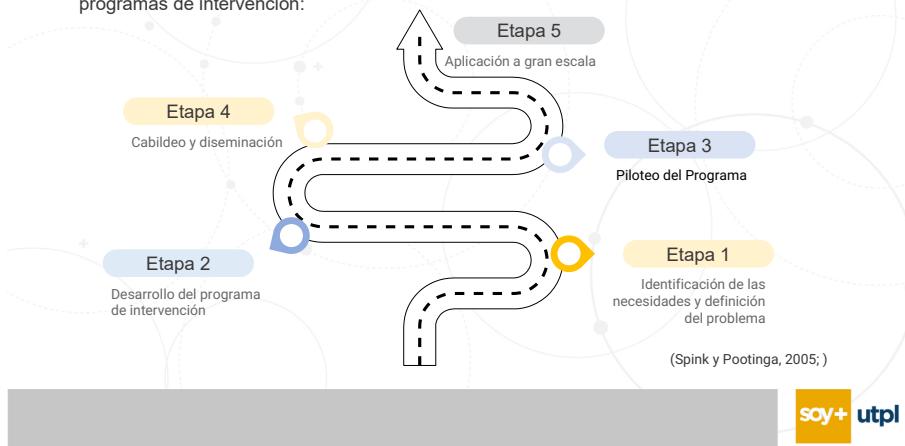
La medición del impacto del programa requiere un seguimiento adecuado para determinar que no haya ningún otro programa de desarrollo que haya podido influir sobre los resultados.

(Spink y Pootinga, 2005;)



3.1.3. Etapas en el desarrollo e instrumentación de los programas

A continuación se enumeran las etapas que permiten diseñar e instrumentar los programas de intervención:



3.1.3.1. Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema

Antes de situar la alternativa o propuesta sobre la que se va a intervenir, es importante tener una visión integral de la situación de salud que se desea mejorar (Sarría y Villar, 2014). Por lo tanto, la primera fase consiste en identificar las necesidades de la población beneficiaria, para definir el problema y posteriormente diseñar los contenidos de los programas acordes a estas; tanto el contexto como los recursos personales tienen que ser estudiados para poder realizar una descripción integral (Oblitas, 2004) y establecer las conductas metas a cambiar.

En este mismo sentido Quesada (2009) señala que esta etapa nos permite ubicar los principales problemas de salud de la población, el ambiente de la vida social y determinar las causas de fondo de estos.

3.1.3.1. Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema

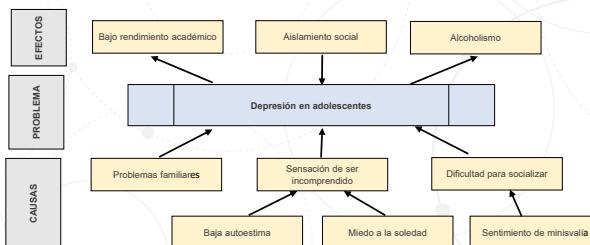
Teniendo en cuenta que los problemas de salud hacen referencia a aquellas condiciones, hechos o circunstancias que dificultan la calidad de vida de un grupo poblacional específico y la consecución de niveles aceptables de salud integral (Ministerio de Salud Pública, 2019).

La evaluación en esta etapa, tiene como objetivo ver que tan clara es la definición del problema y determinar la calidad psicométrica de los instrumentos de recolección de datos (Spink y Poortinga, 2005).

Para conocer las necesidades de una población existen elementos metodológicos y actividades; por ejemplo, a nivel contextual se puede utilizar: información socioeconómica y demográfica, encuestas, información etnográfica; y a nivel individual se suele realizar grupos focales, entrevistas y cuestionarios.

3.1.3.1. Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema

También, se suele utilizar la técnica o herramienta denominada “árbol de problemas” que consiste en colocar el problema principal en el centro del gráfico; los efectos del problema se sitúan como las ramas del árbol, y, las causas primarias del problema se colocan como las raíces del árbol, a medida que surgen más causas de las primarias, estas se van dirigiendo hacia abajo (Sarría y Villar, 2014).



3.1.3.1. Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema

De esta manera un problema de salud se puede resolver si se realiza un análisis profundo sobre las causas y efectos relacionados con el problema (Sarría y Villar, 2014).

Una vez identificadas las necesidades de la población es importante que se comunique cuál es el problema identificado, así como las características o factores que provocaron su aparición, su mantenimiento y dificultades para resolverlo (Escobar, 2017).

Además, la identificación de necesidades o problemas de salud es una tarea que implica también conocer cómo las sienten las personas que las padecen y el papel que cumplen en el desarrollo humano. Conocer su alcance y delimitar la extensión territorial que ocupa. Finalmente, se debe analizar su gravedad, teniendo en cuenta las consecuencias que tiene en el desarrollo individual y colectivo de los individuos (Quesada, 2009).

3.1.3.1. Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema

A continuación se resumen los elementos antes señalados con respecto a la etapa 1:

a. Metas a las que se quiere llegar

- ✓ Se pretende la identificación de necesidades de la población meta, para desde esta perspectiva definir el problema.
- ✓ Diseñar los contenidos de los programas acordes a las necesidades, tanto el contexto como los recursos personales tienen que ser estudiados para poder realizar una descripción integral (Oblitas, 2004) y establecer las conductas metas a cambiar.
- ✓ Determinar el diseño de la evaluación para decidir que personas integrarán los grupos de estudios y los grupos de control.
- ✓ Se identifican las condiciones locales que puedan fortalecer el cambio necesario para lograr la intervención exitoso, así mismo como los factores limitantes.

3.1.3.1. Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema

A continuación se resumen los elementos antes señalados con respecto a la etapa 1:

a. Metas a las que se quiere llegar

La identificación del problema ayudará a determinar los conocimientos y habilidades que habrá que reforzar o desarrollar así como las creencias equivocadas que habrá que aclarar.

La práctica por su parte, da a la ciencia campo en el cual probar hipótesis, marcos conceptuales y teorías y a su vez, retroalimenta las políticas al ofrecer un análisis sistemático de las necesidades de la población meta. Dicho análisis facilitará posteriormente el diseño de políticas y los objetivos de programas o acciones que de ellas se deriven.



3.1.3.1. Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema

b. Métodos y actividades que se requiere para conseguirlas

Los métodos que se pueden utilizar en esta fase son:

- ✓ **A nivel contextual:** para conocerlo se recolectará información que incluya recopilación de reportes estadísticos y encuestas, tanto gubernamentales como o por medios etnográficos.
- ✓ **A nivel individual:** se dará la aplicación de grupos focales, entrevistas, cuestionarios, observaciones sistematizadas.

Estos elementos son la clave para desarrollar el contenido del programa ya que determinara las verdaderas necesidades de la población meta, asegurándose de este modo que los individuos se apropien y participen de manera activa en el programa.



3.1.3.1. Etapa 1: Identificación de las necesidades y definición del problema

c. Evaluación

La evaluación de esta etapa tiene como objetivo ver qué tan clara es la definición del problema así como de la población meta y determinar la calidad psicométrica de los instrumentos de recolección de datos que se usarán para el levantamiento de la información (ej., a través de grupos focales y entrevistas) (Oblitas, 2004).



UNIDAD 3

PARTE 2

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

El desarrollo del programa de intervención se da en base a la información recolectada anteriormente (etapa 1), conociendo las necesidades y en base a esa información se plantean en primer lugar los objetivos de intervención, que según Castaño (2006) deben ser medibles, realistas, pertinentes y claros. Los objetivos pueden ser:

Generales

Hacen referencia a metas más amplias que para alcanzarlas es imprescindible conseguir otras más pequeñas (Quesada, 2009)

Específicos

Se derivan del general y establecen acciones concretas a realizar (Escobar, 2017)

3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

Por ejemplo, en un programa enfocado a la prevención de la drogodependencia, un objetivo general sería: prevenir la drogodependencia en los adolescentes, como objetivos específicos se establecería: informar sobre los riesgos que conlleva el consumo de sustancias, dar alternativas de ocio saludable, trabajar con los padres sobre la edad evolutiva por la que atraviesan sus hijos y sus riesgos (Quesada, 2009).

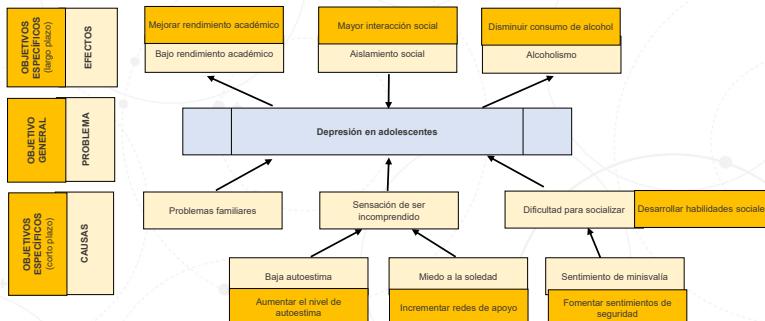
Para establecer los objetivos, se puede utilizar la técnica denominada “árbol de objetivos” que consiste en transformar un árbol de problemas en un árbol de objetivo; es decir, los elementos del árbol de problemas se reformulan en condiciones deseables positivas, o como señala Restrepo y Málaga (2002) lo que inicialmente fue negativo se cambia en positivo como producto de la intervención.

3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

El procedimiento consiste en que el problema central del “árbol de problemas” se convierte en el objetivo general, mientras que, las causas serán los objetivos específicos a corto plazo y las consecuencias se transformarán en los fines del proyecto a largo plazo (Sarría y Villar, 2014). A continuación se presenta un ejemplo:



3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención



Árbol de problemas

Árbol de objetivos



3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

Al momento de formular los objetivos es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Escribir los objetivos con un verbo en infinitivo (identificar, aplicar, describir, usar) (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2019; Escobar, 2017).
- ✓ Señalar una sola acción.
- ✓ Señalar un plazo específico y razonable para cumplir el objetivo (Escobar, 2017).



3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

Una vez planteados los objetivos es momento de determinar la metodología, es decir, determinar qué actividades se van a realizar y definir el alcance del programa (Bados, 2008). Pueden ser intervenciones individuales o grupales, aplicando técnicas didácticas (talleres) y de capacitación (formación de facilitadores en conocimientos y habilidades) que pueden ser probadas y utilizadas en distintas poblaciones y numerosas situaciones (comunidades urbanas, rurales; grupos con diferentes grados de alfabetización), desarrollándose de este modo una primera versión del programa.



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

Para llevar a cabo la metodología es preciso enumerar y dar una explicación de los distintos pasos técnicos que deben cumplirse o de las distintas etapas que debe comprender el proceso técnico (Quesada, 2009). Entre los apartados que se puede utilizar tenemos los siguientes:

- ✓ **Beneficiarios:** determinar el grupo al que se dirige el programa de intervención. Pueden ser beneficiarios directos (aquellos sobre los que se espera impactar con las acciones del programa) y los indirectos: a los que, sin proponérselo, el programa también afectará positivamente.

