



UTPL
La Universidad Católica de Loja

Modalidad Abierta y a Distancia

Practicum 3: Servicio Comunitario

Guía didáctica



Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Departamento de Psicología

Sección departamental de Intervención Psicológica

Practicum 3: Servicio Comunitario

Guía didáctica

Autor:

Jiménez Gaona Marco Antonio



PSIC_3069

Asesoría virtual
www.utpl.edu.ec

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

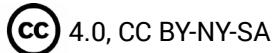
Recursos

Practicum 3: Servicio Comunitario

Guía didáctica

Jiménez Gaona Marco Antonio

Universidad Técnica Particular de Loja



Diagramación y diseño digital:

Ediloja Cía. Ltda.

Telefax: 593-7-2611418.

San Cayetano Alto s/n.

www.ediloja.com.ec

edilojainfo@ediloja.com.ec

Loja-Ecuador

ISBN digital - 978-9942-39-074-5



La versión digital ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite: copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

11 de marzo, 2021

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

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.....	11
3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje	12
Resultado de aprendizaje	12
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje.....	12
Semana 1	13
Unidad 1. Intervención psicosocial basada en la evidencia para problemas psicosociales contemporáneos.....	13
1.1. Aproximaciones teóricas.....	13
1.2. Intervención Psicosocial	17
Unidad 2. Intervención Psicosocial basada en la evidencia para la violencia, maltrato, abuso y negligencia.....	23
2.1. Definiciones.....	23
2.2. Tipos de violencia	25
2.3. Prevalencias	26
2.4. Intervenciones.....	28
Actividad de aprendizaje recomendada	30
Actividad de aprendizaje recomendada	31
Autoevaluación 1	34
Autoevaluación 2	37

Semana 2	40
Unidad 3. Intervención psicosocial basada en la evidencia para movilidad humana.....	40
3.1. Definiciones y clasificación.....	41
3.2. Antecedentes	42
3.3. Intervenciones.....	44
Unidad 4. Intervención Psicosocial basada en la evidencia para consumo de sustancias y multiculturalidad.....	45
4.1. Definiciones.....	46
4.2. Prevalencias	48
4.3. Intervenciones.....	54
Actividad de aprendizaje recomendada	57
Actividad de aprendizaje recomendada	58
Autoevaluación 3	61
Autoevaluación 4	64
Semana 3	68
Unidad 5. Intervención Psicosocial basada en la evidencia para embarazo adolescente	69
5.1. Definiciones.....	69
5.2. Prevalencias	72
5.3. Intervenciones.....	73
Unidad 6. Intervención Psicosocial basada en la evidencia para pobreza y vulnerabilidad social	76
6.1. Definiciones.....	76
6.2. Prevalencias	79
6.3. Intervenciones:.....	82
Actividad de aprendizaje recomendada unidad 5	83
Actividad de aprendizaje recomendada unidad 6	85
Autoevaluación 5	87
Autoevaluación 6	90

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Semana 4	93
Unidad 7. Intervenciones en salud mental (depresión, ansiedad, suicidio).....	93
7.1. Conceptualización de la depresión.....	94
7.2. Ansiedad.....	102
7.3. Suicidio	107
Unidad 8. Intervención psicosocial basada en la evidencia para el duelo	117
8.1. Definiciones.....	117
8.2. Intervenciones:.....	122
Actividad de aprendizaje recomendada unidad 7	124
Actividad de aprendizaje recomendada unidad 8	126
Autoevaluación 7	128
Autoevaluación 8	132
Resultado de aprendizaje 2	135
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje.....	135
Semana 5	136
Unidad 9. Diseño de un programa de intervención.....	136
9.1. Fases en el diseño de un programa de intervención	136
Actividades de aprendizaje recomendadas	137
Semana 6	138
9.2. Evaluación del problema o necesidad sobre la que intervenir.....	138
Actividades de aprendizaje recomendadas	140
Semana 7	140
Actividades de aprendizaje recomendadas	143

Índice

Solucionario

Referencias bibliográficas

Anexos

Recursos

Semana 8	143
9.3. Determinación del programa de intervención	143
Semana 9	144
Semana 10	147
9.4. Selección de los participantes del programa.....	147
Semana 11	149
9.5. Ejecución	149
Semana 12	150
9.6. Evaluación	150
Semana 13	152
9.7. Seguimiento	152
Semana 14	154
9.8. Informe	154
Actividades de aprendizaje recomendadas	155
Semana 15 y 16.....	156
4. Solucionario	157
5. Referencias bibliográficas	170
6. Anexos	189
7. Recursos	218

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

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
- Comportamiento ético
- Organización y planificación del tiempo

1.3. Competencias específicas de la carrera

Ser capaz de elegir la técnica de intervención adecuada, definir los objetivos y elaborar el plan en función del propósito de la misma.

Ser capaz de diagnosticar y diseñar planes preventivos en el ámbito de la salud mental para la construcción de escenarios saludables.

1.4. Problemática que aborda la asignatura

Estimado estudiante, tenga en cuenta que esta asignatura pretende que usted logre desarrollar competencias en intervención primaria y secundaria; visto de otro modo, prevención de la salud mental en sus niveles universal y selectiva (Haggerty y Mrazek, 1994).

Es importante mencionar que la intervención psicológica puede y debe estar enfocada según las necesidades individuales, sociales y comunitarias; preparándolos para trabajar a través del desarrollo de programas de intervención psicosocial. Para ello, es necesario el conocimiento de modelos y técnicas de intervención en los diferentes contextos de actuación del psicólogo, mismos que han venido desarrollando en asignaturas como Técnicas e Instrumentos para la Promoción y Prevención en diferentes Contextos Psicológicos, Psicología Comunitaria, Prácticum 2, que le ha permitido un aprendizaje teórico, sin embargo, debemos pensar en más, es aquí donde pondrán en práctica las competencias, destrezas, habilidades desarrolladas, las cuales estarán encaminadas al abordaje de las problemáticas psicosociales que se presentan en nuestro país y el mundo; esta asignatura pretende ir más allá de la teoría, el objetivo es que logren el acercamiento necesario con los sus posibles escenarios laborables, donde se presentan las diferentes casuísticas del quehacer psicológico, aportando desde su formación a la prevención de problemáticas como violencia, maltrato, abuso; embarazo adolescente, movilidad

humana; vulnerabilidad social; consumo de sustancias; depresión, ansiedad, duelo, temas de suma importancia en nuestra sociedad y comunidad que requieren el accionar conjunto de varios actores, entre ellos usted futuro profesional, quien con su competencia aportará en el diseño de planes preventivos que reduzcan dichas problemáticas y promuevan una mejor calidad de vida y el bienestar de las personas en sus diferentes comunidades. Es así que lo animo a inmiscuirse en esta aventura por demás interesante del Prácticum 3 (Servicio Comunitario), para de este modo aportan de forma práctica con el desarrollo de nuestras diferentes realidades.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos



2. Metodología de aprendizaje

Se llevará a cabo una metodología de aprendizaje teórico, práctico y tecnológico, a través de trabajos colaborativos -autónomos, esto con el uso de plataformas virtuales donde encontrarán actividades síncronas y asíncronas que permitirán la interiorización y compresión de los diferentes temas, así mismo se implementarán estudios de casos en escenarios simulados, lo que permitirá la construcción de aprendizajes a partir del análisis y discusión de experiencias y situaciones de la vida real o artificiales, además se mantendrá un acercamiento y comunicación constante a través de las tutorías virtuales, todo este aprendizaje será replicado en los centros de práctica; todo este bagaje de metodologías le brinda al estudiante la posibilidad de un aprendizaje integral permitiendo plantear soluciones reales y viables de las necesidades a nivel individual, grupal y social donde se desenvuelve el psicólogo desarrollando la capacidad de realizar trabajos de campo encaminados al diagnóstico, promoción, prevención e intervención primaria y secundaria en los campos de actuación.



3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje

Resultado de aprendizaje

- Conoce las bases de la intervención psicosocial y comunitaria
- Integra las teorías psicosociales y de intervención comunitaria

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje

Estimado estudiante, prepárese para dar inicio a esta asignatura, la misma que durante el ciclo académico le permitirá identificar problemáticas psicosociales, diseñar, planificar y ejecutar programas de intervención preventivos; así como modelos y programas de intervención, iniciando por la contextualización del centro de práctica, identificación de necesidades y problemáticas a nivel individual y grupal mediante estudios de casos en su escenario de práctica, que le permitirán abordar e intervenir en las diferentes problemáticas psicosociales y comunitarias.

¡EMPECEMOS!



Semana 1



Unidad 1. Intervención psicosocial basada en la evidencia para problemas psicosociales contemporáneos

1.1. Aproximaciones teóricas

Apreciado estudiante, antes de iniciar con definiciones y conceptualizaciones es importante mencionar que uno de los retos más grandes que tiene el Psicólogo es la identificación, evaluación e intervención de problemáticas psicosociales, no solo por las implicaciones que presentan este tipo de fenómenos, se debe dirigir la mirada a las connotaciones personales, familiares, sociales y culturales que presentan; esto hace que la intervención ya sea específica o generalizada sea compleja. Esta guía no se enfocará en la intervención de casos específicos, aunque en algún momento dentro de sus centros de práctica deberán identificarlos, este material pretende seguir un modelo de promoción y prevención de algunas de estas problemáticas, intentando desde el conocimiento teórico encaminar la parte práctica.

Cada día, en la televisión, en la radio, redes sociales se escucha hablar de los graves problemas actuales de la sociedad como el

hambre, los conflictos, el racismo o violencia, pobreza, migración, etc. Son problemas que angustian y llaman a la acción, sobre todo a usted estimado estudiante, como futuro profesional de la psicología, quien está llamado a actuar, a sumar esfuerzos que modifiquen conductas, generar nuevos aprendizajes, que busquen mejorar la calidad de vida de un individuo, de en barrio, comunidad, cuidad, lugar de residencia y porque no de nuestro país.

Es así que lo invito a recorrer las diversas problemáticas psicosociales que actualmente son las más comunes en el mundo en que se vive, se darán algunas definiciones de estas, así como, las prevalencias, presentando diferentes propuestas de intervención de modelos que han sido eficaces y pueden servir como base para el desarrollo de sus intervenciones en los centros de práctica.

Sin embargo, antes de adentrarnos a la especificidad de las problemáticas psicosociales, es necesario conocer que es una problemática psicosocial, pero antes de ir plenamente a las definiciones, me parece importante mencionar que la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1972) recién en este año propuso incluir los factores psicosociales dentro de una evaluación multiaxial del estado de salud, dado el papel que estos factores desempeñan a nivel etiológico, clínico, pronóstico y en la conducción del tratamiento.

Ahora bien, se tomará inicialmente la conceptualización del autor De la Revilla (2007) quien define los problemas psicosociales como las situaciones de estrés social que producen o facilitan en los individuos afectados enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas, lo que da lugar también a disfunciones y crisis familiares.

En este sentido, pero desde una perspectiva diferente Cabildo, no lo considera una problemática, le asigna la denominación de enfermedad, que es un análisis mucho más biológico pero

muy crítico y valioso incluso cuando sea momento de hablar de intervención, es así que este autor propone:

Por enfermedad psicosocial debe entenderse como una alteración en la estructura y dinámica de la colectividad que impide la existencia de un ambiente adecuado y que fomenta a su vez, las tendencias destructivas, el odio, robo, homicidio, la miseria, la desintegración familiar, la guerra, etc (Cabildo, 1959, pp.11-16).

Finalmente, desde una mirada de la Asociación América de Psicología (APA, 2014) por sus siglas en inglés, en su manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM 5, agrupa los problemas psicosociales como otras afecciones y problemas mercedores de atención clínica o que puedan afectar de alguna u otra forma al diagnóstico, curso, pronóstico o tratamiento del trastorno mental de un paciente, la denominación específica es ***"Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica"***, los cuales se clasifican en:

- Problemas relacionados con la educación familiar
- Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario
- Maltrato infantil y problemas de negligencia
- Maltrato del adulto y problemas de negligencia
- Problemas educativos
- Problemas laborales
- Problemas de vivienda
- Problemas económicos

- Problemas relacionados con el acceso a la asistencia médica y otra asistencia sanitaria
- Incumplimiento de tratamiento médico

Estimado estudiante, como había mencionado al inicio de este capítulo y considerando los fines académicos y de praxis profesional de esta asignatura, dentro de los contenidos estudiará algunas de las problemáticas psicosociales con mayor prevalencia y repercusiones en nuestro país y el mundo, además de presentarles diversos programas, proyectos, estrategias, guías y artículos científicos que se han plasmado desde diferentes modelos, perspectivas, con una base científica, como un esfuerzo por reducir las prevalencias en las problemáticas, las cuales mencionamos a continuación:

- Violencia, maltrato, abuso y negligencia
- Movilidad humana
- Consumo de sustancias y multiculturalidad
- Embarazo y otras problemáticas de los(as) adolescentes
- Pobreza y vulnerabilidad social
- Problemas de salud mental prevalentes (depresión, ansiedad, suicidio)
- Duelo

Una vez que conozca lo concerniente a problemática psicosocial, corresponde estimado estudiante, revisar como abordar éstas problemáticas, un aspecto fundamental dentro de la preparación de un psicólogo, antes de iniciar con cada una de las problemáticas es importante una visión amplia de la intervención psicosocial,

tema que resultará conocido por usted, ya que tiene conocimientos previos de asignaturas como *Practicum 2 y Técnicas e instrumentos para la promoción y prevención en diferentes contextos psicológicos*, les invito a continuar con esta unidad.

1.2. Intervención Psicosocial

Estimado estudiante, una vez interiorizados los diferentes conceptos sobre problemáticas psicosociales, es fundamental hablar de intervención psicosocial; el campo de la intervención es complicado, intervenir no es ensayar sobre el papel la posibilidad de que determinados modelos teóricos funcionen, sino ponerlos en marcha para cambiar una determinada realidad:

"Los objetivos planteados en la Intervención Psicosocial se orientan a reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, y contribuir al desarrollo de acciones cuya intención es la solución de problemas concretos que afectan a individuos, grupos y comunidades" orillando los condicionales para centrarse en la utilidad real dentro de un contexto real (Blanco y Valera, 2001, pp. 3-45).

En este sentido se podría adicionar que la intervención psicosocial estudia un sin número de fenómenos, sin embargo, para explicarlos necesita auxiliarse de otros campos del conocimiento, y de este modo obtener resultados satisfactorios, esta forma de intervenir permite a los psicólogos tener redes de: a) colaboración científica, b) estrategia interactiva de los actores sociales, c) manejo metodológico polifónico, creativo e innovador, como lo han planteado Podesta (2008) y Guevara (2010), citado en el Torres y Torres (2013). Esta integración de varios campos de actuación, para los autores se lo alcanza, por medio de tres fases: (1) determinación de las unidades de análisis; (2) observación extensiva de las

prácticas de intervención; (3) interacción efectiva con estructuras intra y metas grupales.

Así mismo, en términos definidos por Mayoy La France (1980) quienes mencionan que el objetivo central de la intervención psicosocial se enmarca en mejorar la calidad de vida. El modelo de estas autoras presenta una estructura circular basada en tres elementos clave en el proceso, enlazados a su vez por distintos adaptadores que permiten el paso de un elemento a otro.

- Ha de relacionarse con la mejora de la calidad de vida, entendida desde un punto de vista positivo, es decir, más proactiva (preventiva) que reactiva y, en cualquier caso, como un objetivo que remite inexcusablemente a la cuestión de los valores, a lo que es socialmente deseable o indeseable.
- La construcción del conocimiento apunta hacia la predicción, se focaliza en las consecuencias y expande el rango de las variables bajo consideración. Ha de tender a ser más predictiva que explicativa, centrarse más sobre los efectos que, sobre las causas, y ampliar el rango de las variables micro o psicológicas a variables macrosociales. Para pasar de la mejora de la calidad de vida a la construcción de conocimiento psicosocial es imprescindible definir adecuadamente el problema, al tiempo que seleccionar una metodología de investigación válida para la construcción del conocimiento. Ambos pasos o adaptadores son decisivos porque, a partir de ahí, el producto final adoptará una forma u otra.
- El tercer elemento es propiamente la intervención o aplicación del conocimiento. La utilización del conocimiento y la intervención requieren una consideración activa y una planificación deliberada. Para pasar hacia la utilización/intervención son necesarios dos adaptadores más. Por una parte, el análisis del sistema sobre el que se intervendrá, y por

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

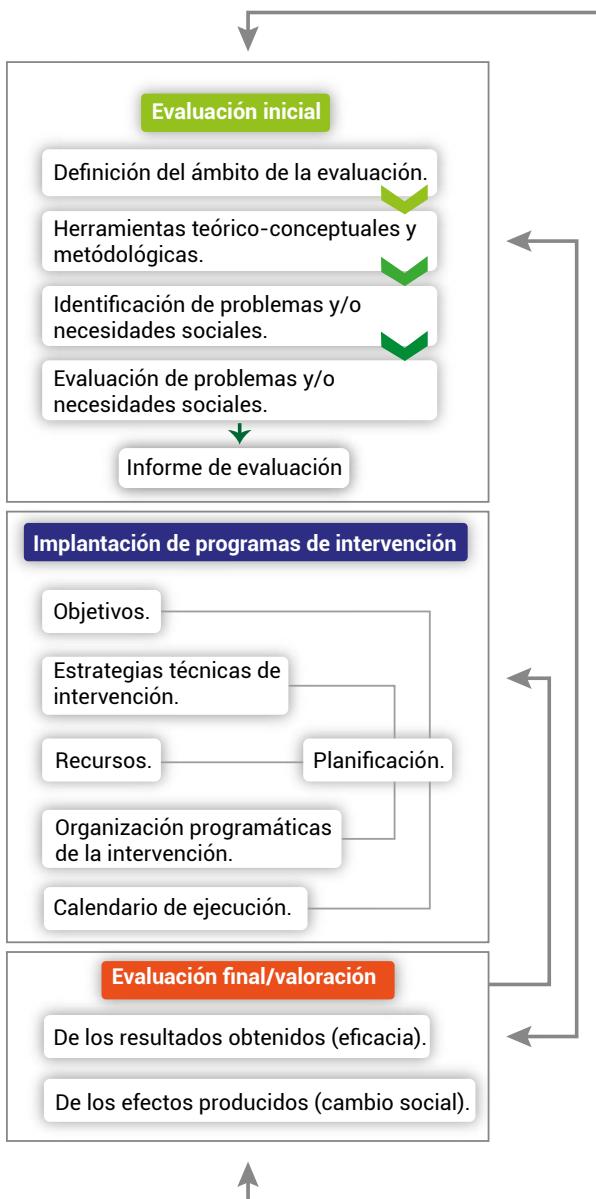
Anexos

Recursos

otra y relacionada con la anterior, la definición del rol adoptado por el psicólogo aplicado (mediador, activista, planificador, organizador, experto, etc.). Por su parte, el regreso hacia la calidad de vida como objetivo implica analizar e interpretar tanto los efectos producidos por la intervención (valoración) como una evaluación global de la metodología interventiva.

El modelo de Mayo y La France invita también a considerar las funciones y tareas que hay que desarrollar en el proceso de intervención a lo largo de una serie de fases. Tomadas ambas, las funciones y las tareas, en consideración nos ofrecerían el siguiente panorama: 1) Análisis del sistema social: evaluación de los problemas sociales y del contexto; 2 Diseño, ejecución y supervisión; 3 Diseminación de la intervención y 4) Evaluación de la intervención. Cada uno de estos puntos son desarrollados con más detalle en el siguiente cuadro.

Figura 1.
Proceso Intervención Psicosocial



Nota. Modificado de Blanco, A., & Valera, S. (2007). Los fundamentos de la intervención psicosocial. *Intervención psicosocial*, 1, 3-45.

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias
bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

En estos apartados se ha dejado claro el objetivo como algunas de las fases de la intervención psicosocial, pero no debe olvidar su definición. En el siguiente cuadro, se presentan diferentes conceptualizaciones sobre la intervención psicosocial, por favor revise las mismas.

Tabla 1.
Definiciones Intervención Psicosocial

Autor/es	Definición
Kelly <i>et al.</i> (1977)	«Acciones planificadas en la vida de un grupo pequeño, organización o comunidad para prevenir o reducir la desorganización social y personal, y promover el bienestar de la comunidad»
Rueda (1998)	«Soy psicólogo y estoy preocupado por los individuos que forman la sociedad. Quizás me diferencio de otros psicólogos porque mi modo de llegar a los individuos es de una forma indirecta: mediante el cambio de su medio. Por eso veo que hago un trabajo de psicología de la comunidad, puesto que opero en las unidades estructurales de estos, de modo que por nuestra intervención produzcan cambios en los individuos que las forman y estos a su vez estén mejor dotados para cambiar la comunidad»
Fernández del Valle, Herrero y Bravo (2000)	«Hoy en día, el profesional de la intervención e investigación psicosocial y comunitaria sigue mostrando un profundo compromiso con los problemas de la sociedad que le ha tocado vivir. Y este compromiso no solo se observa en la especial atención que presta a la detección de necesidades en las poblaciones objeto de estudio, sino en su denodado esfuerzo por redefinir en términos positivos las propias experiencias de los individuos y comunidades a las que presta su ayuda y su asesoramiento»
Sánchez (2002)	«Actuación directa para modificar un tema o situación; usa técnicas, estrategia (incluyendo el manejo del poder y los valores); incluye la evaluación de necesidades y resultados»

Autor/es	Definición
Montero (2003)	«La psicología social comunitaria generada en los países americanos ha estado casi siempre orientada hacia la transformación social. Este objetivo se ha planteado a partir de transformaciones en las comunidades y en los actores sociales que en ellas participan, facilitando o catalizando el desarrollo de sus capacidades y auspiciando su fortalecimiento para obtener y producir nuevos recursos conducentes a los cambios deseados y planificados por ellos mismos en su entorno. El logro de tal meta supone que esos actores sociales tengan capacidad de decisión, el control de sus propias acciones y la responsabilidad por sus consecuencias. Supone también una redefinición del poder»
Nelson y Prilleltensky (2005)	«Las intervenciones sociales son procesos intencionalmente diseñados [planificados metódicamente y ejecutados con precisión] para influir sobre el bienestar [en los niveles personales, relacionales y comunitarios] de la población por medio de cambios en valores, políticas, programas, distribución de recursos, diferenciales de poder y normas culturales»

Nota. Tomado de Blanco, A. y Valera, S. (2007): Los fundamentos de la intervención psicosocial. En Blanco, A. y Rodríguez Marín, J. (Eds.): Intervención Psicosocial. Madrid: Prentice Hall.

Estimado estudiante, ha concluido esta unidad un tanto breve, pero fundamental como pilar de unidades siguientes, se ha intentado una aproximación teórica relacionada a las problemáticas psicosociales, así como de intervención, en este sentido a continuación, empezaremos cada una de las problemáticas expuestas en párrafos anteriores, les invito a realizar este maravilloso recorrido por la intervención psicosocial, en este caso nos enfocaremos en la violencia.



Unidad 2. Intervención Psicosocial basada en la evidencia para la violencia, maltrato, abuso y negligencia

Apreciado estudiante, antes de revisar una aproximación a la definición de violencia, es necesario indicar que la problemática psicosocial de violencia, presenta una característica particular que la hace diferente en su concepción, dinámica, desarrollo, incluso su abordaje, nos referimos a su espectro de actuación y repercusiones, de este modo se intentará describir a ésta problemática para los fines de formación teórica-práctica que nos corresponden, es así que lo invito a revisar esta aproximación a la definición de violencia.

¡INICIEMOS!

2.1. Definiciones

“No existe un factor que, por sí solo, explique por qué una persona se comporta de manera violenta y otra no lo hace. La violencia es un problema complejo, enraizado en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos (OMS, 2002)”.

Para dar inicio al estudio de este capítulo se tomará una perspectiva evolutiva de la violencia, es así que Domenach (1981) refiere que históricamente la filosofía no se había preocupado, hasta bien entrado el siglo XVII, por la definición del término violencia, y aclara que, si bien existen indicaciones al término por parte de algunos autores clásicos y latinos, se piensa en ella más por sus

consecuencias (incluso exaltables en algunos casos) que por el concepto en sí mismo.

La raíz etimológica del término violencia remite al concepto de fuerza, dado que es la combinación de dos palabras en latín, la raíz “vis” (fuerza) y el participio “latus”, de la palabra “fero” (acarrear, llevar). Esto significa que la palabra violare, violencia, en su origen etimológico tiene el sentido de acarrear fuerza hacía.

Algo similar ocurre para Foucault (1979), quien usa este término para referirse al poder como una fuerza material, una acción que se ejerce para controlar el deseo del otro. Por lo tanto, la violencia presupone el uso de la fuerza, dimensión del poder donde hay alguien que lo posee y lo ejerce, y alguien que está desposeído y lo sufre.

Como se puede observar existen desde muchos años atrás múltiples y variados intentos de definición de la violencia anclados a criterios psicologistas, políticos, antropológicos o de diverso matiz de disciplinas, comience de una idea básica y bien general de la misma, como la que nos presenta Stoppino (1988 citado en Cuervo 2016), quien la define como: “la intervención física de un individuo o grupo, contra otro individuo o grupo (o también contra sí mismo)” pp. 16-28.

Desde una perspectiva social, Franco (1993) explica que la violencia no puede ser considerada como un conjunto de hechos que suceden aisladamente, sino que debe ser comprendida como un proceso. Este proceso se desarrolla a partir de condiciones estructurales del individuo y el contexto en el cual toma lugar, haciendo que en ocasiones seamos víctimas de la violencia o, por el contrario, agentes activos, cómplices o tolerantes de la violencia. En esta línea, la modalidad abusiva del ejercicio del poder emerge en sistemas humanos donde existen interacciones abusivas facilitadas por un sistema de creencias y valores que las justifican (Garrido, 2002).

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

No podemos dejar de lado a La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) quienes definen a la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Apreciado estudiante, es importante hacer una pausa para interiorizar los conceptos de violencia, como podemos ver desde su etiología, hasta llegar a lo que es hoy tomando como referencia la conceptualización de la OMS, la violencia presenta una evolución significativa, dada sus implicaciones psicológicas, sociales y evidentemente políticas, al parecer con el pasar de los años se suman nuevos aspectos como los estudios neurológicos, genéticos de la violencia, que buscar dar explicaciones a esta problemática, sin embargo, y más allá de buscar las causas, es imprescindible trabajar para en lo posible disminuir y erradicar la violencia.

2.2. Tipos de violencia

Estimados estudiantes, una vez que hemos revisado algunas definiciones de violencia, es importante conocer los tipos de violencia que se desprenden de esta problemática, en este sentido los tipos de violencia también presentan varias taxonomías en función de los autores, modelos, teorías, etc.

Como paraguas general es importante que conozcan una de las tipologías mayormente utilizadas, en los ámbitos psicológicos, políticos y sociales; por considerar aspectos individuales y grupales, internos y externos de la violencia, en este caso nos referimos a la clasificación presentada por la Organización Mundial de la Salud en su informe del 2014.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) menciona que la violencia es subdividida en **tres grandes categorías de acuerdo con el comportamiento del autor del acto violento:** 1) **Violencia dirigida contra uno mismo** (comportamientos suicidas y autolesiones); 2) **Violencia interpersonal** (dividida en dos subcategorías: a- violencia intrafamiliar o de pareja que incluye el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos y b- violencia comunitaria que incluye la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños así como también la violencia que se lleva a cabo en establecimientos como escuelas, lugares de trabajo, prisiones y residencias de ancianos); y por último, 3) **Violencia colectiva** (conflictos armados dentro de los estados o entre ellos, genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos, terrorismo y crimen organizado).

Como podemos apreciar la tipología de la OMS está enmarcada en el comportamiento del autor, sin embargo, se consideran otras formas de clasificación según el tipo de daño, tipo de acción, tipo de agresor, tipo de víctima y contexto (Sanmartín, 2011; Rodríguez, 2013); es así que la siguiente infografía muestra esta clasificación según las diferentes características, les invito a revisarla, de modo que podamos diferenciar los tipos de violencia, adelante.

Tipos de violencia.

2.3. Prevalencias

Estimado estudiante, se ha realizado un acercamiento a la definición como a la tipología de la violencia; como pueden ver, la problemática de violencia presenta varias versiones, que son “diferentes caras de una misma moneda”, en nuestro país las cifras que corresponden a este problema psicosocial son preocupantes por decir lo menos,

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

por esta razón es sumamente necesario que se enmarque las cifras que darán una visión de cómo se comporta a la violencia a nivel mundial, es así que les invito a revisar este apartado denominado antecedentes, que les mostrará datos de prevalencias, que a su vez nos servirá para identificar, elaborar y enmarcar nuestros objetivos de actuación a la hora de intervenir, rescatando cuales son los tipos de violencia más comunes en nuestro entorno, finalmente luego de revisar este apartado les invito a cuestionarnos sobre la Violencia, sus causas, repercusiones, y que se puede hacer como profesionales en formación frente a esta problemática.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), informa que cada año, más de 1,4 millones de personas pierden la vida debido a la violencia. Por cada una que muere, muchas más quedan con lesiones y con diversos problemas de salud física, sexual, reproductiva y mental, esta misma organización, comenta que la violencia supone una enorme carga para las economías nacionales, con un costo para los países de miles de millones de US\$ anuales en atención sanitaria, vigilancia del cumplimiento de la ley y pérdida de productividad.

Este apartado, estimado estudiante, más allá de las cifras frías y en aumento, es una realidad latente en nuestra sociedad y en cada una de nuestras comunidades, la violencia es una problemática como muchas otras **silenciosa**, que no se revela fácilmente, las cifras que se presentan en este subtema siguen subiendo mientras yo escribo este párrafo y ustedes lo leen, por esto es fundamental su intervención como agentes de cambio en sus diferentes comunidades, a través de sus aportes en los centros de práctica que trabajen con estas poblaciones, por esto es fundamental su preparación, sus conocimientos y formación, que les permitirá intervenir en esta problemática, siendo así y para reforzar las herramientas que han venido desarrollando a lo largo de su formación, es importante que revisemos el siguiente subtema

que nos presenta varios programas para intervenir en violencia, pero antes, lo invito a revisar la siguiente infografía, donde podrán analizar y evaluar desde los datos las prevalencias e índices de violencia.

[Estadísticas de la violencia](#)

2.4. Intervenciones

Estimado estudiante, va a continuar con el estudio de esta problemática, luego de puntualizar en definiciones, tipos y datos, mismos que muestran una realidad alarmante y preocupante, lo invito a poner la mirada en las intervenciones sobre los diferentes tipos de violencia, que les permitirá a conocer diferentes formas de abordaje, recuerden que su participación como profesionales en formación recae en la intervención de orden preventiva, que como cualquier otra requiere la fundamentación teórica, para esto ruego dirigirse a los siguientes documentos, mismos que servirán como marco de referencia para que ustedes dentro de su centro de práctica y si fuese el caso, trabajen con esta problemática psicosocial.

Tengan presente que, dentro de su formación previa, han desarrollado ya competencias sobre Técnicas e instrumentos para la promoción y prevención en diferentes contextos psicológicos, además reforzaron los mismos con el Prácticum 2; lo que le ayudará en la elaboración, planificación y ejecución de las intervenciones en su centro de práctica, además en el cumplimiento de las actividades recomendadas.

Tabla 2.
Propuestas de intervención en Violencia

Nombre	Autor	Año	Link
Plan nacional de prevención de la violencia contra la niñez y la adolescencia y de promoción de parentalidades positivas	Inclusión Ecuador	2018	enlace
Marco estratégico para la prevención de la violencia	Secretaría General del SICA	2014	enlace
Estado del arte de los programas de prevención de la violencia en jóvenes basados en el trabajo con la comunidad y la familia, con enfoque de género	José Miguel Abad G	2006	enlace
Modelo de prevención de la violencia de género	Instituto Sonorense De La Mujer	2010	enlace
Modelo de prevención de la violencia juvenil y de género "jóvenes por la equidad"	Programa para la convivencia ciudadana	2015	enlace
Sistematización del modelo centros cívicos sin paredes 2017-2018	Unicef	2017-2018	enlace
Prevención de la violencia: la evidencia	Organización Mundial de la Salud OMS	2013	enlace
Manual de atención psicológica a víctimas de maltrato machista	Ávarez, Sánchez y Bojó	2016	enlace

Estimado estudiante, una vez que realizó un recorrido por diversas formas de prevención en violencia, es importante que usted identifique si esta problemática se presenta en su centro de práctica, para esto usted conoce herramientas vistas en asignaturas como Practicum 2, que le permitirán indagar sobre las necesidades de la institución y las problemáticas que atiende.