3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

- ✓ **Localización:** determinar el área geográfica donde se intervendrá. Puede desdoblarse en macro localización: ubicación geográfica dentro de la Provincia, región o ciudad y/o Micro localización: zona menor (zona, barrio, manzana, etc.).
- ✓ **Planificación de las actividades y/o tareas a realizar:** Las actividades educativas constituyen experiencias concretas de aprendizaje a llevar a cabo por los participantes sobre uno o varios contenidos/temáticas. A la hora de diseñar las actividades resulta útil seleccionar el método y técnicas educativas más oportunas para cada objetivo (Gobierno de Navarra, 2007). En ese sentido, se sugiere plantear actividades básicas al inicio del programa y progresivamente aumentar el nivel de dificultad o profundidad (Escobar, 2017).

3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

- ✓ Además para la planificación de las actividades es recomendable tener en cuenta: nombre de la actividad, objetivo de la actividad, número de participantes, tiempo de aplicación, materiales y recursos utilizados. Por ejemplo, se puede utilizar una matriz para organizar mejor la información:

Objetivo	Actividad	Tiempo	Recurso

Recuerde las actividades deben estar adaptadas a los destinatarios y aplicadas de forma flexible (Quesada, 2009).



3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

- ✓ **Presupuesto:** determinar los gastos que se realizarán.
- ✓ **Temporalización:** prever la duración del programa de intervención (inicio y culminación).



3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

A continuación se resumen los elementos antes señalados con respecto a la etapa 2:

a. Metas a las que se quiere llegar

- ✓ La información recolectada en la primera etapa se traduce en módulos o unidades del programa así como materiales educativos y promocionales.
- ✓ El programa se construirá a través de la aplicación de técnicas didácticas (ej., para talleres) y de capacitación (ej., en la formación de facilitadores que dirigirán sus esfuerzos a fortalecer conocimientos y habilidades) que hayan sido previamente probadas bajo diferentes condiciones.



3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

a. Metas a las que se quiere llegar

- ✓ La práctica, por su parte, ayuda a ampliar el tipo y número de situaciones bajo las cuales se pueden probar y utilizar cada una de estas técnicas (ej., en comunidades rurales o urbanas; con grupos con diferentes grados de alfabetización).
- ✓ Lo que generalmente sucede, es que se desarrolla una primera versión del programa (contenidos, ejercicios, materiales, manuales de formación de replicadores, etc.).



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

b. Métodos y actividades que se requiere para conseguirlas

- ✓ A nivel del contexto, esto puede ser a través de los medios masivos por ejemplo desarrollar una campaña para crear conciencia sobre hábitos de alimentación y su relación con la prevención de determinada enfermedad.
- ✓ A nivel del individuo, se enfoca en pilotear los temas, los contenidos y la metodología (participativa vs no participativa, en grupos pequeños o grandes, con materiales educativos tales como manuales y libros de trabajo o sin ellos) que se utilizará para desarrollar concientización.

Es necesario tener en cuenta que los esfuerzos van dirigidos al cambio de conductas en situaciones específicas no a cambiar a la persona en sus aspectos más estables de personalidad. Si se dan cambios a nivel de la persona, estos serán a largo plazo y como consecuencia de los cambios en las conductas.

3.1.3.2. Etapa 2: Desarrollo del programa de intervención

c. Evaluación

En esta fase, la evaluación tiene como objetivo conocer la validez de contenido que existe entre el grado de compatibilidad de las necesidades expresadas por la población meta, la importancia que le dan a cada una y una versión preliminar de contenidos programáticos.

3.1.3.3. Etapa 3: Piloteo del Programa

En esta etapa se desarrolla una prueba piloto para conocer si el programa a realizar es efectivo para que en el caso de ser así pueda ser implementado o aplicado a gran escala. Se desarrollan técnicas para conocer la efectividad de los contenidos y métodos didácticos y por medio de la práctica se realiza pruebas y las revisiones pertinentes a nivel individual y contextual para proporcionar a las políticas ideas claras de los tipos de modelos que serían más efectivos y eficaces si se los desarrollara (Spink y Pooringa, 2005).

El pilotaje debe ser realizado con un número pequeño de personas (nivel individual) quienes deben tener características similares a aquellos que realmente será aplicado el programa, utilizando talleres y a nivel contextual se pilotean programas por medio de radio y televisión.



3.1.3.3. Etapa 3: Piloteo del Programa

A continuación se resumen los elementos antes señalados con respecto a la etapa 2:

a. Metas a las que se quiere llegar

Las metas a las que va dirigida esta fase son:

Determinar la efectividad de los contenidos y los métodos didácticos que se han utilizado anteriormente.

A través de la práctica realizar pruebas y revisiones de dichos contenido tanto a nivel individual como contextual.

El análisis de contenidos y métodos didácticos adecuados permite ofrecer a los organismos políticos adecuado indicadores de los tipos de modelos que resultarían ser efectivos y eficaces a desarrollar.



3.1.3.3. Etapa 3: Piloteo del Programa

b. Métodos y actividades que se requiere para conseguirlas

- ✓ A nivel individual se desarrollan pruebas de las estrategias a utilizar a través de talleres en grupos pequeños.
- ✓ A nivel contextual se prueban y pilotean las estrategias de los programas de sensibilización por radio y televisión.

Se pilotea la primera versión del programa haciendo diferentes pruebas y revisiones subsecuentes (ej., de los contenidos, su orden de presentación, comentarios respecto al tipo de ilustraciones, letra y diseño).



3.1.3.3. Etapa 3: Piloteo del Programa

c. Evaluación

La evaluación en esta etapa procura dar los elementos para saber qué tan abierta está la población meta al programa (ej., pasando listas de asistencia) así como para ver si existen diferencias en los efectos que se dan en conocimientos, habilidades, creencias y por supuesto en cada una de las fases de cambio de conductas, entre un grupo experimental y un grupo control.



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

3.1.3.4. Etapa 4: Cabildeo y diseminación

En esta etapa se busca las condiciones necesarias para que el programa pueda ser instrumentado en gran escala, se utiliza para ello el cabildeo y la diseminación de los resultados y de la información de todo el programa.

El cabildeo se da cuando la información es extendida a los legisladores, en un sentido más amplio, a autoridades locales, maestros, directores de escuelas, asociaciones profesionales, organismos no gubernamentales, médicos, miembros del congreso, gobernadores, subsecretarios, secretarios del estado y el presidente de la República a fin de dar a conocer el programa y sus resultados y con esto conseguir apoyo necesario para adquirir las condiciones contextuales que faciliten la aceptación del programa por parte de las comunidades meta.



3.1.3.4. Etapa 4: Cabildeo y diseminación

La diseminación en cambio consiste en la transmisión de información dirigida directamente al público en general utilizando estrategias como mensajes a través de conferencias de prensa, artículos en periódicos y publicaciones, así como en medios de comunicación como radio, televisión e internet (Oblitas, 2004).



3.1.3.4. Etapa 4: Cabildeo y diseminación

b. Métodos y actividades que se requiere para conseguirlas

Los métodos y actividades que se desarrollarán en esta fase o etapa son:

- ✓ A nivel contextual: la extensión de la información irá dirigido a instituciones y autoridades administrativas, va dirigido directamente a legisladores, autoridades locales, maestros, directores de escuela, asociaciones profesionales, organismo no gubernamentales, médicos, miembros de congreso y Presidente de la República. la extensión de la información se da por medios masivos (por ejemplo campañas).
- ✓ A nivel individual: la extensión de la información va dirigida directamente al público, se lo puede hacer mediante la difusión de mensajes a través de conferencias de prensa, artículos en periódicos y publicaciones, así como en radio y televisión.



3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

Se da la aplicación a mayor escala con el propósito de que gran cantidad de individuos se vean beneficiados con este programa. La aplicación se debe dar una vez que se haya observado que el programa realmente logra la protección de la salud y cuente con los elementos necesarios. En esta etapa se podrán evidenciar con claridad las limitaciones y los cambios inesperados que se pueden dar en relación a la temporización y metodología (Spink y Pooringa, 2005).

Para implementar un programa a gran escala es necesario formar grupos numerosos de personas, supervisarlas, acompañarlas y contar con las estrategias para lograr la distribución masiva de materiales tanto promocionales como educativos, una manera de hacerlo es formar en primer lugar a una serie de asesores en todos los componentes y fases del programa, lo mismo que formarán posteriormente a multiplicadores y finalmente a usuarios específicos es decir a la población meta (Oblitas, 2004).



3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

A continuación se resumen los elementos antes señalados con respecto a la etapa 5:

a. Metas a las que se quiere llegar

Instrumentar los programas que han sido diseñados y evaluados de manera sistemática con base en las necesidades de la población meta, a gran escala para hacerlos accesibles al mayor número de comunidades posible.

Cuando se quiere llevar a cabo la aplicación en gran escala de un programa tiene sentido que cada una de las partes tenga que hacer concesiones para encontrar un equilibrio entre la calidad y la amplitud del alcance del mismo. Para ello se buscará un balance entre lograr un máximo grado de impacto a nivel individual y ser lo más eficiente posible en términos del número de personas beneficiadas.



3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

a. Metas a las que se quiere llegar

Por tanto se tendrán que realizar negociaciones respecto al tiempo de aplicación, financiamiento y construcción de la imagen de cada uno de los grupos de interés involucrados, de manera que todos los intereses queden representados.



3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

b. Métodos y actividades que se requiere para conseguirlas

Los principales métodos y actividades están encaminadas a :

- ✓ Se decide qué materiales se usarán y cómo se distribuirán así como la manera y contenidos para formar a los facilitadores que a su vez formaran a otros.

De hecho, una importante forma de diseminación es a través de los facilitadores que van replicando con otras personas, ya sean usuarios directos de los programas u otros multiplicadores (Spink y Pooringa, 2005).



3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

Como se ha señalado anteriormente, en esta etapa 5 es importante preparar la versión final y capacitar a los facilitadores a fin de que se ejecute el programa de manera adecuada.

- **Formación a los facilitadores:** Consiste en formar a un grupo de asesores que conocen todos los componentes y fases del programa, el cual a su vez forma a multiplicadores en programas o actividades específicas. Estos forman a replicadores que finalmente llegan a los usuarios, es decir, la población meta.



3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

Los principios básicos de un procedimiento para la formación son:

- a. Primeramente se forma a la persona para fomentar en ella y para sí misma las habilidades y conocimientos necesarios para que cuide de su propia salud, dado a que si no se da este proceso se dificultará el proceso de enseñanza-aprendizaje ya que probablemente cometa varios errores y proporcione solo parte de la información, por lo general la que se puede memorizar, no la que incluye la formación de habilidades cognitivas y psicosociales que es la que lleva a los verdaderos cambios de conductas.



3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

- b. Una vez que se cuenta con las habilidades y conocimientos necesarios para su propio desarrollo, se puede proceder a darle al replicador o multiplicador aquellos contenidos que impartirá en cada una de las siguientes etapas.

- c. Se debe asegurar que haya acompañamiento en cada etapa. Éste ayuda a fortalecer la seguridad de la persona en sus capacidades para seguir con el proceso y le permite aclarar dudas que vayan surgiendo a lo largo de éste. Además brinda información sobre las áreas a reforzar, constituyendo así un componente adicional a la capacitación.



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

- d. La actualización de conocimientos y la aplicación de las habilidades en diferentes temas, lleva a aumentar la probabilidad de que el programa permanezca e inclusive se vaya haciendo auto sustentable.

- e. Cada una de las etapas de la multiplicación incluye un componente de evaluación para ir retroalimentando el proceso y asegurarse que se lleve a cabo de manera exitosa.

3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

- f. La duración y la información que se da en cada una de las etapas de capacitación va haciéndose cada vez más concreta. Así, mientras en las primeras se toman por lo menos 60 horas y con frecuencia más de 180 para consolidar el proceso formativo, en la etapa de capacitación que se da para trabajar con la población meta, se requieren entre 20 y 30 horas de trabajo frente a grupo.



3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

- Consideraciones importantes en esta fase

En esta fase cuando los diseñadores del programa y la población meta requieren claridad respecto a las limitaciones de los programas de desarrollo ya que pueda en el pilotaje, un programa haya demostrado ser eficaz y eficiente pero no necesariamente indica que lo será cuando se aplique en gran escala.

También se pueden hacer concesiones respecto a la duración de la versión final del programa pero tal vez no en lo que se refiere a algún aspecto de la metodología que pueda llevar a resultados lejos de los esperados (ej., si es de tipo participativo, difícilmente se deberá aceptar que se presente en una modalidad autodidacta).



3.1.3.5. Etapa 5: Aplicación a gran escala

c. Evaluación

Se enfoca en conocer los cambios a largo plazo tanto en conductas como en factores de la persona misma, en la efectividad y eficiencia incluyendo el costo-eficacia del programa.

Debe quedar claro, que se plantea que estos cambios más generales de la persona se den a largo plazo y después del desarrollo de varias nuevas conductas derivadas del aprendizaje de conocimientos y el desarrollo de habilidades.

Es decir se espera que las habilidades se vayan generalizando una vez que han sido aplicadas en diferentes situaciones. Dicha generalización llevará a cambios en la persona (Oblitas, 2004).



3.1.4. Conclusión

Para alcanzar los objetivos del programa como son: el cambio de conductas, el aumento en la autoeficacia, el empoderamiento y el desarrollo de factores protectores se requiere potenciar las habilidades cognitivas y psicosociales con la adquisición de información (Oblitas, 2004).

Asimismo se logró observar que el cambio de conducta individual, requiere también un cambio contextual dado a que este influirá claramente en el comportamiento del individuo, por ejemplo, uno de los elementos esenciales como son las normas y los valores pues son socializados principalmente por grupos sociales primarios y dependiendo de su contenido serán factores protectores o de riesgo para la salud.

soy+ utpl

Bibliografía

Álvarez, F. & Sarriá, A. (2014). Promoción de la Salud en la comunidad. Madrid: UNED ciencias de la salud.

Álvarez, M. (2013). La promoción y prevención: pilares para salud y la calidad de vida. Correo Científico Médico, 80-83.

Bados, A. (2008). La intervención psicológica: características y modelos. Universitat de Barcelona. Recuperado de: <http://deposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/4963/1/PCS%20caracter%c3%adsticas%20y%20modelos.pdf>

Behn, V., Sotomayor, H., Cruz, M., & Naveas, R. (2001). Motivaciones para dejar de fumar en funcionarios y estudiantes universitarios ex fumadores. Revista médica de Chile, 129(5), 540-546.

Escobar, M. (2017). Diseños de Programas de Intervención Psicológica. Perú: Universidad Continental.

Etchegoyen, G. & Paganini, J. (2007). La relación entre los factores socioeconómicos y los programas sanitarios de salud materno-infantil en 13 provincias argentinas. Rev Panam Salud Pública, 21(4), 223-230.

soy+ utpl

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Bibliografía

García, M., Martín, V., Ramírez, D., González, Y., Escribano, E. & Gómez, A. (2007). Factores socioeconómicos y frecuentación en las consultas de medicina de familia de la red sanitaria pública. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 219-226.

Giraldo, A., Toro, M., Macías, A., Valencia, C. & Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.

Gobierno de Navarra (2006). Manual de educación para la salud. Instituto de Salud Pública

Gower, B. (1997). *Scientific method: An historical and philosophical introduction*. Nueva York: Routledge.

López, R. (1996). La relajación como una de las estrategias psicológicas de intervención más utilizadas en la práctica clínica actual. Parte I. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 12 (4).

Martín Alfonso, L. (2003). Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista Cubana de salud pública*, 29(3), 275-281.



Bibliografía

Ministerio de Salud Pública (2019). Educación y comunicación para la promoción de la salud. Dirección Nacional de Normatización-MSP

Mora, J. (2003). *Psicología del aprendizaje*. México: Editorial Progreso, S. A.

Oblitas, L. (2004). *Manual de Psicología Clínica y de la Salud Hospitalaria*. Bogotá: Copyright PSICOM Editores.

Quesada, R. (2009). *Promoción y educación para la salud*. Ediciones Díaz de Santos.

Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001). *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Pan American Health Org.

Sarría, A. y Villar, F. (2014). *Promoción de la salud en la Comunidad*. España: Editorial UNED.

Spick, S., y Poortinga, Y. H. (2005). Marco conceptual y estrategia para el diseño e instrumentación de programas para el desarrollo: una visión científica, política y psicosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 37(3), 445-459.



[Ir al contenido](#)

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

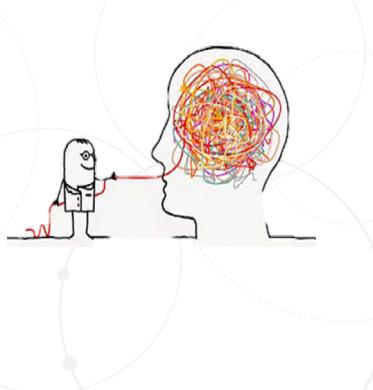
The background features a dark blue circular pattern with light blue dashed lines and small white dots. The UTPL logo is in the top left corner. A yellow horizontal bar contains the title "UNIDAD 6: RECURSOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PRIMARIA". Below it, text reads "Elaborado: Mgtr. María Emilia Jaramillo Bustamante". In the bottom right corner is a yellow square with the text "soy+ utpl".



En esta unidad se van a analizar algunas técnicas que permiten un aprendizaje significativo en los participantes que se encuentren contemplados en el proyecto o programas de promoción de la salud.

Considerando que las técnicas son procedimientos o recursos utilizados por la Psicología para la modificación, implantación o mantenimiento de conductas a fin de optimizar el comportamiento del individuo.

Existen un sinnúmero de técnicas psicológicas, que a continuación se mencionan las más importantes:



soy+ utpl

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

6.1. Técnicas Basadas En La Información

De acuerdo a Guillamón (2012) las técnicas basadas en la información son estrategias que permiten incrementar el conocimiento que se tiene sobre un determinado problema, comportamiento o situación, dentro de estas técnicas encontramos:



soy+ utpl

6.1.1. Biblioterapia

La biblioterapia consiste en darle a la persona bibliografía sobre el tema que le atañe para que lo conozca y lo comprenda mejor, y así pueda resolver mejor su problema.

- ✓ La bibliografía debe ser sencilla de leer.
- ✓ La selección de bibliografía debe ser completa y breve.
- ✓ La lectura no debe ser excesivamente técnica.

Por su parte, la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2008) la biblioterapia es un recurso terapéutico que consiste en la lectura dirigida de un material escrito, con el objetivo de dar información que determine una reflexión y un cambio de comportamiento.

soy+ utpl

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.1.1. Biblioterapia

❑ Objetivo

- ✓ Promover la salud física y psicológica mediante el uso de la lectura como terapia de recreación (Ministerio de Salud, 2019).

❑ Aspectos a considerar

- ✓ La lectura pretende ser un espejo donde la persona vea reflejado el problema existente y busque las soluciones al mismo.
- ✓ Durante la lectura el individuo puede pasar por una serie de fases:
- ✓ Identificación con el personaje y los hechos.
- ✓ Involucración emocional con liberación de emociones.
- ✓ Identificación de las posibles soluciones a sus problemas (Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2008).



6.1.1. Biblioterapia

❑ Pasos para su aplicación

- ✓ Selección adecuada del documento.
- ✓ Entrega del documento.
- ✓ Debate sobre el documento.

❑ Posibles problemas en la aplicación

X Que no se lea el texto.

X Poca comprensión de la lectura.

X Poca importancia.





6.1.1. Biblioterapia

□ Estrategias de solución para los problemas anteriores

- ✓ Se recuerda la importancia del manejo de información adecuada para la comprensión del problema y la modificación de la conducta.
- ✓ Establecer un contrato de actuación en el que quede reflejado el nivel de compromiso.
- ✓ Se establece el tiempo necesario para la comprensión de los principios básicos.
- ✓ Se debatirá sobre el tema para que se pueda manifestar la necesidad de ampliar la información.



6.1.2. Proporción de información

La información es uno de los elementos básicos de la acción de educación es salud (Salleras, 1990). La proporción o suministro de información consiste en proporcionar información al individuo sobre un tema en particular, se usa frecuentemente cuando la falta de información hace que la persona no lleve a cabo determinadas conductas o no actúe adecuadamente en determinadas situaciones.

Por lo tanto, la información es muy importante en cualquier programa de educación sanitaria, ya que las personas no dejarán de hacer algo que consideran agradable (como por ejemplo: fumar o comer un determinado tipo de alimentos), a no ser que se les proporcionen buenas razones para ello en forma de información (Salleras, 1990).



6.1.2. Proporción de información

□ Pasos para su aplicación

- ✓ Determinar la información que se proporcionará al individuo.
- ✓ Dar a conocer al cliente de forma cara, concisa y sencilla.
- ✓ Pedir al individuo feedback para conocer si ha entendido la información que se le ha proporcionado.
- ✓ Se debe utilizar distintos modos de proporción de información ya sea oral o escrita.



6.1.3. Orientación

Consiste en proporcionar a la persona instrucciones precisas de como se debe actuar en determinadas situaciones. Se utiliza cuando el individuo requiere ayuda precisa de instrucciones concretas para poder llevar a cabo una actuación que sería capaz de realizar pero que no pone en práctica debido a la falta de información al respecto.





6.1.3. Orientación

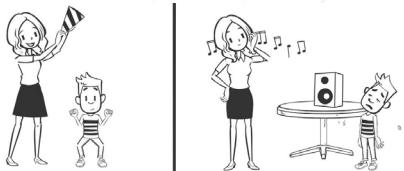
❑ Pasos para su aplicación

- ✓ Determinar el momento adecuado en el que se pondrá en práctica cada una de las instrucciones.
- ✓ Operativizar las instrucciones, estas deben ser claras, concisas y sencillas.
- ✓ Se requiere pedir feedback para conocer el nivel de comprensión de la instrucciones.
- ✓ Valorar la disponibilidad para llevar a cabo las instrucciones previamente proporcionadas.
- ✓ Proporcionar por escrito las instrucciones (Gavino, 2000).



6.2. Técnicas Dirigidas al Aumento y/o Disminución de Conductas

Son un conjunto de técnicas basadas en las leyes del aprendizaje del condicionamiento operante, esto se basa fundamentalmente en el supuesto de que toda conducta (pensamiento, emoción y acción) que se sigue de una consecuencia positiva es probable que se repita, mientras que las que se siguen de consecuencia negativas suelen disminuir o desaparecer.