De este modo y para cerrar adecuadamente estas temática, lo invito a realizar las actividades recomendadas, que servirá para

consolidar los aprendizajes, de las unidades 1 y 2, donde ha logrado comprender la importancia de la intervención psicosocial, así como una realidad sobre la violencia, causas, consecuencias y formas de prevenirla. ¡Ánimo!

¡ADELANTE!



Actividad de aprendizaje recomendada

Apreciado estudiante, la siguiente actividad recomendada les permitirá complementar y profundizar los contenidos abordados, de este modo hay algunos factores que interviene en el desarrollo, mantenimiento e intervención de problemáticas psicosociales, para esto les invito a revisar el siguiente Recurso Educativo Abierto (REA) denominado:

[Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales \(De la Revilla et al. 2007\)](#)

Para la siguiente actividad considere:

- a. Ingrese al REA anteriormente citado
- b. Realice una lectura comprensiva del artículo
- c. Rescate las ideas principales
- d. Elabore un resumen con las ideas principales, finalmente:
 1. Realice una consulta bibliográfica, sobre las problemáticas psicosociales más prevalentes a nivel nacional, provincial y local.

2. Realice una encuesta en su comunidad para identificar cuál de las problemáticas psicosociales son más prevalentes.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.



Actividad de aprendizaje recomendada

Estimado estudiante, en la siguiente actividad recomendada se abordará el tema de la violencia, es importante que tenga en cuenta que incluso si su centro de práctica no trabaja con la problemática de violencia, piense en cómo intervenir en la comunidad más cercana, es así que lo invito a desarrollar la actividad recomendada que tiene la finalidad de poner en práctica lo aprendido, y le servirá para implementar si fuese el caso la práctica en su centro u en otro contexto de actuación psicológica.

En esta actividad pondrá diseñar un pequeño plan de intervención dirigido a su comunidad, tome en cuenta todo lo aprendido en función de los tipos de violencia y los programas de intervención para la violencia, mismos que servirán de base para sus propias estrategias tanto en su entorno, así como en su centro de práctica si este así lo requiere.

¡ADELANTE!

Para la siguiente actividad recomendada considere:

- a. Ingrese a los documentos presentados en la tabla 2 (propuestas de intervención en violencia)
- b. Realice una lectura comprensiva de los documentos

- c. Rescate las ideas principales
- d. Elabore un resumen con las ideas principales, finalmente conteste las siguientes preguntas:
- **¿Cuáles de los tipos de violencia considera usted que son los más comunes en la zona donde vive?**
 - **¿Qué estrategias utilizaría usted para intervenir en la problemática psicosocial de violencia?**
 - **Identifique al menos tres factores de riesgo y tres factores de protección que estarían asociados a la problemática psicosocial de violencia en su comunidad:**
 - **¿Cuáles de las siguientes metodologías, considera usted que se acoplan a su problemática para intervenir? Seleccione las alternativas expuestas según considere pertinente:**
 - Charlas
 - Talleres
 - Cine-foros
 - Conferencias
 - Conversatorios
 - Exposiciones magistrales
 - Teatro
 - Otros
 - **Tomando en cuenta la información que presento en las preguntas anteriores, complete el siguiente cuadro que le permitirá establecer una estructura de la intervención**

<i>Objetivo</i>	<i>Actividad</i>	<i>Metodología</i>	<i>Sesión/ Tiempo</i>	<i>Beneficiarios</i>	<i>Resultado esperado</i>	<i>Evaluación</i>
Reducción de la violencia						

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Luego de finalizar la actividad de aprendizaje recomendada, usted puede comprender que las estrategias de intervención van dirigidas a fomentar una psicoeducación desde la crianza de los hijos, aplicar programas de desarrollo social, así como programas de desarrollo y defensa y muchos más que deberán ser aplicados de acuerdo al contexto a intervenir, además de las características de los beneficiarios, incluso el aspecto sociocultural, como veremos en las unidades finales de esta guía didáctica.

Ahora bien, estudiados una vez revisados los contenidos concernientes a los temas de Intervención Psicosocial y Violencia, proceda a realizar las autoevaluaciones 1 y 2, que le permitirá comprobar su grado de adquisición de los contenidos, así como reforzar los mismos. Para esto, revise los recursos de aprendizajes, tablas, temas y subtemas abordados en la guía didáctica.

¡ÉXITOS!

Índice

Solucionario

Referencias bibliográficas

Anexos

Recursos



Autoevaluación 1

1. ¿Cuándo nos referimos a los problemas psicosociales como situaciones de estrés social que producen o facilitan en los individuos afectados enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas, lo que da lugar también a disfunciones y crisis familiares, hacemos referencia al autor?
 - a. De la Revilla
 - b. Cabildo
 - c. DSM 5
2. ¿A qué autor corresponde la siguiente definición de problema psicosocial? “alteración en la estructura y dinámica de la colectividad que impide la existencia de un ambiente adecuado y que fomenta a su vez, las tendencias destructivas, el odio, robo, homicidio, la miseria, la desintegración familiar, la guerra, etc.”
 - a. De la Revilla
 - b. Cabildo
 - c. DSM 5
3. ¿Cuál es la denominación que da el DSM 5 a los diferentes problemas psicosociales?
 - a. Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
 - b. Esfera general de funcionamiento social y ambiental
 - c. Eje de funcionamiento general de la vida y el ambiente

4. ¿Al hablar de reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, y contribuir al desarrollo de acciones cuya intención es la solución de problemas concretos que afectan a individuos, grupos y comunidades, nos referimos a?
 - a. Psicología comunitaria
 - b. Promoción y prevención de la salud
 - c. Objetivo de la intervención psicosocial
5. ¿Del siguiente listado identifique los que no corresponden a problemas psicosociales según el DSM 5?
 - a. Depresión
 - b. Ansiedad
 - c. Suicidio
 - d. Problemas educativos
 - e. Otros problemas relacionados con el grupo de apoyo primario
 - f. Estrés postraumático
6. ¿Para Hernández y Valera, los objetivos de la intervención psicosocial se orientan están orientados a:
 - a. Reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal
 - b. Implementar políticas de salud pública
 - c. Desarrollar estrategias de promoción de la salud
7. ¿Para Mayo y La France, el objetivo central de la intervención psicosocial se enmarca en?
 - a. Reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal
 - b. Implementar políticas de salud pública
 - c. Mejorar la calidad de vida

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

8. ¿Identifique ha que autor corresponde la siguiente definición de intervención psicosocial “Actuación directa para modificar un tema o situación; usa técnicas, estrategia (incluyendo el manejo del poder y los valores); incluye la evaluación de necesidades y resultados”?
- a. Montero
 - b. Sánchez
 - c. Rueda
9. ¿Identifique ha que autor corresponde la siguiente definición de intervención psicosocial “Acciones planificadas en la vida de un grupo pequeño, organización o comunidad para prevenir o reducir la desorganización social y personal, y promover el bienestar de la comunidad”?
- a. Montero
 - b. Sánchez
 - c. Kelly, et al.
10. Ordene según corresponda las fases del proceso de intervención según Mayoy La France
- a. Evaluación de la intervención; b) Diseño, ejecución y supervisión; c) Análisis del sistema social; y, d) Diseminación de la intervención

Opciones de respuesta:

- 1. a,b,c,d
- 2. b,c.d.a
- 3. c,b,d,a

¡FELICITACIONES! HA CONCLUIDO CON LA EVALUACIÓN

[Ir al solucionario](#)



Autoevaluación 2

1. ¿La violencia es un problema complejo, enraizado en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos?
 - a. Verdadero
 - b. Falso

2. ¿Definición de violencia según Stoppino la define como:
 - a. La intervención física de un individuo o grupo, contra otro individuo o grupo (o también contra sí mismo)
 - b. La intervención física de un individuo o grupo
 - c. La intervención psicológica de un grupo

3. ¿Desde una perspectiva social, Franco (1993) explica que la violencia no puede ser considerada como un conjunto de hechos que suceden aisladamente, sino que debe ser comprendida como un _____?
 - a. Proceso
 - b. Conjunto
 - c. Problema

4. Identifique: ¿a quién corresponde la siguiente definición de violencia?

"El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones"

- a. Asociación Americana de Psicología APA
- b. Organización Panamericana de la Salud OPS
- c. Organización Mundial de la Salud OMS

5. ¿Identifique las tres grandes categorías de la subdivisión de la violencia según el comportamiento del autor que declara la OMS?

- a. Física, psicológica y sexual
- b. Dirigida contra uno mismo, interpersonal y colectiva
- c. Física, psicológica y emocional

6. La violencia tipo acción se clasifica en:

- a. Acción, omisión, negligencia
- b. Género, menores, ancianos
- c. Físico, psicológico, abuso sexual y abuso económico

7. ¿Según la OMS 2020, nos informa que cada año, más de _____, _____ debido a la violencia??

- a. 14 mil personas/sufre
- b. 1,4 millones de personas/pierde la vida
- c. 100 mil personas/son encarceladas

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

8. ¿Según el INEC en el 2011, menciona que el 87,3% de mujeres ha sufrido violencia física en sus relaciones de pareja?
 - a. Verdadero
 - b. Falso
9. Según la UNICEF, la violencia infantil es únicamente verbal.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
10. ¿Según Sanmartín, clasifica a los tipos de violencia como:
 - a. Tipo de acción, tipo de daño, tipo de agresor, tipo de víctima y el contexto
 - b. Tipo de acción, tipo de daño y tipo de agresor
 - c. Violencia juvenil, terrorismo y de género

¡FELICITACIONES, HA CONCLUIDO CON LA EVALUACIÓN!

[Ir al solucionario](#)

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Actividades en el centro de práctica

Realice el acercamiento a su centro de práctica, entrevista con director y gestione su plaza de prácticas.

Enviar la Solicitud de centro de práctica revisar
[Anexo 1](#)



Semana 2



Unidad 3. Intervención psicosocial basada en la evidencia para movilidad humana

Apreciado estudiante, antes de empezar con esta unidad es importante mencionar que la movilidad humana ha sido una característica inherente de los seres humanos a lo largo de la historia de la humanidad. Desde sus orígenes, los seres humanos han migrado en busca de mejores condiciones de vida, para poblar otros lugares del planeta, o para huir y sobrevivir a amenazas causadas por el hombre o la naturaleza. A pesar de que la movilidad humana ha sido una constante a lo largo de la historia de la humanidad, fue con la creación del Estado-nación, a partir de los Tratados de Westfalia de (1648 citado en Usunáriz 2013), lo que

trajo consigo el fenómeno que hoy se conoce como migración internacional. La reorganización de la comunidad internacional como un conjunto de Estados territoriales con fronteras geográficas definidas permitió a los Estados ejercer autoridad sobre las personas que se habían establecido dentro de sus fronteras, así como respecto de aquellas que intentaban ingresar a sus territorios.

¡INICIEMOS!

3.1. Definiciones y clasificación

La movilidad humana, ya sea como migración internacional o interna, es un fenómeno multicausal que puede darse de manera voluntaria o forzada. La primera se da cuando la persona migra voluntariamente, sin ningún tipo de coacciones. Mientras que, la migración forzada abarca aquellas situaciones en las que la persona se ha visto forzada a migrar porque su vida, integridad o libertad han sido amenazadas como consecuencia de diversas formas de persecución por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, conflicto armado, violencia generalizada, violaciones de los derechos humanos, otras circunstancias que hayan perturbado gravemente el orden público o desastres naturales o provocados por el ser humano, entre otras causas. Asimismo, puede implicar situaciones en donde los individuos son transportados físicamente a través de fronteras sin su consentimiento, como es el caso de la trata de personas (Escobar, 2018).

Además, es importante mencionar que la movilidad humana como fenómeno multicausal implica que las personas migran por diversas razones, entre las cuales se encuentran razones de índole económica, social, política o ambiental. A través del monitoreo de la situación de derechos humanos en los países de las Américas, la

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Comisión Interamericana ha constatado que entre los factores de expulsión que conllevan a que las personas migren de los lugares en los que vivían se encuentran la violencia generada por actores estatales y no estatales, los conflictos armados, la desigualdad, la pobreza, la falta de garantía de derechos económicos, sociales y culturales, la inestabilidad política, la corrupción, así como la inseguridad, diversas formas de discriminación, desastres naturales y el impacto del cambio climático. A su vez, la Comisión ha observado que entre los factores de atracción que promueven la migración de personas se encuentran principalmente la posibilidad de tener mejores niveles de seguridad humana, menores niveles de violencia y criminalidad, mayor estabilidad política, reunificación familiar, mayores posibilidades para acceder a empleo o educación, mayor acceso a servicios, condiciones climáticas más favorables, entre otros. La migración como fenómeno multicausal suele ocurrir como resultado de una combinación de factores de expulsión y atracción como los mencionados anteriormente (Organización de los Estados Americanos [OEA], 2015). Para culminar con esta pequeña pero imprescindible contextualización, les invito a revisar la siguiente infografía donde se presenta diversas definiciones, clasificación de movilidad humana, que reforzará lo ya mencionado anteriormente.

[Definiciones de las categorías de las personas en el contexto de movilidad humana.](#)

3.2. Antecedentes

Apreciado estudiante, debe iniciar indicando que Ecuador es un país de origen, tránsito, destino y retorno de migrantes, en los años 90 en el país se observa un masivo flujo migratorio a raíz de factores como la crisis económica; así, por ejemplo, se incrementó la migración ecuatoriana hacia países como Estados Unidos y España. En los

años 2000 factores como la imposición del visado Shengen en 2003, la crisis económica global, la caída del empleo en los países de destino, etc., influyen en la reducción del saldo migratorio ecuatoriano y el incremento del retorno.

Si toma en cuenta lo mencionado, el saldo migratorio «pasó de 176 mil en año 2000 a 43 mil en 2007. En años posteriores, hubo saldos negativos (de retorno) de 6600 y 5000 personas en 2009 y 2011 respectivamente. En cuanto a población inmigrante, esta representa en el 2010, el 1,26% de la población nacional (en comparación con el 0,9% del censo de 2001)».

Para el 2015, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), existió un flujo migratorio de 5.781.800, de los cuales 2.919.356 corresponde a entradas internacionales y 2.862.444 son salidas internacionales. Del total de entradas internacionales 1.573.787 son hombres y 1.345.569 son mujeres, y del total de salidas internacionales, el 1.533.060 son hombres y 1.329.384 son mujeres. Respecto a entradas internacionales, el mayor porcentaje de ecuatorianos y ecuatorianas llegan de Estados Unidos 38,87%; Perú 20,92%; Colombia 11,48%; España con un 8,15%. Y la tasa de Migración Internacional con respecto a las salidas de ecuatorianos es de 86,36 por mil habitantes para hombres y el 85,42 por mil para mujeres. En 2015 «el mayor número de extranjeros según la nacionalidad provienen de: Colombia (348.151) equivalente al 25,04%, Estados Unidos (263.081) con el 18,92%, Perú (165.223) con el 11,88%, Venezuela (105.533) con el 7,59%, Cuba (79.236) con el 5,70%, España (67.545) con el 4,86%, Argentina (54.513), con el 3,92%».

En cuanto a entradas y salidas por ocupación en 2015, según datos del INEC del total de ecuatorianos que entran al país el 24.77% corresponde a estudiantes, el 21.39% corresponde a Personal de apoyo administrativo, seguido por el grupo de

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Profesionales, científicos e intelectuales con el 16,53%. Y del total de extranjeros que entran al país el 18.71% corresponde a personal de apoyo administrativo, seguido por Estudiantes con el 18.17% y profesionales científicos e intelectuales con el 15.81%.