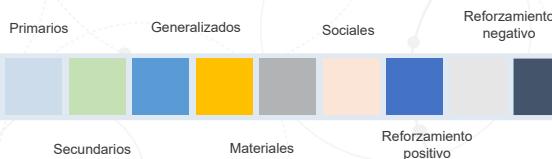




6.2.1. Aumentar conductas

El aumento de conductas se da por medio del reforzamiento que es un procedimiento mediante el cual la aplicación de un estímulo llamado reforzador hace que aumente la probabilidad de que una conducta se repita.

Existen diversos tipos de reforzadores:



6.2.1. Aumentar conductas

- **Primarios o incondicionados:** son aquellos que no requieren de experiencias de aprendizaje para funcionar como reforzadores por ejemplo: comida, bebida, etc.
- **Secundarios o condicionados:** son aquellos que adquieren su capacidad reforzante mediante la asociación con otros reforzadores primarios o secundarios o mediante la asociación con la retirada de estímulos aversivos.
- **Generalizados:** son reforzadores condicionados asociados con diferentes reforzadores primarios y/o secundarios; ejemplos son la aprobación, el afecto, la atención, la sumisión, el dinero y los puntos en una economía de fichas.



6.2.1. Aumentar conductas

- **Materiales:** como alimentos, bebidas, libros, discos, juguetes. Los reforzadores generalizados tales como el dinero, los puntos o las fichas, los cuales pueden canjearse por una variedad de reforzadores de otro tipo.
- **Sociales:** incluyen la atención y los elogios o aprobación. Los reforzadores sociales son fáciles de administrar, son menos susceptibles a la saciedad que los reforzadores materiales no generalizados, no distraen de las conductas a emitir y son parte del medio natural.



6.2.1. Aumentar conductas

- **Reforzamiento positivo:** tiene lugar cuando una conducta va seguida de una recompensa o cualquier otro evento positivo (reforzador positivo) aumentando la probabilidad de que se repita.
- **Reforzamiento negativo:** se da cuando una conducta va seguida de la terminación de la incomodidad o de la eliminación de un evento desagradable (refuerzo negativo), hace que se incremente la respuesta, al igual que el reforzador positivo.

Los reforzadores más comunes son: desaprobación, crítica social, sentimientos de decepción por parte de otro, realización de tareas poco preferidas (determinadas tareas domésticas), olores desagradables y ruidos fuertes (Bados y García, 2011).

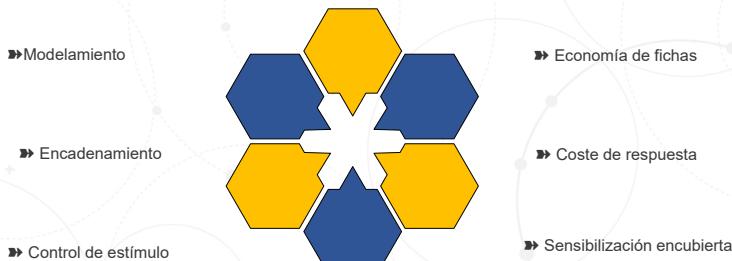
6.2.2. Disminuir las conductas

Para la reducción de la conducta se pueden proponer dos métodos o procedimientos:

- **Castigo:** es cuando a una conducta le siguen consecuencias negativas, desagradables o no deseadas o cuando se retira una recompensa para eliminar la conducta no deseada.
- **Extinción:** consiste en suprimir el reforzamiento de una conducta previamente reforzada, es decir establecer las condiciones para que la persona no reciba reforzamiento tras la emisión de las conductas desadaptadas.

6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

Para llevar a cabo los procedimientos para aumentar o disminuir las conductas Labrador, Cruzado y Muñoz (1997) han propuesto distintas técnicas las mismas que se mencionan a continuación:





6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

► MOLDEAMIENTO

Es una técnica que permite que las conductas más complejas se aprendan con relativa rapidez por medio de la observación (Compas y Gotlib, 2003).

- ✓ Procedimiento en el que se refuerza las aproximaciones sucesivas a una conducta meta.
- ✓ Para que el reforzamiento tenga lugar es necesario que exista una conducta previa.
- ✓ Los reforzadores son objetos o eventos que incrementen la probabilidad de la conducta que lo procede (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1997).



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

► MOLDEAMIENTO

□ Objetivos

- ✓ Aprender nuevas conductas.
- ✓ Promover e inhibir la realización de conductas en función de las consecuencias para el modelo.
- ✓ Incitar conductas.



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

► MOLDEAMIENTO

□ Pasos para su aplicación

1. Especificar claramente la conducta final que se quiere conseguir previo al análisis de las necesidades de la misma e informar a la persona.
2. Seleccionar los reforzadores que se van a emplear.
3. Especificar una conducta que ocurra con la suficiente frecuencia como para ser reforzada y que constituya una cierta aproximación a la conducta final.
4. Programar las aproximaciones sucesivas a través de las cuales se pretende alcanzar la conducta final.
5. Combinar el moldeamiento con las instrucciones, el modelado, la guía física y/o la inducción situacional para facilitar la ocurrencia de las aproximaciones necesarias.



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

► MOLDEAMIENTO

□ Pasos para su aplicación

6. Reforzar inmediatamente cada ocurrencia de la conducta seleccionada como punto de partida y no reforzar las conductas que sean incompatibles con la conducta final.
7. Una vez establecido un paso, dejar de reforzarlo y pasar a reforzar la siguiente aproximación, la cual debe estar claramente especificada. Proceder por pequeños pasos (pero no innecesariamente pequeños), ya que si de aproximación a aproximación el incremento de los requisitos es muy grande, caso contrario el progreso se detendrá (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1997).



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» ENCADENAMIENTO

Consiste en formar una conducta compuesta a partir de otras más sencillas que ya figuran en el repertorio del individuo, mediante el reforzamiento de sus combinaciones, es decir consiste en elaborar una cadena de conductas o pasos que se refuerzan y son necesarios que permanezcan para conseguir la conducta meta.

Por ejemplo: esta técnica se puede aplicar para desarrollar en la persona el hábito de cepillarse los dientes. Esta es una conducta compleja formada por otras que deben ser asimiladas en el repertorio conductual. El encadenamiento de este hábito sería: coger el tubo de pasta de dientes y abrirlo, luego coger el cepillo de dientes, etc. (Andrés, 2010).



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» ENCADENAMIENTO

□ Pasos para su aplicación

1. Analizar la conducta que se desea conseguir en orden e identificar las conductas componente.
2. Evaluar los repertorios conductuales del individuo para conocer si existe alguna conducta que esté inmersa en el procesos de formación de la conducta compleja.
3. Selección adecuada de reforzadores.
4. Dividir la conducta en pasos sucesivos.
5. Modelado del paso o paso que el sujeto no tenga en el repertorio.
6. Aprendizaje de cada paso y refuerzo sistemático positivo de la conducta terminal.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» ENCADENAMIENTO

□ Posibles problemas en la aplicación de los pasos

- Selección incompleta o errónea de los reforzadores.
- La conducta final se ha dividido en pocos pasos.
- El sujeto no presta atención.



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» ENCADENAMIENTO

□ Estrategias de solución para los problemas anteriores

- Antes de aplicar la técnica se recogen todos los posibles reforzadores: entrevista a padres, educadores, etc. Se aplica a cada uno de ellos valorando los profesionales el orden de preferencia manifestado por el sujeto al recibirllos.
- Se divide la conducta final en pasos de manera que entre un paso y el anterior la variación sea mínima.
- Se comienza con el reforzador de mayor fuerza. Se empieza aplicando modelado. De esta manera, el sujeto ve la secuencia: conducta-reforzador (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1997).



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» CONTROL DE ESTÍMULO

Se trata de eliminar o planificar aquellos estímulos que estén provocando o impidiendo la ejecución de una conducta determinada la cual pretende suprimir o implantar, respectivamente en el repertorio del sujeto (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1997).

Por ejemplo, el consumo de tabaco puede hallarse bajo el control de muchos estímulos, como por ejemplo levantarse en la mañana, beber café, hablar con amigos, estudiar y estar solo. Es decir, el consumo se manifiesta en varias situaciones porque se ha asociado de manera repetitiva con éstas (Kazdin, 2009).



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» CONTROL DE ESTÍMULO

□ Pasos para su aplicación

1. Se recogen, mediante registros, los estímulos que provocan la conducta a eliminar o, por el contrario, aquellos estímulos que impiden la realización de la conducta a implantar.
2. Se seleccionan aquellos estímulos que se pueden manipular de acuerdo al objetivo terapéutico.
3. Se enseñan al sujeto estrategias que le ayuden a un control interno. Estas estrategias dependen del motivo de la falta de autocontrol y pueden ser fundamentalmente: detención del pensamiento.



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» CONTROL DE ESTÍMULO

Pasos para su aplicación

4. Se introducen estímulos que contrarresten aquellos que presentan dificultades para eliminarlos del ambiente en el que se mueve el sujeto.
5. Se dan las instrucciones por escrito; se ejemplifican; se le pide al sujeto que repita las instrucciones que le ha dado el terapeuta y que ponga ejemplos.



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» ECONOMÍA DE FICHAS

- ✓ Es un sistema de reforzamiento en la cual se ganan fichas por el desarrollo de una variedad de conductas, que son deseadas ya que son las que se quiere conseguir.
- ✓ Las fichas son puntos que se entregan al individuo por cada regla que se cumpla según lo indicado.
- ✓ Las fichas pueden ser finalmente canjeadas por una variedad que pueden ser materiales o acciones que resulten motivadoras para el niño (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1997).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» ECONOMÍA DE FICHAS

Objetivo

- ✓ El objetivo que se plantea el sistema es aumentar la probabilidad de que se desarrolle una respuesta que anteriormente tenía baja frecuencia.



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» ECONOMÍA DE FICHAS

Aplicación

Fase de implantación

- ✓ Es la etapa en donde se seleccionan los reforzadores, que serán canjeados por fichas obtenidas.
- ✓ Se deben identificar las conductas que deben ser reforzadas.
- ✓ Se debe elegir el tipo de fichas que se van a utilizar: fichas, puntos, estrellas, pegatinas, etc.
- ✓ Se van a determinar las condiciones del canje.
- ✓ Se elabora un registro en donde conste el número de fichas ganadas, canjeadas, extraviadas y ahorradas.



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» ECONOMÍA DE FICHAS

Aplicación

-Fase de desvanecimiento

Tras la implantación del sistema de fichas es necesario que se de la retirada gradual de reforzadores. Se pueden utilizar algunas estrategias:

- ✓ Aumentar el tiempo de entrega de fichas.
- ✓ Incrementar el criterio para obtención de fichas.
- ✓ Reducir el número de fichas ganadas por la ejecución de conductas.
- ✓ Aumentar el número de fichas necesario para ganar el reforzador.



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» COSTE DE RESPUESTA

Consiste en la retirada de algún reforzador positivo condicionado (fichas, puntos, dinero, actividades, etc.) de manera contingente a la emisión de una conducta que se pretende eliminar. Se utiliza conjuntamente con el reforzamiento positivo de conductas incompatibles con la anterior o de la conducta deseada. Con frecuencia se incluye en la práctica de la economía de fichas concediendo fichas por la emisión de la conducta adecuada y se retiran por la realización de la conducta inadecuada.