Estimado estudiante, es fundamental que complemente esta información, para esto lo invito a dar lectura al recurso de aprendizaje denominado “Guía informativa para personas en situación de movilidad humana, 2018” donde podrá conocer más a fondo las instituciones, ONGs y demás empresas, que colaboran con esta población en diferentes temáticas como: Movilidad Humana, Protección Internacional, Trata de personas, Procesos de Regulación, Servicios de Atención Médica, Ayuda humanitaria, Inclusión Económica y Laboral, Información General y Acceso a la justicia. (Peralta, 2018).

3.3. Intervenciones

Estimado estudiante, continúen con el estudio de la movilidad, luego de recorrer las diferentes definiciones y clasificación de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y datos sobre la temática, mismos que muestran una prevalencia alta, les invito a revisar algunas intervenciones en distintos grupos de movilidad, que les permitirá a conocer diferentes formas de abordar esta problemática, es sumamente importante la investigación y acción que se realiza dentro de las problemáticas de la comunidad, que como cualquier intervención se requiere la fundamentación teórica, para esto ruego dirigirse a los siguientes documentos, mismos que servirán como marco de referencia para que ustedes dentro de su centro de práctica y si fuese el caso, trabajen con esta problemática psicosocial.

Tabla 3.*Propuestas de intervención en movilidad humana*

Nombre	Autor	Año	Link
Guía para la intervención psicológica con inmigrantes y refugiados	Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid	2016	enlace
Procesos migratorios e intervención psicosocial	Martínez, Manuel Fco.; Martínez García, Julia	2018	enlace
Guía de programación para los niños, niñas y adolescentes afectados por la migración y el desplazamiento	Save the Children	2018	enlace
Modelos de Intervención Psicosocial para Personas Migrantes, Refugiadas y Desplazadas: Región Occidente y Noreste de México	Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, GIZ, y la Iniciativa Ciudadana para la Promoción de la Cultura del Diálogo	2020	enlace
Trabajo social e inmigrantes. Las intervenciones del trabajo social	Octavio Vázquez Aguado, Mercedes González Vélez	1996	enlace
Fases de la intervención social con inmigrantes	Ana María Ortiz Duque		enlace



Unidad 4. Intervención Psicosocial basada en la evidencia para consumo de sustancias y multiculturalidad

Estimado estudiante, este capítulo se enfocará en uno de los temas con mayor preocupación a nivel mundial, esto debido a las altas tasas de mortalidad relacionadas al consumo de drogas, es importante que se realice una contextualización del consumo

de drogas, para luego abordar las prevalencias y finalmente los diferentes programas de intervención.

4.1. Definiciones

Se inicia puntuizando que la manera de abordar el tema del consumo de sustancias no es sencilla, puesto que es una problemática multivariada y compleja (Bradshaw, 2000; De León, 2004; Velasco, 2006). Es así que partirá de lo que menciona la APA (2014) en su manual diagnóstico DSM 5, en relación al consumo de drogas, de este modo les invito a revisar la siguiente infografía, que les permitirá analizar y diferenciar los diferentes trastornos asociados al consumo de sustancias, adelante.

Clasificación de tipos de drogas relacionados a los trastornos.

Otros de los acercamientos conceptuales que aporta al análisis de esta problemática psicosocial es la presentada por Dalgleish et al. (2007), quien menciona que el consumo de sustancias psicoactivas tiene varios efectos físicos y psicológicos basados en el tipo de droga que se consuma, además este mismo autor presenta una clasificación de las drogas, mismas que se clasifican en estimulantes, depresoras y alucinógenos.

En esta misma línea e iniciando por la clasificación de los autores Míguez, Vázquez, y Gutiérrez (2008) quienes manifiestan que las drogas ilegales son aquellas sustancias utilizadas para diferentes efectos sedantes, estimulantes o alucinógenos y prohibidas en la aplicación de procesos terapéuticos, así como no autorizadas en nuestro país para la comercialización. Sin embargo, el expendio de estas sustancias se lo realiza de forma clandestina sin medir las consecuencias que a lo largo de la vida pueda causar el uso y abuso del consumo excesivo de ciertas drogas nocivas para la salud física y psicológica de la persona que lo consume.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Las drogas según Pérez (2011), son sustancias psicoactivas extrañas al cuerpo humano, las mismas que llegan a modificar la función del organismo con capacidades reforzadoras positivas en sus primeros momentos, luego de esto, pueden llegar a ser un refuerzo negativo si su uso es continuado; lo que puede generar una dependencia tanto física como psicológica a la sustancia que se está consumiendo lo que puede llevar a la persona a padecer problemas a diferentes niveles tanto familiar, económico, social, personal, etc.

Para la Organización de los Estados Americanos (OEA, 2013), las sustancias psicoactivas que se encuentran en el mercado a libre expendio de las personas no son puras pues en muchos de los casos se trata de combinaciones de diferentes drogas, entre ellas podemos encontrar las adulterantes, que son utilizadas para complementar o a su vez potenciar los efectos que tienen estas sustancias en el organismo. Aunque algunos de estas drogas alucinógenas no son perjudiciales para la salud, otros tienen efectos tóxicos y psicoactivos, lo que causan múltiples alteraciones en la conciencia, cognición, percepción, estado emocional, comportamiento.

La Organización Panamericana de la Salud (2005), en su libro Neurociencia del Consumo y

Dependencia de Sustancias Psicoactivas, menciona que las sustancias psicoactivas de uso más común son las siguientes: cafeína y estimulantes similares, comúnmente bebidos en forma de café, té y muchos refrescos; nicotina, que actualmente se consume con mayor frecuencia al fumar cigarrillos de tabaco; y bebidas alcohólicas, que vienen en una amplia variedad, incluyendo cerveza, vino y destilados. Debido a que el uso de las sustancias cafeinadas presenta relativamente pocos problemas, no se incluirá en este informe. Puesto que los inhalantes pueden obtenerse fácilmente, se

emplean con propósitos psicoactivos por quienes no tienen edad suficiente para lograr un fácil acceso al tabaco, alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Apreciado estudiante, una vez que ha realizado un acercamiento al consumo de sustancias, enfocándonos en su epidemiología, tipos y problemáticas, para continuar es fundamental que revisemos las prevalencias mismas que nos dirán de forma numérica a cuantas personas afecta esta problemática a nivel mundial y nacional. Avancemos.

4.2. Prevalencias

Diferentes organizaciones como Organización de los Estados América (OEA), Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD), y Secretaría de Seguridad Pública (SENASA) de Brasil (2015), encargadas del estudio de drogas concuerdan que el uso y abuso de drogas es un grave problema de salud pública, que tiene múltiples consecuencias adversas para la salud del individuo y el bienestar de la familia, así como también para el desarrollo y estabilidad de la sociedad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) menciona que por lo menos 585.000 personas habrían muerto, un incremento notable frente a los 450.000 que hubo en el 2015. De esas muertes, 167.750 estaban directamente relacionadas con los trastornos por consumo de drogas y el resto de muertes se atribuían indirectamente al consumo de drogas, entre ellas figuraban las relacionadas con los virus del VIH y la hepatitis C contraídos como resultado de prácticas de inyección inseguras.

Esto es aún más preocupante ya que el Informe Mundial sobre las Drogas 2019, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

contra la Drogena y el Delito en México (UNODC por sus siglas en inglés), menciona que cerca de 271 millones de personas en el mundo usaron drogas en el último año, que representa 5.5 por ciento de la población de 15 a 64 años, y 31 millones presentaron algún trastorno relacionado con el uso de sustancias, cifra que equivale a 11 por ciento de los usuarios de drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Drogena y el Delito, [UNODC], 2018).

La (OEA), (CICAD), Organización Panamericana de la Salud (OPS), y (OMS) (2005), considera que las sustancias psicoactivas, son elementos que al ser ingeridas modifican la conciencia, el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Así también, el consumo de sustancias se puede definir como un patrón que aumenta el riesgo de daño para los usuarios u otros individuos produciendo consecuencias en la salud mental o física del consumidor, tanto para la población masculina o femenina.

Por otra parte, la Organización de las Naciones Unidas contra la Drogena y el Delito (UNODC) (2018), manifiesta que las mujeres que consumen drogas suelen empezar más tarde que los hombres, pero una vez que las mujeres comienzan a consumir sustancias como: cannabis, cocaína y alcohol lo hacen progresivamente y por ende el consumo es más rápido. Otras investigaciones realizadas por organismos no gubernamentales como la OMS (2012), direcccionadas por la misma línea de investigación, manifiestan que el consumo de estas drogas está vinculado a su pareja, mientras que es más posible que los hombres consuman con su círculo de amigos o conocidos.

OEA et al., (2015) mencionan que la prevalencia del consumo de sustancias de acuerdo al sexo es muy alta en países como Estados Unidos teniendo un porcentaje del 63,1% de mujeres con consumo. Para la UNODC (2018) en el año 2016, 63.632 personas murieron

por sobredosis de drogas en los Estados Unidos, siendo esta la cifra más alta registrada en relación a años anteriores.

En Europa la cocaína es la droga estimulante ilegal más consumida, se estima que 17,5 millones de adultos europeos de 15 a 64 años (5,2% de la población) la ha consumido en algún momento de su vida, siendo Reino Unido (9,7%), España (9,1%), Irlanda (7,8%), Italia (7,6%) y Francia (5,4%) los cinco países donde más consumo de estas sustancias se presenta. Cuatro de estos cinco países repiten en el consumo de cannabis, que encabeza, en la misma franja de edad, Francia (40,9%), Dinamarca (35,6%), Italia (31,9%), España (31,5%) y Reino Unido (29,4), todas por encima de la media que muestra que un 26,3 por ciento de la población europea ha consumido cannabis (Heraldo, 2018).

En Latinoamérica, el porcentaje de consumo de sustancias de acuerdo a OEA et al. (2015) es el siguiente, Chile con 61,6%; Uruguay con el 57,2%; Paraguay con 55,8%; Bolivia con el 54,9%; Perú con el 54,7% y Colombia con el 51,7%. Otros datos otorgados por el hoy extinto Consejo Nacional de control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas (CONSEP, 2012) el cual realizó en el año 2008 un informe comparativo sobre drogas en seis países de Latinoamérica (Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay), lo cual dio como resultado que nuestro país presenta el menor porcentaje (56.8%) referente al consumo en la población en general.

En referencia a los porcentajes que presenta la OEA et al. (2015) de personas que aseguran haber usado cigarrillo en Ecuador se observa el menor porcentaje (25.9%). En relación al uso de marihuana durante el último año en Ecuador y Perú, es menor en relación a los demás países. Mientras que en Ecuador este porcentaje no supera el 1%, en países como Argentina y Chile, los porcentajes de personas que aseguran haber usado esta droga durante el último año es superior al 7%. El porcentaje de personas que aseguran haber usado

cocaína y pasta base durante el último año en Ecuador, es menor respecto de los demás países que formaron parte del estudio.

En Ecuador, según el Plan nacional de prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas (2017), donde se presenta los datos recabados en la Encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de 9no EGB, 1ro y 3ro de bachillerato, realizada entre noviembre y diciembre del 2016, se identifica que: la edad promedio de inicio del consumo de drogas está entre 14 y 15 años de edad; el 21.28% del total de estudiantes encuestados consideró que es fácil conseguir marihuana, el 12.07% afirmó que le sería fácil conseguir heroína o “H”, el 9.38% indicó lo mismo sobre la cocaína y el 6.12% sobre la pasta base de cocaína.

En Ecuador, el consumo de drogas evidencia un comportamiento diferenciado en función del territorio, grupo etario y género. Con base en lo mencionado por Freire, Ramírez y Belmont (2015), en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) del año 2012, la prevalencia mensual del consumo de alcohol y tabaco, dividida por grupos de edad, se concentra mayoritariamente en personas entre 20 y 59 años. Los datos muestran que el 41,3% de las personas encuestadas consumen alcohol y el 31,5% consumen tabaco. Por su parte, la prevalencia del consumo en personas entre 10 y 19 años de edad, fue de del 25,2% de alcohol y 28,4% de tabaco.

Con respecto a la prevalencia mensual de consumo de alcohol entre hombres y mujeres, se evidencian grandes diferencias, puesto que dentro del grupo etario entre 20 y 59 años de edad, los hombres tienen una prevalencia de 56,5% y las mujeres de 25,4%. De igual manera, la prevalencia mensual del consumo de tabaco en el mismo grupo etario fue de 38,2% en hombres y 15,0% en mujeres.

En lo que respecta al consumo de drogas como la marihuana, cocaína, pasta base de cocaína y heroína, en la Encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de 9no EGB, 1ro y

3ro de Bachillerato del año 2016, se evidencia una dinámica de aglomeración territorial, así como diferencias por género. La prevalencia anual del consumo de marihuana fue de 9,6% siendo el consumo en hombres de 13,2% y de 5,9% en mujeres. Las prevalencias a nivel territorial de marihuana se muestran con una mayor presencia en las provincias de Morona Santiago (15,3%), Manta (13,3%) y Loja (12,8%).

Por otra parte, la prevalencia anual de cocaína, pasta base y heroína en estudiantes fue del 2,3%, 2% y 2,5%, respectivamente. En el caso de la cocaína la prevalencia anual en hombres fue de 3,1% y en mujeres 1,4%. La prevalencia anual del consumo de cocaína a nivel territorial, se observa con una mayor intensidad en las ciudades de Quevedo (3,4%), Durán (3,2%) y Esmeraldas (3,2%). De igual manera, el consumo de pasta base sigue la misma dinámica con una mayor prevalencia en los hombres (2,7%) en comparación a las mujeres (1,1%), en este caso, las prevalencias más elevadas por dominio se encuentran en las ciudades de Milagro (3%), Guaranda (2,9%) y Guayaquil (1,9%). La prevalencia de heroína o "H" en los hombres es mayor que en las mujeres con 3,5% y 1,8%, respectivamente; con una presencia mucho más acentuada en la región costa en los dominios de Santa Elena (6,7%), La libertad (6,4%) y Durán (5%). Dentro de esta misma encuesta, se destaca que, la edad de inicio de cualquier tipo de droga es de alrededor de los 14,62 años en promedio, en específico, la edad de inicio de marihuana es de 14,88 años, de pasta base de cocaína es de 14,86, de cocaína es de 14,72 años y de heroína es de 14,39 años, por lo que el estudio en los adolescentes es de vital importancia para entender la dinámica de consumo de la población.

Es evidente que existen grandes diferencias en la prevalencia de consumo de alcohol entre hombres y mujeres en la población general. En la mayoría de los países la prevalencia entre los hombres es 30% a 70% mayor que entre las mujeres. Los países con una

prevalencia relativamente alta de consumo de alcohol en general, tienden a mostrar pequeñas diferencias en la prevalencia entre hombres y mujeres, mientras que los países con menor prevalencia de consumo de alcohol tienden a mostrar mayores diferencias por sexo (OEA et al., 2015).

Una de las sustancias más consumidas a nivel mundial es el alcohol y tabaco, en este sentido según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) el consumo de alcohol está asociado a más de 200 enfermedades y trastornos; es responsable del 5,9% de defunciones en el mundo y del 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones, afectando, sobre todo a hombres entre 20 y 39 años. Según la OMS (2019), el consumo de tabaco es responsable de la muerte de 8 millones de personas cada año a nivel mundial y de ellos 600.000 eran fumadores pasivos.

Otro aspecto fundamental dentro de este apartado son los indicadores del consumo de drogas, en este sentido López et al. 2009 menciona que la edad de inicio del consumo de cualquier droga es una de las variables clave en los estudios de base poblacional sobre el tema de consumo de sustancias. En la población adolescente y joven señala edades diana en las cuales se debe trabajar en implementar acciones de prevención eficaz tanto en intervención primaria como en prevención de cualquier trastorno relacionado al abuso y dependencia de drogas. Asimismo, se han identificado varios factores de riesgo que están relacionados o asociados al inicio de consumo, entre ellos están: sexo, edad, problemática familiar, relación con los padres, factores sociales, así como también la disponibilidad de sustancias; también se asocian, al inicio del consumo, factores como eventos estresantes en la niñez y el bajo nivel socioeconómico.

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

4.3. Intervenciones

Estimado estudiante, la realidad que se muestran en los datos epidemiológicos, exige que a nivel nacional e internacional se desarrollen políticas y normativas para disminuir el impacto del consumo de sustancias en la población general y de manera especial en aquellas que tengan mayor vulnerabilidad. Para el año 2015, la Asamblea Nacional del Ecuador, promueve la ley orgánica de prevención integral del fenómeno socio económico de las drogas y de regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas a fiscalización, en su Art. 11.- Prevención en el ámbito laboral. - menciona que: "las entidades públicas y empresas privadas, con la participación activa de las y los empleadores, empleados y trabajadores, desarrollarán programas de prevención integral al uso y consumo de drogas, a ser ejecutados obligatoriamente en los lugares de trabajo, por personal calificado, a fin de fomentar un ambiente saludable y de bienestar laboral" Asamblea Nacional del Ecuador (2015 p.6). Por lo tanto, es necesario que se desarrollen procesos de intervención desde la promoción de la salud mental y la prevención del consumo problemático de sustancias. En este sentido les presentamos a continuación diferentes propuestas de intervención para la prevención del consumo de sustancias.

Tabla 4.

Propuestas de intervención en consumo de sustancias y multiculturalidad

Nombre	Autor	Año	Link
Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas	Francisco Alvira Martín	2002	enlace
Informe de Evaluación sobre Políticas de Drogas	Organización de Estados Americanos OEA	2019	enlace

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

Nombre	Autor	Año	Link
Manual para la prevención del consumo de drogas	Programa de Capacitación Laboral CAPLAB Proyecto de Prevención del Consumo de Drogas en la Formación Profesional	S/N	enlace
Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes	Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de prevención del delito UNODCCP	2002	enlace
Una guía de desarrollo y perfeccionamiento			
Prevención en Familias del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco	Nelsy Lizarazo Walker Vizcarra	2013	enlace
Guía para Formadores DECE Prevención de Riesgos Sociales			
Plan Nacional De Prevención Integral Y Control Del Fenómeno Socio Económico De Las Drogas	Secretaría Técnica de Prevención Integral de Drogas	2017	enlace
Estrategias de intervención en el ámbito familiar Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos	Roberto Secades Villa, José Ramón Fernández Hermida, Gloria García Fernández, Susana Al-Halabi Díaz.	2011	enlace
Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles	López Larrosa, Silvia, & Rodríguez-Arias Palomo, José Luis	2012	enlace

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

Nombre	Autor	Año	Link
Guía sobre drogas	Ministerio De Sanidad Y Consumo Secretaria General De Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas	2017	enlace
Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas	Lefio LA, Villarroel SR, Rebolledo C, Zamorano P, Rivas K.	2013	enlace
Evaluación de un programa de prevención del consumo de drogas para adolescentes	Rodríguez Kuri, Solveig E., & Díaz Negrete, David Bruno, & Gutiérrez de Velasco, Sara Elisa Gracia, & Guerrero Huesca, José Abelardo, & Gómez-Maqueo, Emilia Lucio	2011	enlace
Prevención integral de consumo de alcohol y drogas en estudiantes universitarios: una propuesta de intervención grupal	Banderas Rodríguez, Claudia R., & Martínez Chacón, Armando J., & Romo González, Tania	2010	enlace
Informe sobre el consumo de drogas en Las Américas	Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID) de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM) de la Organización de los Estados Americanos (OEA).	2019	enlace
Estrategias implementadas en programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas	Hincapié, L.M., & López, K.	2019	enlace

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Nombre	Autor	Año	Link
Programas de prevención del consumo de sustancias psicoactivas de tres universidades en Medellín	Gaviria, C.M., & Arias, D.L. (2019).	2019	enlace
La intervención psicosocial: programas de prevención de consumo de spa en jóvenes	Bermúdez, H.D., Charria, J.A., & Posada, O.M. (2016).	2016	enlace

Estimado estudiante, una vez que haya culminado con la revisión de las diferentes estrategias de intervención, presentadas en las tablas 3 y 4, corresponde aplicar dichos conocimientos teóricos sobre movilidad humana y consumo de sustancias, para esto lo invito a realizar las actividades recomendadas que se presentan a continuación, indispensable para reforzar y consolidar los aprendizajes.

¡ADELANTE!



Actividad de aprendizaje recomendada

Estimado estudiante, la siguiente actividad, permitirá trasladar la teoría a la práctica, en este caso se enfocará en una de las poblaciones más vulnerables en temas de movilidad, es así que de acuerdo con las pautas de actuación indicadas y los diferentes modelos de intervención que hemos analizado, desarrolle lo siguiente:

Diseñe estrategias de intervención dirigidas a la integración y participación de niños, niñas y adolescentes en situación de movilidad, para esto considere las siguientes indicaciones

Procedimiento

1. Realice una lectura comprensiva de la unidad 3. Movilidad humana, especialmente el apartado de intervenciones.
2. Subraye las ideas principales sobre la intervención psicosocial en situación de movilidad.
3. Diseñe estrategias dirigidas a la integración y participación de los niños en situación de movilidad.

Luego de finalizar la actividad de aprendizaje recomendada, usted puede comprender que las estrategias de intervención van dirigidas a fortalecer las herramientas que permitan mejorar de forma integral la vida y mitigar la situación, mediante el desarrollo de redes sociales, el aumento de apoyo social y la mejora de las competencias culturales.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.



Actividad de aprendizaje recomendada

Estimado estudiante, una vez que ha abordado la problemática de consumo de sustancias, una de las más complejas de abordar por su componente cultural y social, es fundamental que reforcemos el estudio de la misma con la siguiente actividad recomendada, teniendo en cuenta que la prevención del consumo de drogas en nuestro país resulta infructuoso y desalentador, las instituciones públicas y privadas realizan campañas, programas para reducir el consumo de sustancias, incluido el alcohol y tabaco, que no tienen el éxito esperado, ya que cada año se incrementa en gran medida el consumo de sustancias y reduce la edad de inicio de consumo

en la población ecuatoriana; según esta apreciación desarrolle la siguiente actividad que como profesionales en formación, necesitamos de su análisis crítico para responder algunas preguntas y proponer soluciones a las problemáticas planteadas.

¡ADELANTE!

1. Procedimiento para realizar la actividad recomendada:
 - a. Ingrese a los documentos presentados en la tabla 4 (propuestas de intervención para consumo de sustancias)
 - b. Realice una lectura comprensiva de los documentos
 - c. Rescate las ideas principales
 - d. Elabore un resumen con las ideas principales, finalmente desarrolle las siguientes preguntas:
2. Realice un análisis crítico y explique con sus propias palabras ¿por qué considera que las campañas, programas, estrategias, enfocadas en la prevención en nuestro país tienen o no los resultados esperados?

En el siguiente cuadro identifique los aspectos que se relacionan en la prevención del consumo de sustancias, además de si estos se convierten en ventajas o desventajas y explique porqué, por ejemplo, la edad es un factor que puede estar relacionado muy estrechamente con las estrategias de prevención, considerando que si la prevención se realiza desde edades tempranas (7-12) tiene mejores resultados, tanto el abordaje, estrategias y metodologías son distintas, a diferencia de los participantes con edades mayores (13-25), será mucho más difícil llegar a ellos y se necesitarán mucho más recursos, considerando el inicio de consumo que cada vez es en edades más tempranas, usted puede incluir otros factores que considere están relacionados con la prevención.

FACTORES ASOCIADOS | RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

Edad A edades más tempranas la prevención del consumo de sustancias tiene mejores resultados, al contrario de edades avanzadas.

Sexo

Sociales

Culturales

Familiares

Ambientales

Personales

Una vez estudiados los contenidos concernientes a la unidad 3 y 4, proceda a realizar las autoevaluaciones de éstas unidades, mismas que les permitirán comprobar su grado de adquisición de los contenidos. Para esto, revise los recursos de aprendizajes, tablas, temas y subtemas abordados en la guía didáctica.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

ÉXITOS



Autoevaluación 3

1. La creación del Estado-nación, a partir de los Tratados de Westfalia de 1648, ¿fue lo que trajo consigo el fenómeno que hoy se conoce como migración internacional?
 - a. Verdadero
 - b. Falso
2. La migración internacional o interna, es un fenómeno multicausal que puede darse de manera:
 - a. Voluntaria
 - b. Forzada
 - c. La opción a y b son correctas
3. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) clasifica a las definiciones de migrante en:
 - a. Migrante, viajero y refugiado
 - b. Migrante internacional, migrante interno y migrante en situación irregular
 - c. Ninguna de las anteriores
4. Ecuador es un país de:
 - a. Origen migratorio, tránsito migratorio y destino migratorio
 - b. Origen migratorio, tránsito migratorio, destino migratorio y retorno de migrantes
 - c. Origen migratorio, generador migratorio y destino migratorio

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

5. En Ecuador el saldo migratorio pasó de 176 mil en año 2000 a mil en 2007
 - a. Verdadero
 - b. Falso
6. La clasificación de migrante es:
 - a. Migrante internacional, interno, en situación irregular
 - b. Solicitante de asilo, migrante transitorio, migrante
 - c. Migrante irregular, migrante pasajero
7. Persona que solicita el reconocimiento de la condición de refugiado y cuya solicitud todavía no ha sido evaluada en forma definitiva en el país de acogida
 - a. Refugiado
 - b. Migrante transitorio
 - c. Solicitante de asilo
8. ¿En Ecuador existe organizaciones o instituciones que brinden apoyo a personas en estado migratorio?
 - a. Verdadero
 - b. Falso
9. Para 2015, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), existió un flujo migratorio de:
 - a. 5.781.800
 - b. 6.000.000
 - c. 1.000.000

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

10. La migración ecuatoriana se incrementó hacia países como:

- a. Estados Unidos y España
- b. Rusia y Estados Unidos
- c. China y España

¡FELICITACIONES! HA CONCLUIDO CON LA EVALUACIÓN

[Ir al solucionario](#)



Autoevaluación 4

1. ¿Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos?
 - a. Trastornos por abuso y trastornos por dependencia de sustancias
 - b. Por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias
 - c. Por abstinencia y por abuso de sustancias
2. Complete el enunciado: Todas las drogas que se consumen en exceso producen una activación directa general del sistema de _____, que está implicado en el _____ y en la producción de recuerdos.
 - a. Recompensa cerebral/ refuerzo comportamental
 - b. Respuesta inmediata/esfuerzo conductual
 - c. Gratificación/recompensa tardía
3. ¿Para Dalgleish et al. (2007), las drogas se clasifican en?
 - a. Opiáceos, psicótropicos, y estimulantes
 - b. Estimulantes, depresoras y alucinógenos
 - c. Alucinógenos, opiáceos y depresores

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

4. De las siguientes opciones elija las correctas para el control y fiscalización del uso de estas sustancias, ya sea para uso recreativo, como el alcohol o el tabaco; para uso farmacológico, como los tranquilizantes o analgésicos opiáceos, o de uso general, como los solventes industriales.
- a. Uso recreativo: alcohol y drogas; uso farmacológico: alcohol y analgésicos; y de uso general como inhalantes.
 - b. Uso recreativo alcohol y tabaco; uso farmacológico tranquilizantes o analgésicos opiáceos y de uso general como los solventes.
 - c. Uso recreativo solventes y analgésicos; uso farmacológico: tranquilizantes, alcohol y tabaco; y uso general tabaco y opiáceos.
5. El uso repetido y prolongado en el tiempo de drogas, favorece el desarrollo de _____ por _____, que son trastornos _____ y _____, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y _____ de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de consecuencias.
- a. Trastornos/abuso; leves y curables; control
 - b. Trastornos/psicotrópicos; agudos y esporádicos/control
 - c. Trastornos/dependencia; crónicos y recurrentes; pérdida
6. ¿Según Encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de 9no EGB, 1ro y 3ro de bachillerato, la edad promedio de inicio de consumo de drogas es?
- a. 17 y 18 años
 - b. 14 y 15 años
 - c. 12 a 14 años

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

7. ¿El Informe Mundial sobre las Drogas 2019, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en México (UNODC), menciona que cerca de _____ personas en el mundo usaron drogas en el último año?
- a. 300 millones
 - b. 271 millones
 - c. 200 billones
8. ¿La encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de 9no EGB, 1ro y 3ro de Bachillerato en el año 2016, la prevalencia anual del consumo de marihuana fue de?
- a. 2%
 - b. 5%
 - c. 9,6%
9. López et al. 2009 menciona que una de las variables clave en los estudios de base poblacional sobre el tema de consumo de sustancias es:
- a. Edad
 - b. Sexo
 - c. Estado civil

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

10. Los factores de riesgo y protección son fundamentales en la problemática de consumo de sustancias dada su estrecha relación con el curso del consumo, es así que López plantea algunos factores de riesgo y protección: En el siguiente listado identifique los que corresponden:
- a. Nivel educativo
 - b. Nivel de ingreso
 - c. Edad
 - d. Sexo
 - e. Relación con los padres
 - f. Lugar de residencia
 - g. Estatura
 - h. Disponibilidad de las sustancias
 - i. Eventos estresantes en la niñez

¡FELICITACIONES! HA CONCLUIDO CON LA EVALUACIÓN

[Ir al solucionario](#)

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Actividades en el centro de práctica:

Actividad 1: investigue en su lugar de prácticas: Ubicación, tipo de institución, misión, visión, objetivos que persigue, normativa legal, servicios que oferta y organigrama institucional. [Anexo 6](#).

Proceda con la gestión de las certificaciones correspondientes

Complete y envíe el oficio de asignación de la institución/dependencia en la que realizará la práctica preprofesional. Revisar [Anexo 2](#).

Complete y envíe los anexos:

- Carta de aceptación de la entidad donde va a realizar las prácticas. Debe ser firmada por gerente o representante legal de la empresa. Revisar [Anexo 1](#)
- Carta de compromiso del estudiante. Debe ser firmada por el estudiante al inicio del periodo académico. Revisar [Anexo 2](#)
- Oficio de asignación de la institución/dependencia en la que realizará la práctica preprofesional (Practicum) Revisar [Anexo 1](#)



Semana 3



Unidad 5. Intervención Psicosocial basada en la evidencia para embarazo adolescente

Estimado estudiante, dará inicio al estudio de una problemática que concierne a una de las poblaciones más vulnerables, las adolescentes; esta problemática ha sido históricamente sectorizada a países en vías de desarrollo, anteriormente llamados subdesarrollados, sin embargo y aunque veremos en las estadísticas no significa que los países desarrollado no presenten embarazo adolescentes, efectivamente países latinoamericanos presentan porcentajes considerablemente más elevados en comparación con otras regiones, pero porque se debe esto, que está pasando en nuestros países, en nuestras comunidades, algunas de las posibles causas como veremos más adelante son, políticas, sociales, culturales, religiosas etc., pero antes de adentrarnos en la epidemiología, es importante tener presente las conceptualizaciones sobre este fenómeno.

¡INICIEMOS!

5.1. Definiciones

El presente capítulo se centra en la adolescencia, por lo que se empezará tomando la definición que ofrece la Organización Mundial de la salud [OMS] (s.f.), la cual afirma que la adolescencia es un periodo de desarrollo y crecimiento humano produciéndose después

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años de edad.

La afirmación anterior coincide con Ceballos (2013) quien define la adolescencia como una etapa más del desarrollo de la persona la cual da paso de la infancia a la edad adulta, considerándola una etapa puente ya que es un período de transición entre dos realidades muy diferentes y alejadas entre sí. Cabe destacar que, a lo largo de este período, según Moreno (2015) se modifican la estructura corporal, los pensamientos, la identidad y las relaciones que se mantiene con la familia y la sociedad, se presenta el hecho conducirse a la madurez, esta transición transcurre entre los 11-12 años y los 18-20 años aproximadamente.

En este mismo contexto, respecto a la edad y los cambios que representa la etapa de adolescencia Papalia et al. (2012) reafirma que la adolescencia abarca aproximadamente una edad entre los 11 y 19 o 20 años. Evidentemente la transición de la niñez a la adultez se caracteriza por un largo período del desarrollo que involucra cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, adoptando distintas formas en diferentes escenarios tanto sociales, culturales y económicos. Un cambio físico importante es el inicio de la pubertad, que conlleva a la madurez sexual o fertilidad, es decir, la capacidad para reproducirse.