En el coste de respuesta encubierto, tanto la conducta que se pretende eliminar como la retirada del reforzador tienen lugar en imaginación (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1997).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» COSTE DE RESPUESTA

Desarrollo de la técnica

- ✓ Seleccionar los reforzadores positivos que se van a retirar, para ello se puede elaborar un listado amplio en el que se incluyan reforzadores de distinto tipo (objetos, actividades, dinero, etc.) y ordenarlos por orden de preferencia y/o importancia para el sujeto.
- ✓ Definir operativamente qué conducta/s se pretende/n eliminar y cuáles se desean implantar en su lugar.
- ✓ Establecer el valor o coste que tendrá la emisión de la conducta a eliminar. Los objetivos que el sujeto ha de cumplir deben ser accesibles y, siempre, menos costosa su consecución que la de aquello que puede perder.



6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» COSTE DE RESPUESTA

Desarrollo de la técnica

- ✓ Explicar al sujeto, siempre que sea posible, en qué va a consistir la técnica, dejando claro el coste de las conductas inadecuadas.
- ✓ En el momento en que el sujeto realiza la conducta que se pretende eliminar, retirar el reforzador positivo de forma consistente y contingente a la emisión de la misma.
- ✓ Anticipar e impedir la posibilidad de que el sujeto pueda reemplazar fácilmente la pérdida del reforzador.

6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» COSTE DE RESPUESTA

□ Desarrollo de la técnica

- ✓ Disminuir progresivamente la retirada de reforzadores conforme las conductas deseables vayan aumentando en frecuencia. En la aplicación del coste de respuesta encubierto se siguen los mismos pasos que en la sensibilización encubierta pero, en este caso, en las escenas elaboradas el sujeto imagina la retirada de un reforzador positivo contingente a la emisión de la conducta que se pretende eliminar.

6.2.3. Técnicas para aumentar o disminuir las conductas

» SENSIBILIZACIÓN ENCUBIERTA

Es la técnica de condicionamiento más antigua y más conocida y mejor investigada por Joseph R. Cautela (Castanedo, 2008). Consiste en eliminar conductas indeseables asociando la conducta habitual con algún estímulo imaginario muy desagradable.



6.3. Técnicas Dirigidas a la Reducción de Ansiedad

Existen varias técnicas que permiten reducir o prevenir la activación fisiológica y la activación cognitiva, entre ellas encontramos las siguientes:

» Entrenamiento en respiración controlada

» Entrenamiento en relajación

» Desensibilización sistemática

» Exposición

» Inundación



6.3.1. Entrenamiento en respiración controlada

Es la práctica detallada y guiada para desarrollar una correcta respiración como medio para disminuir la ansiedad.

- ✓ Es importante insistir en el valor de una respiración correcta para mayor oxigenación.
- ✓ Una respiración adecuada facilita un mejoramiento y por ende una mejoría en el funcionamiento de los tejidos.
- ✓ Por el contrario una respiración inadecuada provoca un mal funcionamiento de los tejidos.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.3.1. Entrenamiento en respiración controlada

❑ Procedimiento básico

- ✓ **Ejercicio 1.** Conseguir que la persona dirija el aire inspirado a sus pulmones.
- ✓ **Ejercicio 2.** Que la persona sea capaz de dirigir el aire a la parte inferior y media de sus pulmones.
- ✓ **Ejercicio 3.** Que la persona sea capaz de llevar a cabo una inspiración completa colocando en la posición inicial esto indica que la persona dirige su aire al vientre luego a la del estomago y luego al pecho.
- ✓ **Ejercicio 4.** Que la persona sea capaz de hacer mas completa la respiración y regular la expiración.



6.3.1. Entrenamiento en respiración controlada

❑ Procedimiento básico

- ✓ **Ejercicio 5.** Que la persona establezca una adecuada alternancia respiratoria es similar al 4to ejercicio de inspiración y expiración completa.
- ✓ **Ejercicio 6.** Objetivo principal generalizar la respiración completa a las condiciones habituales de la persona.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.3.2. Entrenamiento en relajación

También conocido como entrenamiento autógeno, hace referencia a un entrenamiento en relajación, cuyo objetivo es que el propio sujeto sea el que se genere.

Al igual que la hipnosis lo que se busca es inducir mediante determinados ejercicios una "desconexión" general del organismo que suponga un determinado cambio de actitud y en general la forma de afrontar el medio.



6.3.2. Entrenamiento en relajación

❑ Modo de proceder

Se trata de generar sensaciones corporales típicas:

- ✓ Pesadez en los miembros del cuerpo (inferiores y superiores).
- ✓ Sensación difusa de calor.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.3.2. Entrenamiento en relajación

□ Modo de proceder

▪ Ciclo inferior

- ✓ **Ejercicio 1.** El sujeto debe repetirse el brazo derecho me pesa mucho alternando cada palabra con la anterior. el ejercicio facilita la relajación muscular.
- ✓ **Ejercicio 2.** Calor. repetir el brazo derecho esta caliente. este ejercicio facilita la relajación vascular.
- ✓ **Ejercicio 3.** Regulación cardiaca. apoyar la mano sobre el corazón y repetir el corazón me late bien. ayudara a que el corazón tenga esa tranquilidad necesaria.



6.3.2. Entrenamiento en relajación

□ Modo de proceder

▪ Ciclo inferior

- ✓ **Ejercicio 4.** Regulación respiratoria. la tranquilización de la respiración debe de resultar como consecuencia de la sintonización de reposo.
- ✓ **Ejercicio 5.** Regulación de los órganos abdominales. concentrarse en el nudo más importante el plexo solar.
- ✓ **Ejercicio 6.** Regulación de la región cefálica. el objetivo es que no produzca una relajación vascular excesiva en la cabeza

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.3.2. Entrenamiento en relajación

□ Modo de proceder

▪ Ciclo inferior

Consta de los siguientes ejercicios:

- ✓ Dirigir los globos oculares al centro de la frente para conseguir concentración.
- ✓ Hacer surgir en la imaginación un color.
- ✓ Hacer aparecer en la imaginación objetos específicos.
- ✓ Contemplar representaciones abstractas (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1997).



6.3.3. Desensibilización sistemática

- ✓ Técnica dirigida a reducir las respuesta de ansiedad y eliminar conductas motoras de evitación.
- ✓ El punto de partida es la consideración de que la aparición de determinadas situaciones, estímulos o personas genera de forma automática respuestas de ansiedad en un sujeto.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.3.3. Desensibilización sistemática

□ Conceptos básicos

- ✓ **Respuestas incompatibles:** Dos conductas no se pueden dar a la vez cuando una imposibilite que se lleve a cabo la otra.
- ✓ **Jerarquía de estímulos:** Se debe elaborar una lista de estímulos que generen ansiedad yendo desde las de menos nivel de ansiedad hasta las que conllevan grandes niveles.



6.3.3. Desensibilización sistemática

□ Conceptos básicos

- ✓ **Contra-condicionamiento:** Si se quiere asociar a una situación que antes provocaba una respuesta de ansiedad una respuesta alternativa incompatible con ella (relajación), será de realizarlo con el estímulo que genere el menor nivel de ansiedad posible en un inicio.
- ✓ **Generalización:** Cuando se asocia una respuesta a una determinada situación, esta asociación se extenderá o generalizará con otras respuestas similares.



6.3.3. Desensibilización sistemática

Procedimiento

1. Se debe entrenar al individuo en técnicas de relajación previamente mencionadas.
2. Se realiza la jerarquía con todos los estímulos que generan ansiedad iniciando desde el que genere menos ansiedad hasta el que alcance un gran nivel, los niveles de ansiedad se miden por USAs (unidades subjetivas de ansiedad).
3. Se le entrena en la imaginación de cada estímulo propuesto en la jerarquía.
4. Una vez que se ha realizado el entrenamiento en la técnica elegida y se ha elaborado la jerarquía y se cuenta con una capacidad imaginativa adecuada, se comenzará con las sesiones de desensibilización sistemática.
5. Antes se acordará con el paciente una señal (habitualmente con los dedos) de que está relajado y/o está ansioso ante un estímulo determinado.



6.3.3. Desensibilización sistemática

Procedimiento

6. Con el paciente reclinado en un sillón y desarrollando la respuesta de relajación, cuando alcance un nivel óptimo (cuando lo señale) se le indicara que imagine con todo detalle el primer estímulo de la jerarquía, si durante la exposición el paciente indicase mas de 25 USAs (ansiedad importante), se indicaría que dejase el estímulo y volviese a la relajación, en caso de no producirse ansiedad se mantendrá en la mente unos 15 o 20 segundos.





6.3.3. Desensibilización sistemática

Procedimiento

7. Después de los cuales se volverá a la relajación durante 40 o 50 segundos y se volvería sobre el mismo ítem con las mismas pautas, hasta tres veces, aumentando el tiempo de exposición de 15-20 a 25-30 y 35-50 segundos, si se da una ansiedad mayor a 25 USAs se volvería al tiempo inicial.
8. Es importante mantener un tiempo no inferior a 40 segundos entre las exposiciones, así la presentación de un ítem tres veces con ansiedad < 25 USAs es indicativo de pasar al siguiente, teniendo en cuenta que en una sola sesión se debería trabajar sobre 3 o 4 ítems.



6.3.3. Desensibilización sistemática

Procedimiento

9. Cuando un ítem da muchos problemas, el terapeuta puede tratar de introducir un ítem intermedio, si estos problemas persisten en varios ítems, habrá que reconsiderar la jerarquía. Hay que recordar que la presentación del ítem debe solicitar una ansiedad manejable, así si el nivel es ligeramente inmanejable se deberá retroceder a un ítem anterior.



6.3.4. Exposición

- ✓ Consiste en exponer al individuo a situaciones que generan ansiedad de forma gradual (Guillamón, s.f.).
- ✓ Por ejemplo, una persona con temores cardiacos se le prescribe que realizará ejercicios aeróbicos.



6.3.5. Inundación

- ✓ Consiste en la exposición prolongada a estímulos (objetos, situaciones, individuos, etc.) altamente ansiógenos para el sujeto, los cuales pueden ser evocadores de conductas de evitación, impidiendo que se produzca la huida.
- ✓ Es importante que los ensayos sean repetidos y de larga duración.
- ✓ El objetivo de la técnica es la reducción o eliminación de las respuestas fisiológicas de ansiedad no adaptativas o de las conductas de evitación, en su caso, cuando éstas se encuentran asociadas funcionalmente a estímulos o situaciones específicas (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1997).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



UTPL
La Universidad Católica de Loja

UNIDAD 6: RECURSOS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN PRIMARIA

PARTE 2

soy+ utpl



UTPL
La Universidad Católica de Loja

6.4. Técnicas Dirigidas al Entrenamiento en Solución de Problemas

Son técnicas que tienen como objetivo ayudar a que el individuo pueda afrontar y dar solución a los problemas para que desarrollen una adecuada competencia social para ello se debe llevar a cabo cuatro fases de entrenamiento:

- ✓ Orientación general hacia el problema
- ✓ Definición y formulación del problema
- ✓ Generación de soluciones y alternativas
- ✓ Toma de decisiones

soy+ utpl

Índice

Primer
bimestre

Segundo
bimestre

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Recursos



6.4. Técnicas Dirigidas al Entrenamiento en Solución de Problemas

Objetivo

- ✓ La meta de la SP y de la modificación de la conducta es la misma , es decir producir consecuencias positivas, refuerzos positivos y disminuir las consecuencias negativas.