En concordancia sobre los determinantes biológicos de la adolescencia para Oquendo (2019) son prácticamente universales; sin embargo, la duración y las características de este período podrían variar a lo largo del tiempo, diferir entre culturas, y depender de los contextos socioeconómicos. Pedreira et ál. (2001) plantea que es un proceso que varía de persona a persona, de familia a familia y de época histórica a época histórica, asimismo, Conger & Petersen (1984) manifiestan que la adolescencia empieza en la

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

biología y termina en la cultura, en otras palabras, la adolescencia parte de la pubertad y se construye a través de la cultura y sociedad.

Por lo tanto, partiendo de los supuestos anteriores, se puede definir a la adolescencia como un período de transición en la vida de una persona posterior a la niñez, siendo esta una fase de cambios importantes para el individuo, el cual trata de descubrir su propia identidad y formar su personalidad, así pues, su edad de comienzo puede variar, dependiendo del autor, algunos mencionan que puede empezar entre los 10 y 11 años y terminar entre los 19 y 20 años, considerándose una etapa importante que da comienzo a la edad adulta.

Una vez que ha realizado una aproximación a la definición de la adolescencia, es momento de referirnos al embarazo adolescente, una problemática al igual que las ya mencionadas en unidades anteriores multicausal y muy preocupante, está especialmente debido a la población específica en la que se presenta, es por esto que pido especial atención en esta temática, más allá de lo que corresponde a conceptualizar el embarazo adolescente, lo que más interesa son las cifras que son preocupantes, y encontrar la forma de reducir las mismas. De este modo lo invito a revisar los siguientes párrafos que nos adentran en esta realidad.

El embarazo en adolescentes es un fenómeno causado por múltiples factores, ocurriendo en todos los estratos sociales, con diferentes características en todos ellos.

El embarazo en la adolescencia tiene un efecto profundo en la trayectoria de vida de las adolescentes. Obstaculiza su desarrollo psicosocial, se asocia con resultados deficientes en materia de salud tanto para ellas como para sus hijos, repercute negativamente en sus oportunidades educativas y laborales, y contribuye a perpetuar los ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y en la Estrategia mundial para la salud

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

de la mujer, el niño y el adolescente (2016 -2030) se insta a todas las partes interesadas a trabajar por un mundo en el que toda mujer, niño o adolescente en cualquier entorno sea consciente de sus derechos a la salud y el bienestar físico y psíquico, tenga oportunidades sociales y económicas, y una participación plena en la configuración de una sociedad próspera y sostenible. (UNICEF, 2016)

5.2. Prevalencias

La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1.000 niñas, mientras que las tasas de embarazo adolescente en América Latina y el Caribe continúan siendo las segundas más altas en el mundo, estimadas en 66.5 nacimientos por cada 1,000 niñas de entre 15 y 19 años, y son sólo superadas por las de África subsahariana, indica el informe “Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe”

La mortalidad materna es una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas. A modo de ejemplo, en 2014, fallecieron cerca de 1900 adolescentes y jóvenes como resultado de problemas de salud durante el embarazo, el parto y el posparto. A nivel global, el riesgo de muerte materna se duplica en madres más jóvenes de 15 años en países de ingreso bajo y mediano. Las muertes perinatales son un 50% más alta entre recién nacidos de madres menores de 20 años comparado con los recién nacidos de madres de 20 a 29 años, indica el informe (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019)

Las cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) indican que en 2019 se han registrado 51.711 nacidos vivos de “mujeres adolescentes” de 10 a 19 años: 1.816 de adolescentes de 10 a 14 años (2,2 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

rango de edad) y 49.895 de adolescentes 15 a 19 años (63,5 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres en ese rango de edad). *Según el INEC, de las 1.816 niñas, 66 fueron de 10 a 12 años y 1.750 de 13 a 14 años.* Por lo tanto, no solo aumentarán los embarazos no deseados sino también conllevará a que el país enfrente otro problema de salud pública: abortos en condición de riesgo. Según cifras de Fundación Desafío, 7 niñas de 10 y 14 años, y cerca de 180 adolescentes de 15 y 19 años dan a luz cada día. 6 niñas abortan todos los días. *Según el Estudio de Costos de Omisión en Salud Sexual y Reproductiva en el Ecuador durante 2015 el Estado ecuatoriano gasto 4, 68 millones de dólares en la atención de las complicaciones derivadas de los abortos inseguros.*

De acuerdo a cifras del INEC, las provincias de Morona Santiago (6,87), Orellana (6.32), Esmeraldas (5.24) y Pastaza (5.04) tiene las tasas más altas de nacidos vivos por cada 1.000 adolescentes de 10 a 14 años. Por otro lado, Morona Santiago (93,7), Los Ríos (92.99), Orellana (91,7), Santo Domingo de los Tsáchilas (85.28), Esmeraldas (81.96), Napo (81.8) y Manabí (80.56) tienen las más altas por cada 1.000 adolescentes de 15 a 19 años (Veletanga, 2020).

5.3. Intervenciones

Estimado estudiante, continúe con el estudio del embarazo adolescente, luego de plasmar características y datos, mismos que muestran una realidad sumamente preocupante, lo invito a revisar con cuidado y detenimiento las diferentes intervenciones desde distintos enfoques, que les permitirá conocer diferentes formas de abordar esta problemática, recuerden que una de los aspectos que cimentan la intervención es la revisión teórica de programas previos, para esto ruego una lectura crítica, misma que servirá para interiorizar y comprender el marco de referencia para que ustedes dentro de su centro de práctica y si fuese el caso, trabajen con esta problemática psicosocial.

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)**Tabla 5.**

Propuestas de intervención en embarazo y otras problemáticas de las y los adolescentes

Nombre	Autor	Año	Link
Programas de prevención del embarazo entre adolescentes en la escuela: revisión sistemática de los estudios clínicos controlados aleatorizados	Bennett S E, Assefi N P	2005	enlace
Prevención del embarazo en la adolescencia	Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia	2013	enlace
Educación Integral de la Sexualidad: Conceptos, Enfoques y Competencias	UNESCO	2014	enlace
Prevención del embarazo en adolescentes	Lic. Mayteé Vaillant Correoso; MSc. Caridad Dandicourt Thomas; Lic. Yolaydys Mackensie Soria	2012	enlace
Factores de riesgo que inciden en el embarazo adolescente desde la perspectiva de estudiantes embarazadas	Massiel Venegas, Berenice Nayta Valles	2019	enlace
La evaluación de los programas de educación integral para la sexualidad: un enfoque en resultados de principios de género y empoderamiento	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	2015	enlace
Guía de Recomendaciones para la Prevención de la Repetición del Embarazo en la Adolescencia	Carolina Lüttges Dittborn, Ingrid Leal Fuentes, Daniela González Aristegui, Gabriela Huepe Ortega, Electra González Araya, Temístocles Molina González	2019	enlace
Guía Clínica De Intervención Psicológica Del Embarazo En La Adolescente	Díaz-Franco	2007	enlace

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

Nombre	Autor	Año	Link
Capacitación Para Orientar Adolescentes En Sexualidad Y Salud Reproductiva	Organización Mundial de la Salud OMS	1993	enlace
Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes	Organización Mundial de la Salud OMS	2003	enlace
Retos en la prevención del embarazo adolescente subsiguiente, un estudio desde la perspectiva de madres adolescentes	Paola González Navaa, Yesica Rangel Flores, Eduardo Hernández Ibarraa	2020	enlace

Apreciado estudiante, como ha logrado analizar los diferentes programas para la prevención de embarazos adolescentes, tienen diferentes abordajes, pero uno de los más utilizados es la educación y se podría decir la psicoeducación, de tal forma que como se refleja en estos estudios, el rol de actuación del psicólogo es fundamental, así mismo continuaremos con un tema que en primera instancia no lo tenemos vinculado con el contexto de actuación de la psicología, pero les invito a revisar la siguiente unidad y veremos que también podemos lograr mucho en temas de pobreza desde nuestra profesión, adelante.



Unidad 6. Intervención Psicosocial basada en la evidencia para pobreza y vulnerabilidad social

Estimado estudiante, es momento de realizar un acercamiento a una problemática que aparentemente no corresponde al estudio de un profesional en psicología, y esto ha sido así durante muchos años, sin embargo, la psicología social y comunitaria asignaturas que han visto en ciclos inferiores, y gracias a las mismas, se puede explorar y conocer mucho más de cerca esta realidad, que tiene mucha relación con nuestra formación como lo veremos en los párrafos siguientes, es así que les invito a recorrer como los psicólogos podemos intervenir en esta problemática mundial.

6.1. Definiciones

Aproximarse a la pobreza, desde una perspectiva psicosocial, resulta complejo de abordar si se considera que su definición presenta distintas perspectivas. Es decir, “la pobreza” entendida como un fenómeno psicosocial, ha sido definida desde ámbitos políticos, sociales y económicos, los que responden a las distintas maneras en que ha sido medida. Desde su definición es posible reconocer que en ella se encuentran presentes múltiples variables relacionadas entre sí, lo que enriquece la mirada, pero también dificulta su abordaje. (Lamas y Murrugarra, 2017).

El Diccionario de la Lengua Española define pobreza como: “cualidad de pobre; falta, escasez; dejación voluntaria de todo lo que se

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

posee, y de todo lo que el amor propio puede juzgar necesario, de la cual hacen voto público los religiosos el día de su profesión" (Real Academia Española, 2014., definición 1,2,3). Lo común a estas características es que ellas connotan una cualidad de carencia. Este atributo que, generalmente es posible encontrarlo en todas las definiciones, toma matices diferentes de acuerdo a su formulación. Así, por ejemplo, es posible encontrar definiciones sustentadas en un parámetro económico, estableciendo un nivel mínimo de acceso a bienes y servicios, lo cual permite formular políticas que favorezcan o acojan las necesidades de un sector determinado.

De este modo, una forma de definir pobreza e indigencia, se basa en el ingreso mínimo que una persona requiere para cubrir el costo de sus necesidades básicas. Para ello, se construyen indicadores que son comparables a lo largo del tiempo y que se van reajustando de acuerdo al mayor o menor acceso a bienes que ha podido desarrollar el promedio de la sociedad. (Morandé,2004)

El concepto de vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico-social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento. (Pizarro, 2001).

La insatisfacción analítica con los enfoques de pobreza y sus métodos de medición ha extendido los estudios de vulnerabilidad. Así, estos especialistas señalan que el concepto de pobreza, al expresar una condición de necesidad resultante sólo de la insuficiencia de ingresos, se encuentra limitado para comprender el multifacético mundo de los desamparados.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

En cambio, el enfoque de vulnerabilidad al dar cuenta de la “indefensión, inseguridad, exposición a riesgos, shocks y estrés” (Chambers, 1989), provocados por eventos socioeconómicos extremos entrega una visión más integral sobre las condiciones de vida de los pobres y, al mismo tiempo, considera la disponibilidad de recursos y las estrategias de las propias familias para enfrentar los impactos que las afectan. En realidad, el enfoque de pobreza califica de forma descriptiva determinados atributos de personas y familias, sin dar mayor cuenta de los procesos causales que le dan origen. La vulnerabilidad, en cambio, hace referencia al carácter de las estructuras e instituciones económico-sociales y al impacto que éstas provocan en comunidades, familias y personas en distintas dimensiones de la vida social. Esta diferencia conceptual tiene, desde luego, importancia explicativa. Pero además también debiera tener incidencia en las políticas públicas, contratiempos que permitan atacar la pobreza y la vulnerabilidad de forma integral.

La utilización del concepto de vulnerabilidad parece ser relevante, entonces, para entender el impacto psico-social que ha producido en los habitantes de América Latina el nuevo patrón de desarrollo. Los enfoques de pobreza y distribución del ingreso son insuficientes para comprender la condición de indefensión y el debilitamiento de los recursos y capacidades de amplios grupos sociales de la región producto del shock transformador.

El nuevo patrón de desarrollo, si bien ha abierto oportunidades y potenciado los recursos existentes en ciertos sectores de la sociedad también ha cerrado oportunidades y ha debilitado los de una gran mayoría de la población. Por tanto, desde el enfoque de la vulnerabilidad se podrían impulsar iniciativas de política pública que apunten a potenciar los recursos y a complementar las estrategias que tienen las propias familias, y la sociedad civil en general, para posicionarse de mejor manera frente al patrón de desarrollo vigente. (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2003).

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Esta misma organización estipula que la pobreza resulta de la incapacidad de satisfacción de las necesidades por la vía del ingreso, es importante estimar la pobreza como insatisfacción de un conjunto de necesidades básicas materiales, entre otras, vivienda, servicios básicos de agua potable y saneamiento (disposición de excretas) y acceso a la educación. A modo de resumen, lo invito a revisar la siguiente infografía donde se ilustra los diferentes tipos de pobreza, que nos permitirá comprender de mejor manera esta problemática. ¡Adelante!

Tipos de pobreza

6.2. Prevalencias

Estimado estudiante, corresponde hacer un recorrido por las estadísticas de la pobreza, que muestran en general una imagen de desigualdad y muy mala distribución de las riquezas a nivel mundial, por ejemplo en la investigación presentada por Lombeida y Serano en el 2020, mencionan que la pobreza por ingresos a nivel nacional en diciembre de 2019 se ubicó en 25,0% en comparación al 23,2% de diciembre de 2018, el incremento de 1,8 puntos porcentuales no es estadísticamente significativo. La pobreza urbana en diciembre de 2019 fue de 17,2%, mientras que en diciembre de 2018 se ubicó en 15,3%, lo que se traduce en una variación de 1,9 p.p. no estadísticamente significativa. Para el mismo periodo, la pobreza a nivel rural pasó de 40,0% a 41,8%, una variación de 1,8 puntos porcentuales no estadísticamente significativa.

Estos mismos autores estipulan que para diciembre de 2019 la pobreza extrema a nivel nacional se ubicó en 8,9% frente al 8,4%. En el área urbana la pobreza extrema pasó de 4,1% a 4,3%, lo que implica una variación de 0,2. En el área rural la pobreza extrema pasó de 17,7% a 18,7%, incremento de 1,0 puntos porcentuales.

Finalmente, a nivel nacional en diciembre 2019 llegó a 34,2%, valor que no tiene diferencia estadísticamente significativa con respecto al 33,5% de diciembre de 2018. A nivel nacional, la tasa de pobreza multidimensional a diciembre 2019 se ubicó en 38,1% en comparación al 37,9% reportado en diciembre 2018, el incremento de 0,2 puntos porcentuales no es estadísticamente significativo. En el área urbana, la tasa de pobreza multidimensional pasó de 23,9% en diciembre 2018 a 22,7%, variación que no es estadísticamente significativa. En el área rural, la tasa de pobreza multidimensional pasó de 67,7% en diciembre 2018 a 71,1% en diciembre 2019, este incremento de 3,4 puntos porcentuales es estadísticamente significativo. A nivel nacional, la tasa de pobreza extrema multidimensional a diciembre del 2019 se ubicó en 16,9%, en comparación al 16,7% reportado en diciembre 2018, el incremento de 0,2 puntos porcentuales no es estadísticamente significativo. A nivel urbano este indicador pasó de 5,8% en diciembre 2018 a 5,1% en diciembre 2019, mientras que a nivel rural pasó de 39,9% a 42,0%, ambas variaciones no son estadísticamente significativas. (Lombeida & Serrano, 2020).

Continuando en este contexto, se puede citar el estudio desarrollado en el 2020 por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2020) en Ecuador, cuyos resultados calculan que 3.1 millones de niñas, niños y adolescentes caerán en pobreza multidimensional al término de este año. Esto significa que sus hogares sufrirán una o más privaciones en educación, salud, alimentación, vivienda, trabajo y seguridad social por los efectos de la pandemia en el país. De ellos, seis de cada 10 vivirán en situación de pobreza extrema multidimensional; es decir, experimentarán más privaciones de estos derechos.

Se prevé también que la crisis tenga un doble impacto. Además de la disminución de los ingresos de los hogares, se incrementará la desigualdad; es decir, la distancia entre ricos y pobres será más

grande. Se estima que debido al COVID-19 habrá 1.8 millones de personas más en situación de pobreza por ingresos y se reducirá la clase media en alrededor de 1.1 millones de personas. Si no se actúa ahora, la crisis podría representar una pérdida de 20 años en la lucha por la erradicación de la pobreza en Ecuador y de 30 años para el caso de los hogares con niñas, niños. (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2020).

El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) identifica múltiples carencias a nivel de los hogares y las personas en los ámbitos de la salud, la educación y el nivel de vida. (Naciones Unidas Programas de Desarrollo Humano - [UNDP], s/f).

Pobreza Multidimensional (IPM), un instrumento de medición que analiza otros indicadores además de los ingresos e incluye aspectos como el acceso al agua potable, la educación, la electricidad, los alimentos y otros seis indicadores más. Ahora, dichos avances están en peligro.

En tres escenarios de deterioro variable en los que el 10, 25 y 50 % de las personas en pobreza multidimensional o vulnerables entran en situación de desnutrición, y la mitad de los niños en edad de educación primaria dejan de asistir a la escuela, los niveles de pobreza podrían volver a los de hace 8-10 años. Incluso si examinamos solo el impacto sobre la nutrición, de no poner freno o revertir rápidamente al aumento previsto en la desnutrición, podríamos retroceder a niveles de hace 3-6 años

De los 1.300 millones de personas que todavía viven en situación de pobreza multidimensional, más del 80 % sufren privaciones en, al menos, cinco de los 10 indicadores utilizados para medir la salud, la educación y la calidad de vida en el IPM global.

Los datos muestran también que la carga de la pobreza multidimensional recae de manera desproporcionada sobre los

niños. La mitad de los 1.300 millones de personas pobres todavía no han alcanzado los 18 años. Por otro lado, 107 millones tienen 60 o más años. (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, 2020)

Como se puede observar estimado estudiante, no es un panorama alentador, más aún cuando en el 2020 se vio afectada la economía a nivel mundial, donde los datos que ya eran preocupantes ahora son mucho más, es por esto que es indispensable que revisemos abordajes a esta problemática que seguramente será prioridad por algunos años en adelante, les invito a revisar las intervenciones enfocadas en la pobreza.

6.3. Intervenciones:

Estimado estudiante, continúe con el estudio de la vulnerabilidad y pobreza, luego de revisar datos relevantes, mismos que muestran una realidad desgarradora. Lo invito a poner la mirada en las intervenciones, que les permitirá a conocer diferentes formas de abordaje, recuerden que su participación como profesionales en formación recae en la intervención de orden preventiva, que como cualquier otra requiere la fundamentación teórica, para esto ruego dirigirse a los siguientes documentos, mismos que servirán como marco de referencia para que ustedes dentro de su centro de práctica y si fuese el caso, trabajen con esta problemática psicosocial.

Tengan presente que, dentro de su formación previa, han desarrollado ya competencias sobre Técnicas e instrumentos para la promoción y prevención en diferentes contextos psicológicos, además reforzaron los mismos con el Prácticum 2; lo que le ayudará al desarrollo, planificación y ejecución de las intervenciones en su centro de práctica, además en el desarrollo de las actividades recomendadas.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Tabla 6.

Propuestas de intervención en pobreza y vulnerabilidad social

Nombre	Autor	Año	Link
Psicología comunitaria y expresiones psicosociales de la pobreza: contribuciones para la intervención en políticas pública	Morais, Camurça, Barbosa	2015	enlace
Reseña de programas sociales para la superación de la pobreza en américa latina	Pardo	2003	enlace
Intervención psicosocial con niños en contextos de vulnerabilidad. El caso del barrio tierras coloradas, Loja – Ecuador	Aguirre, Moreira, Zabaleta y Pérez	2019	enlace

Apreciado estudiante, como les mencione al inicio de esta unidad, y seguro de que los documentos expuestos en la tabla 6, ilustrarán de mejor manera lo afirmado sobre lo que se puede hacer desde la psicología en la problemática de la pobreza, es importante que lleve estos contenidos al campo de actuación, es así, una vez concluida la revisión de estas unidades es importante que centremos nuestra atención en las actividades recomendadas, misma que permitirá el desarrollo de competencias para la puesta en práctica de estrategias y acciones en sus diferentes centros de práctica.



Actividad de aprendizaje recomendada unidad 5

¡ADELANTE!

En esta actividad pondrá diseñar un pequeño plan de intervención dirigido a su comunidad, tome en cuenta todo lo aprendido en función del embarazo adolescente, mismos que servirán de base

para sus propias estrategias tanto en su entorno, así como en su centro de práctica si este así lo requiere.

Procedimiento para realizar la actividad recomendada:

- a. Ingrese a los documentos presentados en la tabla 5 (propuestas de intervención para embarazo adolescente)
- b. Realice una lectura comprensiva de los documentos
- c. Rescate las ideas principales
- d. Elabore un resumen con las ideas principales, finalmente desarrolle las siguientes preguntas:
 - **¿Qué tipos de problemáticas de las y los adolescentes identifica en su comunidad?**
 - **¿Qué estrategias utilizaría usted para intervenir en la problemática psicosocial?**
 - **Identifique al menos tres factores de riesgo y tres factores de protección que estarían asociados a la problemática psicosocial en su comunidad**

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Luego de finalizar la actividad de aprendizaje recomendada, usted puede comprender que las estrategias de intervención van dirigidas a incrementar los factores protectores y disminución de los factores de riesgo; de esta forma se podría tener mejores resultados en las intervenciones preventivas.



Actividad de aprendizaje recomendada unidad 6

Estimado estudiante, una vez que ha abordado la problemática de pobreza, compleja en sí misma por su componente cultural y social, es fundamental que refuerce el estudio de la misma con la siguiente actividad recomendada, la cual permitirá desde la investigación visualizar la intervención en niños con características de vulnerabilidad, para esto les invito a revisar el siguiente Recurso Educativo Abierto (REA) denominado:

¡ADELANTE!

[Intervención psicosocial con niños en contextos de vulnerabilidad, caso Tierras Coloradas, Loja-Ecuador. \(Aguirre et al., 2019\)](#)

Para la siguiente actividad considere:

- a. Ingrese al REA anteriormente citado
- b. Realice una lectura comprensiva del artículo
- c. Rescate las ideas principales
- d. Elabore un resumen con las ideas principales, finalmente de respuesta a las siguientes interrogantes:
 1. Rescate 5 ideas principales del artículo en cuestión:
 2. ¿Cuál fue la metodología aplicada en el estudio?
 3. ¿Qué instrumentos de medición utilizaron?
 4. ¿Cuáles fueron los resultados?

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Luego de finalizar la actividad de aprendizaje recomendada, usted puede analizar un tipo de intervención realizada mismo que permitirá tomar como referencia en caso de que usted lo necesite profesionalmente.

Una vez estudiados los contenidos concernientes a los temas embarazo adolescente y pobreza, proceda a realizar las autoevaluaciones 5 y 6, que le permitirá comprobar su grado de adquisición de los contenidos. Para esto, revise los recursos de aprendizajes, tablas, temas y subtemas abordados en la guía didáctica.

ÉXITOS



Autoevaluación 5

1. Según Castillo (2013) la adolescencia es una etapa más del desarrollo de las personas en la cual da paso de la etapa natal a la edad preadolescente
 - a. Verdadero
 - b. Falso
2. ¿La adolescencia abarca aproximadamente una edad entre los 11 y 19-20 años?
 - a. Verdadero
 - b. Falso
3. La transición de la niñez a la adultez se caracteriza por:
 - a. Cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales
 - b. Cambios físicos y hormonales
 - c. Únicamente cambios hormonales
4. Un cambio físico importante es:
 - a. Capacidad de reproducirse
 - b. Cambio de estatura
 - c. Cambios emocionales

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

5. Según Oquendo (2019), los determinantes biológicos son prácticamente universales; sin embargo, la duración y las características de este período podrían variar a lo largo del tiempo, diferir entre culturas, y depender de los contextos socioeconómicos:
 - a. Verdadero
 - b. Falso
6. El embarazo en la adolescencia tiene efectos profundos como:
 - a. Obstaculiza el desarrollo psicosocial, repercute negativamente en las oportunidades educativas y laborales.
 - b. Retraso en el desarrollo, problemas de adaptación social
 - c. Abandono del hogar, desnutrición
7. La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada:
 - a. 1.000 niñas
 - b. 1 millón de niñas
 - c. 100 niñas
8. Una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas es:
 - a. mortalidad materna
 - b. Desnutrición
 - c. Suicidio
9. En 2019 se han registrado 51.711 nacidos vivos de “mujeres adolescentes” en edades comprendidas de:
 - a. 10 a 19 años
 - b. 8 a 15 años
 - c. 15 a 20 años

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

10. Durante 2015 el Estado ecuatoriano gasto _____ de dólares en la atención de las complicaciones derivadas de los abortos inseguros
- a. 4, 68 millones
 - b. 1 millón
 - c. 3, 5 millones

¡FELICITACIONES! HA CONCLUIDO CON LA EVALUACIÓN

[Ir al solucionario](#)



Autoevaluación 6

1. Para definir pobreza e indigencia, se basa en el ingreso mínimo que una persona requiere para cubrir el costo de sus necesidades básicas.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
2. Vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos:
 - a. Inseguridad y estrategias de enfrentamiento
 - b. Ingresos y egresos económicos
 - c. sentimiento de pertenencia y adaptación al medio
3. El enfoque de pobreza califica de forma descriptiva determinados atributos de personas y familias, sin dar mayor cuenta de los procesos causales que le dan origen
 - a. Verdadero
 - b. Falso
4. Los enfoques de _____ son insuficientes para comprender la condición de indefensión y el debilitamiento de los recursos y capacidades de amplios grupos sociales de la región producto del shock transformador
 - a. Pobreza y distribución del ingreso
 - b. Desigualdad
 - c. Pobreza extrema

5. Desde el enfoque de la vulnerabilidad se podrían impulsar _____ que apunten a potenciar los recursos y a complementar las estrategias que tienen las propias familias, y la sociedad civil en general, para posicionarse de mejor manera frente al patrón de desarrollo vigente
- Programas de intervención
 - Iniciativas de política pública
 - Evaluaciones de la prevalencia
6. Necesidades básicas insatisfechas (NBI) Además de la situación de pobreza que resulta de la incapacidad de satisfacción de las necesidades por la vía del ingreso, es importante estimar la pobreza como:
- Insatisfacción de un conjunto de necesidades básicas materiales,
 - Vivienda, servicios básicos de agua potable y saneamiento (disposición de excretas) y acceso a la educación
 - La opción a y b son correctas
7. Los tipos de pobreza son:
- Pobreza crítica, extrema, relativa, absoluta
 - Media alta, media, media baja
 - Pobreza y vulnerabilidad
8. Según el estudio desarrollado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Ecuador, se calcula que _____ de niñas, niños y adolescentes caerán en pobreza multidimensional al término de este año
- 3.1 millones
 - 1 millón
 - 5 millones

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

9. Se estima que debido al COVID-19 habrá _____ de personas más en situación de pobreza por ingresos:
- a. 3.1 millones
 - b. 1.8 millones
 - c. 5 millones
10. La pobreza multidimensional identifica carencias a nivel:
- a. Micro, macro y ecosistema
 - b. Ámbitos de salud, educación y nivel de vida
 - c. La opción a y b son correctas

¡FELICITACIONES! HA CONCLUIDO CON LA EVALUACIÓN

[Ir al solucionario](#)

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Actividades en el centro de práctica

Identifique las necesidades en función de las problemáticas psicosociales existentes en su centro de práctica y a partir de ello desarrolle la técnica de árbol de problemas, mismo que servirá para su posterior intervención.

Escenario de prácticas (Instituciones educativas, organizaciones, centros de salud, entre otros).

Complete el registro y control de asistencia cada vez que tenga actividades en la institución/ dependencia en la que realiza la práctica preprofesional. Revisar [Anexo 4](#).



Semana 4



Unidad 7. Intervenciones en salud mental (depresión, ansiedad, suicidio)

Apreciado estudiante, es momento de adentrarnos en problemáticas que son muy conocidas por ustedes, problemáticas con los cuales se tiene estrecha relación tanto en nuestra formación como en nuestro campo laboral, en esta unidad se va a abordar tres de los trastornos con mayor prevalencia a nivel mundial, patologías

que por separado generan preocupación incipiente a la salud pública, juntas sobrepasan cardiopatías, accidentes de tránsito y diabetes; me refiero a la depresión, ansiedad y suicidio (OPS, 2019). En este capítulo las revisaremos por separado debido a su conceptualización y abordaje, es importante que primero demos un vistazo a sus definiciones, etiología, clasificación en el caso de las dos primeras, para finalmente entrarnos en las formas de prevención, es así que los animo a revisar estos temas de mucho interés para nuestra salud y la de todos.

7.1. Conceptualización de la depresión

Cabe mencionar también que lamentablemente, los casos de personas con estas patologías incrementan constantemente, no obstante, en nuestra sociedad aún no se visualiza cómo estas alteraciones pueden provocar cambios significativos en el rendimiento de la persona, su satisfacción con la vida, la percepción sobre sí mismo y la interacción con el medio.

Como se puede evidenciar, las enfermedades mentales ocupan un lugar relevante dentro de la salud, siendo la depresión un trastorno mental frecuente, una realidad no muy diferente en nuestro país, es importante mencionar algo común en nuestros días, muchas veces se confunde este trastorno con tristeza, con dolor, sufrimiento, sin embargo, este problema va más allá de lo antes mencionado, la depresión es un trastorno psicológico grave, que puede llevar a la muerte de un individuo. Por lo antes mencionado apreciados estudiantes es fundamental que podamos reconocer su conceptualización desde diferentes autores.

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

Tabla 7.
Definiciones de depresión

Autor	Año	Definición
Organización Mundial de la Salud	2017	Trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.
Organización Panamericana de la Salud	2017	Enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida; causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos.
Ranna Parekh	2017	Enfermedad médica grave y común que afecta negativamente a una persona en cómo se siente, piensa y actúa.
Ministerio de Salud de Chile	2013	Trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas que incluyen cambios bruscos del humor, irritabilidad, falta de entusiasmo y una sensación de congoja o angustia, trascendiendo lo que se considera como normal.
Ignacio Zarragoitia	2011	Trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profundos.
David Sue, Gerald Wing y Stanley Sue	2010	Catalogada como un trastorno del estado de ánimo, posee sintomatología que afecta en cuatro áreas: afectiva, cognitiva, conductual y fisiológica.
Martha I. Jordán	2008	Estado de abatimiento e infelicidad, que puede ser transitorio o permanente.
Irwin Sarason y Bárbara Sarason	2006	Cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo y en la conducta. Algunas fluctuaciones en el estado de ánimo son normales y otras coinciden con la definición de los problemas clínicos.

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

Autor	Año	Definición
American Psychological Association	2000	Es más que tristeza. Las personas con depresión pueden experimentar falta de interés y placer en las actividades diarias, pérdida o ganancia de peso significativa, insomnio o sueño excesivo, falta de energía, incapacidad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva y pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
Aaron Beck	1987	Contiene actitudes disfuncionales que influyen en la manera en la que la persona interpreta, codifica y recupera información; donde ésta posee un punto de vista bastante pesimista acerca de sí mismo, del mundo y del futuro.
Albert Ellis	1963	Es un problema que posee tres factores como la autoculpa, autocompasión y autolástima.

Nota, la información ha sido obtenida de Hauck (1971); American Psychological Association [APA] (2000); Sarason y Sarason (2006), p.333; Hankin et al. (2008); Jordán (2008); Sue et al. (2010), p. 306; Zarragoitía (2011), p.5; Ministerio de Salud de Chile [MINSAL] (2013), p.12; Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017); Organización Panamericana de Salud [OPS] (2017); Parekh (2017).

Como se puede observar, la depresión es un problema de salud complejo, relacionado directamente con el estado de ánimo, que no se limite a sentimiento de tristeza, tiene varias implicaciones, cognitivas, afectivas y conductuales, es por esto que la prevención de este trastorno debe ser integral, es algo que veremos en los programas citados más adelante, lo que nos corresponde revisar son los tipos de depresión, se debe conocer las diferentes tipologías que presenta la depresión con la finalidad de definir nuestro abordaje desde la prevención y promoción de la salud.