6.4. Técnicas Dirigidas al Entrenamiento en Solución de Problemas

Idea en la que se fundamenta el entrenamiento

- ✓ La asunción es que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas y que en cada uno de ellos existen diferencias en esta habilidad.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



Fases de entrenamiento

1. Orientación general hacia el problema

Las variables de más importancia en esta fase es la percepción que implica el reconocimiento y etiquetación del mismo, hay que tratar de ver al problema dentro de la situación en la que se produce y no centrarse sobre el problema en lo abstracto, así como también la atribución del problema que se refiere a las atribuciones causales que se tiene respecto a los problemas, esta depende del individuo puede ser positiva o negativa siendo la primera la que permite el ajuste del individuo ya que considera que los problemas no solo dependen del individuo sino también de un contexto.



Fases de entrenamiento

3. Generación de solución de alternativas

El propósito es tener tantas soluciones alternativas como sea posible. Se las debe formular siguiendo los siguientes principios:

- ✓ El principio de la cantidad sugiere que mientras más alternativas haya más soluciones se puede hallar.
- ✓ El principio del aplazamiento del juicio se refiere generará mejores soluciones y las analizará en ese momento.
- ✓ El principio de la variedad mientras más sea el rango de ideas mejores soluciones llegarán.



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



Fases de entrenamiento

4. Toma de decisiones

El objetivo es escoger la mejor solución al problema para poder resolverlo. En esta fase del proceso se utilizan varios procedimientos para facilitar el conocimiento de estructuras de solución que lleven a soluciones alternativas.



Fases de entrenamiento

5. Ejecución y verificación de la solución

- ✓ La alternativa debe ser puesta en marcha lo antes posible.
- ✓ Es necesario tener en cuenta que otros factores pueden dificultar la ejecución de la alternativa (déficit de habilidades sociales), por ello, es importante trabajar esos aspectos antes que la realice.
- ✓ Se verifica la efectividad de la alternativa/solución.
- ✓ Si la solución ha sido satisfactoria, se refuerza "bien hecho".



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.5. Técnicas Cognitivas

Son técnicas encaminadas al cambio de pensamientos para aumentar el bienestar del individuo a través del cambio de conductas, ya que se mantienen el hecho de que son las cogniciones las generadoras de comportamientos positivos o negativos.



6.5.1. Reestructuración cognitiva

Se basa en la identificación y confrontación de los pensamientos negativos e irrationales que nos asaltan ante determinadas circunstancias y que generan estados disfuncionales en los individuos.



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.5.1. Reestructuración cognitiva

Procedimiento

1. **Psicoeducación:** Se psicoeduca al individuo sobre el modelo cognitivo que sustenta el procedimiento, usando ejemplos de la vida diaria.
2. **Aumentar la conciencia sobre los pensamientos:** En este momento se aprende a identificar las propias distorsiones, en base a la explicación del modelo.
3. **Registro de pensamientos:** Donde se registra experiencias, pensamientos, emociones y conductas que las acompañan. Esto ayuda a que el individuo sea consciente de las distorsiones cognitivas.



6.5.1. Reestructuración cognitiva

Procedimiento

4. **Procedimientos de modificación**

-**Cuestionamiento socrático:** en el que se hace un análisis de los pensamientos realizando una serie de preguntas para ver cuán racionales son.



6.6. Paquetes de Técnicas Dirigidas a La Autorregulación de la Conducta y al Afrontamiento del Estrés

Son técnicas que permiten reducir la tensión causada por las situaciones estresantes. Entre ellas encontramos las siguientes:

Programa de autocontrol

•Entrenamiento en habilidades sociales



6.6.1. Programa de autocontrol /autorregulación (self-monitoring)

Conjunto de técnicas que están encaminadas a la disminución de conductas inadecuadas, en donde se da relevancia a la participación activa del paciente para el cambio propuesto, sin ningún tipo de instigación exterior, física o social.

Las estrategias de autocontrol tratan de poner en marcha conductas que alteren la frecuencia de ocurrencia de otras, en unos casos disminuyéndolas y en otros aumentándolas.



6.6.1. Programa de autocontrol /autorregulación (self-monitoring)

TÉCNICAS DE AUTOCONTROL

Técnicas de control estimular

Se planifica el contexto estimular en el que tiene lugar la respuesta controlada de tal manera que su probabilidad sea alterada.

En este caso la intervención se realiza antes de que la conducta tenga lugar, manipulando los estímulos que la controlan.

Técnicas de programación conductual

La intervención se da a posteriori manipulándolas consecuencias de la respuesta una vez que ha tenido lugar.



6.6.1. Programa de autocontrol /autorregulación (self-monitoring)

» Técnicas de control estimular

- ✓ **Restricción física:** encaminada a prevenir una respuesta (ponerse guantes para no morderse las uñas).
- ✓ **Eliminación de estímulos:** se trata de hacer desaparecer estímulos discriminativos elicitorias de conductas conflictivas.



6.6.1. Programa de autocontrol /autorregulación (self-monitoring)

» **Técnicas de control estimular**

- ✓ **Cambiar los estímulos discriminativos:** tiene como objetivo lograr que las conductas objetos de control queden solamente bajo la influencia de determinados estímulos.
- ✓ **Cambiar el medio social:** introducir alguna persona en el contexto para su presencia impida la realización de la respuesta.

Estas técnicas por si no producen cambios estables y duraderos sino que se lo debe entrenar en estrategias alternativas.



6.6.1. Programa de autocontrol /autorregulación (self-monitoring)

» **Técnicas de control estimular**

- ✓ **Autorreforzamiento:** es el propio individuo quien aplica exclusiva y contingentemente , las consecuencias reforzantes a una conducta, se espera en esta técnica que el sujeto emita la conducta libremente sin ser obligado por agentes externos y que la entrega del refuerzo sea autoadministrada.
- ✓ **Autocastigo:** autoadministración de consecuencias aversivas contingentemente a la realización de conductas que se va a eliminar.

6.6.1. Programa de autocontrol /autorregulación
(self-monitoring)

» Técnicas de control estimular

- ✓ **Métodos encubiertos:** utiliza la imaginación para la representación de estímulos, respuestas y consecuencias tanto reforzantes como aversivas.



6.6.2. Entrenamiento en habilidades sociales

Son procedimientos orientados a la adquisición de habilidades sociales que son un conjunto de conductas emitidas para expresar los sentimientos, actitudes, opiniones o derechos de modo adecuado a la situación, lo que evitara problemas inmediatos de la situación (Caballo, 2007). Dentro de estas se puede mencionar algunas como la toma de decisiones, el control de emociones, la autoestima, el asertividad, etc.

Se fundamentan en los principios de aprendizaje en los que juegan un papel fundamental la interacción entre factores intrínsecos del individuo y los factores ambientales (Labrador, Cruzado y Muñoz, 1997).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.6.2. Entrenamiento en habilidades sociales

Preparación

Se pone en contacto a los sujetos con el procedimiento a seguir, preparándolo para su participación, lo que requiere una entrevista en la que el individuo:

- ✓ Comprenda los principios básicos de la HS, así como cada una de las técnicas y procedimientos a elaborar.
- ✓ Debe manifestar su acuerdo en participar y su deseo de desarrollar dichas habilidades.
- ✓ Debe participar activamente en todo el proceso.



6.6.2. Entrenamiento en habilidades sociales

Desarrollo

- ✓ **Ensayo conductual:** o role playing “representación de papeles”, con esta técnica se trata practicar y ensayar las conductas apropiadas.
- ✓ **Retroalimentación:** consiste en proporcionar información al sujeto en relación a las conductas objetivo exhibidos en el ensayo conductual previo, con el fin de moldear dichas conductas.
- ✓ **Refuerzo:** el objetivo de esta técnica es contribuir al moldeamiento de las mismas.
- ✓ **Estrategia de generalización**

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7. Técnicas Grupales

Las técnicas de grupo son un conjunto de medios, instrumentos y procedimientos que, aplicados al trabajo en grupo sirven para desarrollar su eficacia, hacer realidad sus potencialidades, estimular la acción y el funcionamiento del grupo para alcanzar sus propios objetivos (Mata, 1992).

La mayoría de las técnicas de dinámica de grupos requieren de una persona que "conduzca" la situación y el proceso grupal. En algunos contextos, esta persona tiene que fomentar la colaboración en todo momento y tiene que guiar el proceso de aprendizaje grupal que se pone en juego.



6.7. Técnicas Grupales

De esta manera, la persona que dinamiza el grupo no juzga, no impone y no alecciona, sino que acompaña las personas del grupo en el viaje de descubrirse a sí mismas en situación grupal y en la producción de los diferentes procesos grupales y sociales.



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7. Técnicas Grupales

El aprendizaje de lo que es un grupo y de los diferentes procesos que se manifiestan se podría resumir en cuatro fases (en función de la técnica grupal que se utilice):

1. **La experiencia concreta:** las técnicas en dinámica de grupos permiten vivir experiencias concretas nuevas.
2. **Las observaciones reflexivas:** observar las experiencias grupales desde muchos puntos de vista, reflexionar sobre ellas y sobre los procesos, seleccionar casos, situaciones, ejemplos y añadir los contextos sociales y personales.
3. **Generalización:** extraer conclusiones para adoptar nuevas visiones sobre las realidades sociales y personales.
4. **Experimentación activa:** actuar según estas nuevas experiencias.



6.7. Técnicas Grupales

Las técnicas grupales se usan para:

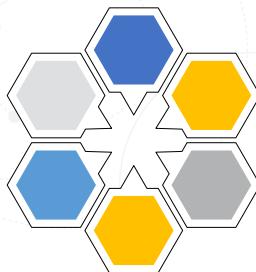
- ✓ Dar seriedad a la situación grupal y profundizar en la misma hacer mención de la estructura del grupo,
- ✓ Afrontar el estancamiento en la dinámica grupal.
- ✓ Gestionar conflicto.
- ✓ Desarrollar la vida grupal.
- ✓ Fomentar las competencias personales y grupales.



6.7. Técnicas Grupales

A continuación se describen las principales técnicas grupales:

- Phillips 66
- Discusión en panel
- Simposio
- Seminario
- Juegos y simulaciones
- Método del caso
- Juego del rol
- Lluvia de ideas
- Técnica del grupo nominal



6.7.1. Phillips 66

El autor de esta técnica fue Donald Phillips, y se caracteriza porque seis personas se reúnen para discutir un tema durante 6 minutos, con la finalidad de analizar un problema a partir de una serie de preguntas. Es apropiada para grupos grandes de más de veinte personas (Quesada, 2009).





6.7.1. Phillips 66

 Objetivos

- ✓ Dividir un grupo en subgrupos
- ✓ Favorecer la participación activa de todos los participantes
- ✓ Recabar las opiniones de todos los que integran el grupo en un tiempo mínimo
- ✓ Fomentar la toma de decisiones a través de un gran número de puntos de vista (Quesada, 2009).



6.7.1. Phillips 66

 Procedimiento

- ✓ El facilitador formula el tema y explica a los participantes cómo han de formar los grupos de seis.
- ✓ Mediante numeración simple se divide al grupo mayor en subgrupos de seis integrantes.
- ✓ Cada subgrupo asigna un coordinador y un secretario.
- ✓ Los subgrupos discuten durante seis minutos el tema planteado obteniendo conclusiones respecto al mismo. El coordinador controla el tiempo, mientras que el secretario toma nota de las conclusiones.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7.1. Phillips 66

Procedimiento

- ✓ Una vez finalizada el debate en cada subgrupo, el representante ponen en conocimiento al grupo mayor las conclusiones que llegaron.
- ✓ El facilitador las anotará en una pizarra, de forma que sea posible extraer las conclusiones generales pertinentes (Quesada, 2009, Ministerio de Salud, 2019).



6.7.2. Discusión en panel

Es un método de discusión en el cual un pequeño grupo de personas discuten frente a una audiencia que generalmente participa después mediante preguntas (Nieto, Quiñones, Moreno, Morcillo, Palomares y Zorrilla, 2006).



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7.2. Discusión en panel

Objetivo

- ✓ Ofrecer a la audiencia una visión más amplia del tema a tratar (Nieto, Quiñones, Moreno, Morcillo, Palomares y Zorrilla, 2006)
- ✓ Dar a conocer ante un auditorio diferentes orientaciones sobre un tema.



6.7.3. Simposio

Se denomina simposio a un equipo de charlas, discursos o exposiciones verbales presentados por varias personas sobre las diversas fases de un solo tema. Es decir, se reúne a un grupo de personas expertas sobre un tema, las cuales exponen en el auditorio sus ideas o conocimientos de forma sucesiva, integrando de forma más completa la cuestión de la que se tratando (Vivas, 2010).



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7.3. Simposio

Pautas

- ✓ El simposio está conformado por un moderador y tres o seis expositores/as, quienes desarrollarán el tema.
- ✓ El manejo del tiempo y el desarrollo del tema son controlados por el moderador.
- ✓ Cada exponente tiene unos 20 minutos para hablar (Ramírez, 2007).



6.7.3. Simposio

Procedimiento

- ✓ Elegido el tema, se debe seleccionar los expositores más apropiados (entre tres y cinco). Entre los expertos no deben haber posturas idénticas para evitar la reiteración de información.
- ✓ Es aconsejable reunirse con los expositores para coordinar ideas, establecer la secuencia lógica de su intervención y estimar el tiempo, ya sea por medio de mensajes electrónicos (medios online) o unos minutos antes de iniciar con el simposio.
- ✓ Se debe tener un protocolo e información para presentar a los expositores invitados (Ortega, 2016).



6.7.3. Simposio

Desarrollo

- ✓ El facilitador inicia el simposio, manifestando el objetivo del encuentro. Define el tema a desarrollar, explica el procedimiento y presenta a cada experto invitado.
- ✓ Cada expositor hablará desde supuesto o en caso de que hubiera un atril, invita a pasar.
- ✓ A medida que se va presentando los expositores, se irá cediendo la palabra.
- ✓ Al finalizar cada intervención del experto invitado, el facilitador hace un breve resumen de los aspectos más relevantes de cada exposición.
- ✓ Los oyentes pueden formular preguntas breves a los expositores (Ortega, 2016).



6.7.4. Seminario

Un seminario es un grupo de aprendizaje activo, dado que los participantes no reciben la información y el conocimiento ya elaborado, sino que indagan por sus propios medios en un clima de colaboración recíproca (Vivas, 2010). Por lo tanto, los integrantes de los grupos deben indagar, consultar, e investigar por su propia cuenta (Ortega, 2016).





6.7.4. Seminario

□ Características

- ✓ Los grupos no son muy numerosos (Ortega, 2016). No menos de 5 personas ni más de 12 componentes (Ortega, 2016; Vivas, 2010).
- ✓ El facilitador es un especialista que desea indagar y profundizar sobre el tema.
- ✓ Los participantes deben tener un interés por el tema y un nivel homogéneo de información (Ortega, 2016).
- ✓ El desarrollo de las competencias, así como los temas y subtemas a trabajarse, se planifican en la primera sesión del grupo (Vivas, 2010).
- ✓ Los resultados o conclusiones son colectivos (Ortega, 2016).
- ✓ El seminario puede trabajarse durante algunos días. Las sesiones duran alrededor de 2 o 3 horas (Vivas, 2010).



6.7.4. Seminario

□ Organización

- ✓ Deben contar con tres elementos: un profesor o experto, un grupo de participantes y un tema sobre el cual investigar.
- ✓ Debe haber un encargado de convocar y reunir al grupo, seleccionar y definir el tema, seleccionar fuentes y elementos de consulta (Ortega, 2016).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7.4. Seminario

□ Desarrollo

- ✓ Todos los participantes deben estar presentes en la primera sesión.
- ✓ El organizador presenta la agenda de actividades, la misma que será discutida y aprobada.
- ✓ Luego se dividirá en subgrupos, cada uno llevará las actividades designadas.
- ✓ Cada subgrupo comprueba que se haya alcanzado en mayor o menor medida el objetivo que se buscaba en la sesión (Ortega 2016; Vivas, 2010).



6.7.4. Seminario

□ Desarrollo

- ✓ Se realiza una evaluación de la sesión realizada, mediante la técnica que el sub-grupo considere más adecuada (plantillas con preguntas, opiniones orales o escritas).
- ✓ El seminario acaba con una reunión plenaria, que debe ser coordinada o moderada por el organizador y donde intervengan los diferentes responsables de cada subgrupo (Ortega 2016; Vivas, 2010).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7.5. Método del caso

Es una técnica que tiene como objetivo acercar una realidad concreta a una serie de personas que se proponen trabajar en un determinado ámbito o que se quieren familiarizar en ese ámbito concreto (Vivas, 2010).



6.7.5. Método del caso

Objetivo

- ✓ Potenciar la capacidad de las personas para encontrar a los problemas una solución experta y adaptada al contexto social.
- ✓ Trabajar desde un problema real.
- ✓ Crear ambientes de aprendizaje donde se facilite la construcción social de conocimiento (Vivas, 2010).



6.7.5. Método del caso

Características

- ✓ El caso a trabajar debe ser real.
- ✓ Tiene que tratarse de una situación problemática que requiere un diagnóstico y una solución.
- ✓ Si el caso es real, debe mantenerse el anonimato (tanto de la persona como de la institución)
- ✓ Si el caso se presenta de forma escrita, no debe ser más de 3 páginas (Vivas, 2010).



6.7.5. Método del caso

Desarrollo

Primera Fase

- ✓ Se entrega por escrito el caso a los participantes.
- ✓ Se lleva a cabo un trabajo de lectura, de reflexión y de responder a las preguntas que plantea el caso de forma individual.
- ✓ En caso que, el grupo sea muy numeroso, se divide en subgrupos para analizar el caso.
- ✓ Se busca la mejor solución al problema planteado (Vivas, 2010).



6.7.5. Método del caso

Desarrollo

Primera Fase

- ✓ Segunda Fase
- ✓ Se discute de forma general en torno a las preguntas que se plantean en el caso.
- ✓ Si se trabaja de manera individual, será cada participante el que exprese cómo ha contestado a cada pregunta sobre el caso (solución).
- ✓ En caso de trabajar en grupos, se elige a un representante por cada grupo para socializar la solución a la que han llegado (Vivas, 2010).



6.7.6. Juego del rol

También conocido como role-playing, es un método creado por J.L. Moreno, quién fue alumno de Freud, además es conocido por los términos del psicodrama y sociodrama. El role playing es una representación escénica en el que la persona adopta un papel específico y trata de comportarse de acuerdo al personaje o papel designado (Servicio Vasco de Salud, 2014).





6.7.6. Juego del rol

Tipos

Existen dos tipos de role playing:

- ✓ **Estructurado:** el profesional o facilitador distribuye los papeles y especifica cuales son las normas para los actores sobre el tema a tratar o representar. Esta técnica permite el análisis profundo de los problemas y de las conductas individuales.
- ✓ **No estructurado:** el profesional puede seleccionar o no los actores, pero no da las normas sobre el contenido y el desarrollo, de tal manera que esta técnica permite descubrir nuevos modelos de acción y espontaneidad (Servicio Vasco de Salud, 2014).



6.7.6. Juego del rol

Principios

Existen algunos puntos que se deben tener en cuenta para realizar la presente técnica:

- ✓ Los actores deben tener tiempo para familiarizarse con los papeles que interpretarán.
- ✓ Asegurarse que los participantes hayan interiorizado sus roles.
- ✓ Bajo ninguna circunstancia, interrumpir el juego de roles. Al menos que una persona no interprete bien su papel.
- ✓ Los observadores del role playing también deben tener instrucciones precisas en relación a lo que han de observar (Vivas, 2010).





6.7.6. Juego del rol

Desarrollo

Para realizar role playing existen tres etapas:

1. Preparación de los roles y del escenario

2. Proceso de actuación

3. Análisis del proceso

(Vivas, 2010)



6.7.6. Juego del rol

Desarrollo

1. Preparación de los roles y del escenario

- ✓ Todos los actores y observadores deben entender la situación que se va a representar y objetivo que se busca.
- ✓ De forma colectiva hay que preparar los juegos de roles (dividir en grupos, unos se encargan de actuar y los demás ayudar a llevar el rol a escena).
- ✓ Hay que dejar un tiempo para que los actores se familiaricen con el papel asignado.
- ✓ Antes de actuar, hay que asegurarse que las personas han comprendido correctamente lo que se espera de ellas
- ✓ Preparar el escenario (decorar con objetos) (Vivas, 2010)





6.7.6. Juego del rol

Desarrollo

2. Proceso de actuación

- ✓ Una vez preparados los actores y el escenario, es momento de poner en marcha los roles.
- ✓ Los actores defiendan su opinión durante el juego, es decir, si debe hacer el papel de profesor deberá actuar como tal.
- ✓ La técnica se basa en la improvisación y en la espontaneidad



6.7.6. Juego del rol

Desarrollo

3. Análisis del proceso

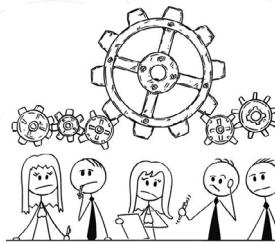
- ✓ Es momento de analizar cómo ha ido la interacción entre los participantes.
- ✓ Los actores pueden expresar y opinar sobre su actuación.
- ✓ Los observadores participarán en críticas constructivas.
- ✓ La situación representada será analizada de forma minuciosa (Vivas, 2010)



6.7.7. Lluvia de ideas

Es una técnica grupal intencionalmente desinhibida, para generar el mayor número posible de ideas creativas (Quesada, 2009). Generar multitud de ideas sobre un tema específico para, posteriormente, determinar qué idea (o conjunto de ideas) presenta una mejor alternativa (Vivas, 2010).

En este mismo sentido, Quesada (2009) afirma esta técnica parte del principio que las personas actúan libremente en un clima relajado e informal, éstas son capaces de expresar sus ideas, propiciando soluciones brillantes a las situaciones que se pretenden mejorar.



6.7.7. Lluvia de ideas

Objetivo

- ✓ Producir el máximo número de ideas para propiciar el descubrimiento de nuevas soluciones a los problemas planteados (Quesada, 2009).
- ✓ Identificar conocimientos, percepciones y prácticas en relación a un tema específico de salud (Ministerio de Salud Pública, 2019).



6.7.7. Lluvia de ideas

□ Principios

- ✓ Se debe realizar en grupos entre 8 y 12 personas y en un ambiente relajado.
- ✓ Para un ambiente relajado no debe haber ruidos, evitar interrupciones, tener una buena iluminación, cuánto más cómoda se sientan los participantes mucho mejor.
- ✓ Una sesión de lluvia de ideas requiere de un facilitador, espacio libre y materiales donde ir anotando las ideas (pizarra, marcadores, etc.).
- ✓ La tarea del facilitador consiste en guiar la técnica, motivar la participación , apuntar las ideas (Vivas, 2010).



6.7.7. Lluvia de ideas

□ Desarrollo

- ✓ La técnica lluvia de ideas se realiza siguiente cuatro fases:



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7.7. Lluvia de ideas

Desarrollo

1. Delimitación del problema

- ✓ Definir el problema
- ✓ Realizar preguntas como: ¿De qué manera podríamos...? o ¿cómo podríamos...?
- ✓ Establecer un tiempo límite, si es un grupo grande se puede utilizar más tiempo
(Vivas, 2010).



6.7.7. Lluvia de ideas

Desarrollo

2. Producción de ideas

- ✓ Los participantes irán produciendo ideas en torno al problema.
- ✓ Todas las ideas son válidas.
- ✓ La creatividad de cada participante se irá incrementando a medida que se vayan expresando las ideas.
- ✓ Se irá tomando nota de las ideas en la pizarra, portafolio, proyector, etc. donde todo el mundo pueda verlas.

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



Desarrollo

3. Análisis de ideas

- ✓ Una vez culminado el tiempo establecido es necesario:
- ✓ Seleccionar las ideas, siguiendo el criterio de quedarse con la mejor y que asegure la resolución del problema.
- ✓ Además, se debe tener en cuenta los criterios de calidad, originalidad, realismo y eficacia (Quesada, 2009; Vivas, 2010).



Desarrollo

4. Resumen y conclusión

Esta fase está relacionada con la anterior, ya que en conjunto los participantes llegan a un consenso o acuerdo en relación con la selección de las ideas que mejor se ajusta al objetivo establecido o la problemática a resolver.



6.7.8. Técnica del grupo nominal

Esta técnica mejora la lluvia de ideas mediante un proceso de votación para calificar las ideas más útiles mediante una tormenta de ideas adicional para definir prioridades (Zandhuis, Snijder y Wuttke, 2014).

En este mismo sentido, Quesada (2009) señala que esta técnica tiene como finalidad tomar decisiones sobre un problema o tema, recabando informaciones e ideas de forma sistemática, que provoque la participación de todos los miembros del grupo.



6.7.8. Técnica del grupo nominal

Objetivo

- ✓ Intercambiar informaciones y tomar decisiones a partir de un alto grado de consenso entre los participantes.
- ✓ Organizar reuniones con buenos resultados, debido que favorece la comunicación para la resolución de problemas (Quesada, 2009).
- ✓ Identificar los distintos elementos de un problema complejo y sus posibles soluciones, para clasificarlas en orden de importancia y prioridad (Xunta de Galicia, 2006).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7.8. Técnica del grupo nominal

Objetivo

Para aplicar la siguiente técnica se debe tomar en cuenta los siguientes pasos:



1. Preparación y presentación



2. Desarrollo



3. Valoración grupal de las ideas



4. Cierre



6.7.8. Técnica del grupo nominal

Desarrollo

1. Preparación y presentación:

- ✓ El grupo se divide en subgrupos entre 10 o 12 personas (Quesada, 2009).
- ✓ El profesional o facilitador expone las reglas.
- ✓ SE describe el problema o temas a tratar.
- ✓ Tras un tiempo de reflexión y siguiendo los turnos, cada participante si así lo desea dirá una sola idea.
- ✓ No se puede interrumpir a otro participante ni expresar ideas hasta que el moderador lo indique (Sarrate y González, 2013).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7.8. Técnica del grupo nominal

Desarrollo

2. Desarrollo

- ✓ Durante unos minutos, no superior a 5 minutos, de forma individual los participantes anotan los datos, ideas y/o sugerencias que tengan sobre el problema.
- ✓ Luego, cada participante expresa una idea de forma ordenada. Mientras que el profesional las anota en una pizarra para que lo puedan ver todos. Sin embargo, los participantes no pueden comunicarse entre sí.
- ✓ Una vez agotadas las rondas y recogidas las ideas, el facilitador pregunta si existe alguna duda sobre ellas y, si este fuera el caso, debe dar las aclaraciones pertinentes (Quesada, 2009; Sarrate y González, 2013).



6.7.8. Técnica del grupo nominal

Desarrollo

3. Valoración grupal de las ideas

- ✓ El profesional enumera las ideas de la pizarra (por orden de formulación)
- ✓ Nuevamente en silencio, los participantes ordenan jerárquicamente las ideas que le parecen más importantes, mediante una puntuación del uno al 10. El facilitador debe aclarar que no se puede dar la misma puntuación a dos ideas.
- ✓ Una vez finalizada la tarea, el facilitador junto con el grupo, cuentan las puntuaciones obtenidas por cada una de las ideas.
- ✓ Se resumen, analizan y discuten los resultados, si es necesario tomar una decisión, se consensua la más votada (Quesada, 2009; Sarrate y González, 2013).

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7.8. Técnica del grupo nominal

Desarrollo

4. Cierre

- ✓ El profesional retroalimenta la actividad y permite a los participantes expresar lo que consideren (Sarrate y González, 2013).



6.7.9. Juegos y simulaciones

► TÉCNICA DE SIMULACIÓN

La técnica de simulación es parecida al role playing pero que presenta una situación no real (Xunta de Galicia, 2006). Así mismo, Ladrón de Guevara (2018) manifiesta que esta técnica permite reflexionar en torno a situaciones ideales, extremas, futuras, pasadas, irreales, imposibles, etc., con lo que el uso de la imaginación y la creatividad es fundamental para el buen funcionamiento de la técnica.



Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos



6.7.9. Juegos y simulaciones

Objetivo

- ✓ Aprender a partir de la acción. Analizar actitudes y comportamientos (Vivas, 2010).
- ✓ Analizar y evaluar un tema o situación (Xunta de Galicia, 2006).



6.7.9. Juegos y simulaciones

► JUEGOS

Por su parte, el juego es uno de los recursos más utilizados para el desarrollo de contenidos y actividades en cualquier programa. Existen muchos tipos de juego como por ejemplo: los juego de presentación, de desinhibición/confianza/conocimiento del grupo, de evaluación y de resolución de conflictos (Ladrón de Guevara, 2018).





6.7.9. Juegos y simulaciones

» Juegos de presentación

Como su nombre lo indica, tienen por objetivo la presentación del grupo, pero a su vez ayudan a romper el hielo inicial y a comunicarse de forma verbal y no verbal, permitiendo iniciar un trabajo de educación para la salud en un grupo de personas que entre ellas no se conocen (Marqués, Molías y Guayta, 2004).



6.7.9. Juegos y simulaciones

» Juegos de presentación

» Juego del bingo

- **Objetivo:** realizar la presentación de las personas que conforman el grupo y conocer algunas características, cualidades o adiciones.
- **Número de personas:** mínimo 10 máximo 20
- **Tiempo:** alrededor de 20 minutos para llenar la hoja y unos 30 minutos para la presentación general.
- **Material:** hoja de papel, previamente preparada con cuadros que describen diversas cualidades, aficiones o características (Marqués, Molías y Guayta, 2004).



6.7.9. Juegos y simulaciones

» Juegos de presentación

⇒ Juego del bingo

- **Desarrollo:** se facilita a cada participante una hoja de papel. El juego consiste en preguntar a cada participante si tienen alguna de aquellas cualidades o aficiones. Solo se puede anotar un nombre en cada casilla. El juego finaliza cuando la primera persona del grupo ha llenado con todos los nombres la hoja y grita ¡bingo!. Cada participante se sienta alrededor de un círculo y dice únicamente su nombre, a lo que el resto (uno por uno) añade en voz alta las cualidades que ha anotado de él en la hoja. El juego finaliza cuando se han presentado todos (Marqués, Molías y Guayta, 2004).



6.7.9. Juegos y simulaciones

» Juegos de presentación

⇒ Juego del bingo

- **Ejemplo de la hoja de bingo:**

Es rubio/rubia Nombre:	Le encanta viajar Nombre:	Le gusta la paella Nombre:
Hace ejercicio regularmente Nombre:	Le gusta la verdura Nombre:	Sigue los informativos a diario Nombre:
Es enfermera Nombre:	Lleva gafas Nombre:	Viste tejanos Nombre:

Fuente: Marqués, Molías y Guayta, 2004

Índice

Primer bimestre

Segundo bimestre

Solucionario

Referencias bibliográficas

Recursos

Bibliografía

Andrés, J. (2012). Atención y apoyo psicosocial domiciliario: Técnicas de rehabilitación psicosocial, apoyo a las gestiones cotidianas y comunicación con el dependiente y su entorno. Ideaspropias editorial.

Asociación Española de Cuidados Paliativos (2008). Guía de prevención de burnout para profesionales de cuidados paliativos. *España: Aran Ediciones SL.*

Castanedo, C. C. (2008). Seis enfoques psicoterapéuticos. Editorial El Manual Moderno.

Compas, B., y Gotlib, I. (2003). Introducción a la psicología clínica. McGrawHill.

Kazdin, A. E. (2009). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. Editorial El Manual Moderno.

Labrador, F., Curzado, J y Muñoz, M.(1997)"Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta". Pirámide.

Ladrón de Guevara, M. (2018). *Técnicas y recursos de animación en actividades de tiempo libre*. Editorial Tutor Formación.

Marqués, F., Molías, F. M., & Guayta, R. (Eds.). (2004). *Métodos y medios en promoción y educación para la salud* (Vol. 22). Editorial UOC.

Ministerio de Salud Pública (2019). Educación y comunicación para la promoción de la salud. Dirección Nacional de Normalización-MSP



Bibliografía

Nieto, A. A., Quiñones, P. J. C., Moreno, N. E., Morcillo, M. D. R. R., Palomares, R. M. T., & Zorrilla, J. C. (2006). Auxiliar de Enfermería Personal Estatutario Servicio de Castilla y León (SACYL). Temario Vol. II. EDITORIAL CEP.

Ortega, O. (2016). Dinámica de grupos: técnicas de organización de eventos. Ecoe Ediciones.

Quesada, R. (2009). Promoción y educación para la salud. Ediciones Díaz de Santos.

Ramírez, A. (2007). Estrategias de aprendizaje y comunicación. U. Cooperativa de Colombia.

Salleras, L. (1990). Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. In *Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones*. Ediciones Díaz de Santos.

Sarrate Capdevila, M., & GONZÁLEZ OLIVARES, Á. L. (2013). Animación e intervención sociocultural. Editorial UNED.

Xunta de Galicia (2006). Psicólogo de la Xunta de Galicia. MAD-Eduforma.

Zandhuis, A., Snijder, P., y Wuttke, T. (2014). *El Compañero de Bolsillo de la Guía del PMBOK®*. Van Haren.



[Ir al contenido](#)