7.1.1. Tipos de depresión

Una vez, que ha leído e interiorizado las diferentes definiciones, tenemos un panorama mucho más claro de lo que es la depresión,

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

pero también es importante su clasificación, con lo cual apreciados estudiantes, nos corresponde identificar los diferentes tipos de depresión, es así que les invito nuevamente a dar lectura de la clasificación de la depresión realizada por la Asociación de Psicólogos Americanos APA (2014) en su manual de criterios diagnósticos quinta edición DSM 5.

Este manual menciona que en los distintos tipos de depresión, la sintomatología es similar, la diferencia entre éstos es la duración que poseen, es decir “la presentación temporal o la supuesta etiología”. Entre los síntomas comunes se encuentra “ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos” que perjudican la funcionalidad normal de las personas (APA, 2014). De este modo, lo invito a revisar la siguiente figura, mismas que le mostrará de una manera visual los diferentes tipos de depresión. Adelante!

Figura 2.

Tipos de depresión

Tipos de depresión según en DSM V (APA, 2014).

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno de depresión mayor.
- Trastorno depresivo persistente (distinta).
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia o medicamento.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Depresión breve recurrente.
- Episodio depresivo de corta duración (4-13 días).

Nota.

7.1.2. Prevalencia

Apreciado estudiante, como se menciona en párrafos anteriores la depresión es uno de los trastornos más frecuentes a nivel mundial, en este apartado trataremos de hacer un recorrido deductivo, de lo general o lo particular, iniciando con estadísticas mundiales para

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

finalizar en nuestro continente, esto reafirmará lo que viene diciendo la Organización Mundial de la Salud (OMS) y en este año se ha venido incrementado, además podrán evidenciar en proporciones numéricas porque genera tanta preocupación a nivel mundial.

Se empezará con los datos de la OMS (2019), la cual manifiesta que la depresión es un problema frecuente, ya que existen más de 300 millones de personas con este trastorno en todo el mundo. Las cifras de casos de depresión y otros trastornos mentales continúan en aumento, considerando que la depresión es la segunda causa de morbilidad y discapacidad en personas entre 15 y 29 años.

Adicionalmente, la OPS (2016; 2017) indica que en el 2015 la proporción mundial con esta patología fue del 4,4%, aumentando un 18,4% entre los años 2005 y 2015. Casi la mitad de las personas con este trastorno se encuentran en las regiones de Asia Sudoriental (27%) y del Pacífico Occidental (21%). En América cerca de 50 millones de personas padecen depresión, esta cantidad ha aumentado un 17% desde el 2005, siendo la patología más común en América del Sur. Además, en relación con el sexo existe mayor prevalencia en mujeres (5,1%) que en hombres (3,6%) y es más frecuente en las personas entre los 60 y 64 años.

Otro dato que aporta a la prevalencia es la investigación realizada por Rai *et al.* (2013), quienes mencionan que prevalencia de depresión en todas las regiones del mundo oscila entre el 0,4 y el 15,7%, así mismos estudios realizados en Asia, por autores como Takahashi y Ohde (2016) encontraron que, en Japón con 2 113 personas, la prevalencia de depresión fue del 16,2%; por otro lado, Zeng y Jian (2018) indican que en China en cuatro años ha disminuido la prevalencia de depresión alcanzando en el 2015 un 32,7%. En África occidental, donde el trabajo realizado por Agarwal *et al.* (2013) se encontró que el 11,9% de adultos manifestaron depresión.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

En México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEG, 2017) indica que el 9,9% de la población mayor a 12 años posee sentimientos de depresión diariamente, el 11,7% semanalmente, el 11,5% mensualmente y el 66,9% indica sentimientos de depresión algunas veces al año.

En Latinoamérica, específicamente en Chile, la Encuesta Nacional de Salud indica que durante los años 2016 y 2017 existió una prevalencia de depresión del 6,2% a nivel nacional y se sospecha que un 15,8% total a nivel mundial (MINSAL, 2018). Así también, en Colombia, una investigación arrojó como resultados que el 10,9% de los hombres entre 15 y 35 años presentaban un nivel subclínico de depresión, el 6,9% un nivel mayor al subclínico, el 6,1% un nivel severo-moderado y el 0,8% manifestó niveles de depresión severa; donde, además, los investigadores pudieron identificar que el 7,7% de los participantes revela ideación suicida y el 12,2% presentaba ideas de muerte (Londoño y González, 2016). En otro estudio realizado en Perú, los resultados de Mercader (2020) indicaron que el 11,8% de los adolescentes poseen un nivel clínico de depresión.

A nivel nacional, Rai *et al.* (2013) manifestaron que Ecuador posee un 5% de prevalencia de depresión. Y, por otro lado, el INEC (2017), indica que 2 088 personas recibieron atención por depresión en el 2015 de las cuales el 12,07% fueron adolescentes entre 13 y 18 años. La investigación llevada a cabo en Latacunga, Ecuador en 30 personas con edades comprendidas desde los 17 años, hospitalizados por problemas en su salud física, se encontró que existe una prevalencia de depresión del 93% (Fiallos, 2019).

Apreciado estudiante, estos datos permiten tener una percepción global de casos de depresión, trastorno que afecta a personas de distinta edad, nacionalidad, clase económica, género, entre otros. Lo que hace posible percibir la necesidad de trabajar en este problema y disminuir las tasas de prevalencia, ya que están aumentando constantemente. Tomando en cuenta que los pocos estudios

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

realizados en Ecuador se indica una cifra en aumento de personas con depresión, es así que el siguiente apartado abordaremos algunos de programas para la prevención de la depresión.

7.1.3. Intervención

Estimado estudiante, una vez que tenemos claro las diferentes conceptualizaciones, tipos y epidemiología de la depresión, es momento de continuar con la revisión de las intervenciones, es importante tener antecedentes de programas que presentan evidencia científica sobre el abordaje de esta problemática psicológica, que servirá como marco de referencia para que ustedes dentro de su centro de práctica y si fuese el caso, planteen y ejecuten su propio programa de prevención de la depresión.

Tabla 8.

Propuestas de intervención en depresión

Nombre	Autor	Año	Link
Prevención del comienzo de la depresión estado actual y desafíos futuros	Vázquez y Torres	2005	enlace
La eficacia de la prevención indicada de la depresión: una revisión	Vázquez, Blanco, Torres, Otero y Hermida	2014	enlace
¿A dónde ir desde aquí? Un metaanálisis exploratorio de los enfoques más prometedores de los programas de prevención de la depresión para niños y adolescentes	Sarah E. Hetrick, Georgina R. Cox1 y Sally N. Merry	2015	enlace
Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia. Actualización	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	2018	enlace
Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t)	2014	enlace

Nombre	Autor	Año	Link
Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión	Sánchez-Hernández, Méndez y Garber	2014	enlace

7.2. Ansiedad

Apreciado estudiante, continúe ahora con otro de los trastornos con mayor relevancia a nivel mundial, trastorno que al igual que la depresión es confundida muchas veces con aspectos que caben dentro de la normalidad, este caso me refiero a la ansiedad.

La ansiedad es un constructo que ha recibido muchas acepciones, tanto en el lenguaje formal o coloquial. Esto quizás es debido a que la vida de las sociedades industriales es cada vez más caótica y acelerada, haciendo parte de la vida a los trastornos de la emoción, tomando como referencia cambios radicales, por ejemplo, en emergencias sanitarias donde los problemas de salud mental se incrementan, agudizan y cronifican, siendo cada vez más “normal” hablar de ansiedad y sus derivaciones en estos escenarios, pero ¿qué es en realidad la ansiedad? Estimados estudiantes les invito a dar respuesta a esta pregunta con las diferentes definiciones, planteadas a continuación.

Iniciar con las raíces del término, mismo que proviene del latín “anxietas”, describiendo un estado de agitación, preocupación o inquietud del ánimo, el cual como trastorno se convierte en una de las sensaciones más frecuentes de la persona y se manifiesta por medio de tensión emocional, nerviosismo, preocupación de forma desagradable y diversas sensaciones somáticas. Ambas manifestaciones (emocionales y físicas) no correlacionan con algún peligro real (Sierra et al., 2003; Maté et al., 2004; Zavala et al., 2009).

Según la APA (2014), en el DSM 5; los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos,

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

así como alteraciones conductuales asociadas. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Es evidente que ambas respuestas se solapan, aunque también se pueden diferenciar, estando el miedo frecuentemente asociado a accesos de activación automática necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida, y la ansiedad está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos.

Este manual añade que los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados. Se distinguen de la ansiedad o el miedo transitorio, a menudo inducido por el estrés, por ser persistente (p. ej., suelen tener una duración de 6 meses o más).

Para autores como Sierra, Ortega & Zubeidat (2003), la ansiedad es “un estado desagradable de agitación e inquietud, cuya principal característica es la anticipación del peligro, y que presenta tanto síntomas físicos, cognitivos y emocionales” pp. 16-18.

La ansiedad es una emoción que surge ante situaciones ambiguas, en las que se anticipa una posible amenaza, y que prepara al individuo para actuar ante ellas mediante una serie de reacciones cognitivas, fisiológicas y conductuales. Lang (1968 citado en Martínez 2012): es una respuesta emocional que da el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazas o peligros. Beck (1985) refiere que es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas. Kiriacou y Sutcliffe (1987): una respuesta con efectos negativos (tales como cólera, ansiedad, depresión) acompañada de cambios fisiológicos potencialmente patógenos (descargas hormonales, incremento de la tasa cardiaca, etc.)

Lazarus (1976): La ansiedad es un fenómeno que se da en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora el rendimiento y la adaptación al medio social, laboral, o académico. Tiene la importante función de movilizarnos frente a situaciones amenazantes o preocupantes, de forma que hagamos lo necesario para evitar el riesgo, neutralizarlo, asumirlo o afrontarlo adecuadamente.

7.2.1. Prevalencia

Los trastornos de ansiedad son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una alta prevalencia de aproximadamente 2-8% en la población general y 10-12% en las consultas de atención primaria (Orosco, 2012). Este mismo autor menciona que en los últimos años se ha observado un incremento de los casos, así como de la comorbilidad que a menudo los acompaña, son 2 veces más prevalentes en mujeres; son frecuentes en la actividad clínica de atención primaria. Finalmente afirma que 1 de 10 pacientes que se atienden diariamente presentan un trastorno de ansiedad, siendo incluso más comunes que la diabetes mellitus. En el anciano, tienen una prevalencia de 5-10%.

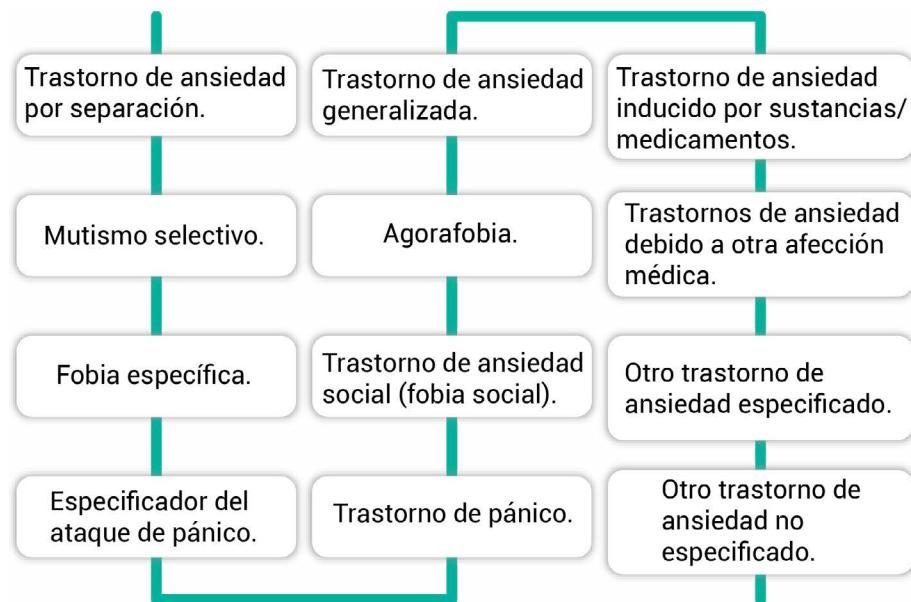
Se calcula que, en el 2015, la proporción de la población mundial con trastornos de ansiedad fue de 3,6%. Del mismo modo que en el caso de la depresión, los trastornos de ansiedad son más comunes en las mujeres que en los hombres (4,6% en contraste con 2,6%, a nivel mundial). En la Región de las Américas, se estima que hasta 7,7% de la población femenina sufre trastornos de ansiedad (3,6% de los hombres). Las tasas de prevalencia no varían sustancialmente entre los grupos etarios, aunque se puede observar una tendencia a una menor prevalencia en los grupos de mayor edad (OPS, 2017).

Finalmente, la Organización Panamericana de la Salud en su documento la carga de los trastornos en la Región de las Américas (2017), menciona que los trastornos de ansiedad son el segundo

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

trastorno mental más discapacitante en la mayoría de los países de la Región de las Américas. Existe un patrón subregional aún más tangible que con la depresión, con Brasil en primera posición (7,5%); todos los países sudamericanos, salvo uno, muestran una discapacidad por encima del promedio por países (4,7%) y del total regional (4,9%); y 8 de los 10 países principales en cuanto a la discapacidad pertenecen a esta subregión. América del Norte se encuentra en el otro extremo del espectro: Canadá muestra la menor discapacidad (3,4%), seguida de México (3,6%) y Estados Unidos (4,1%), también bastante por debajo del promedio y del total regional. Estimados estudiantes, es importante que revisemos la figura sobre la clasificación de ansiedad, que nos brinda el DSM-5, esto nos permitirá diferenciar las diferentes tipos y características de este trastorno, adelante.

Figura 3.
Clasificación de ansiedad



Nota.

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

7.2.2. Intervención

Estimado estudiante, en este apartado se presente una recopilación de algunos programas de intervención, así como investigaciones relacionadas a la prevención de la ansiedad, este material será de utilidad para que ustedes elaboren sus programas de promoción primaria en los centros de práctica, si fuese el caso, recuerden que es fundamental interiorizar un bagaje amplio de intervenciones que les permitan plantear de mejor manera su intervención, por esto es importante una lectura crítica y minuciosa de los diferentes programas y acciones de intervención en ansiedad.

Tabla 9.
Propuestas de intervención en Ansiedad

Título	Autor	Año	Link
Intervención sobre las dimensiones de la ansiedad social por medio de un programa de entrenamiento en habilidades sociales	Wagner, Pereira y Oliveira	2014	enlace
El efecto del ejercicio físico sobre la ansiedad y la depresión / The effect of physical exercise on anxiety and depression	Días, Tobal y Salvatierra	2001	enlace
Los efectos de un programa de prevención de la ansiedad y la depresión para adolescentes en variables educativas y de bienestar	García, Valiente, Sandín, Ehrenreich y Chorot	2020	enlace
Viabilidad de un programa de prevención selectiva de los problemas de ansiedad en la infancia aplicado en la escuela	Tortella Feliu, Miquel; Servera, Mateu; Balle, María; Fullana, Miquel Angel	2003	enlace
Efectividad de un programa de prevención en salud mental mediante el diálogo socrático y el pensamiento crítico	Londoño, Palacio, Acosta, Juárez y Aguirre	2015	enlace

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Estimado estudiante, se ha presentado los diferentes abordajes para la prevención de la ansiedad, mismas que se enmarcan en dos de los modelos de mayor vigencia actualmente y que presentan evidencia científica de su eficacia, estoy haciendo referencia a las corrientes cognitivo, conductual, sin embargo no se debe dejar de lado propuestas como la planteada desde la resolución de problemas, manejo de emociones, que aportan a los estudios de prevención, en este sentido, lo invito a revisar las diapositivas sobre algunas consideraciones en relación a la ansiedad. Adelante.

Consideraciones de la ansiedad.

[Ir a recursos](#)

7.3. Suicidio

Apreciado estudiante, corresponde ahora revisar el suicidio, es un fenómeno complejo que ha transcurrido y se ha visto en evidencia a lo largo de la historia en diversos grupos sociales, económicos, étnicos y culturales, considerado incluso como un pecado en muchas religiones, en diversas culturas es una forma honorable de escapar de situaciones humillantes o que no tienen resolución, también se lo estima como un delito en algunos países y para algunas personas aún es un tema tabú, pese a las elevadas estadísticas que este mantiene (Velazco & Castrillón, 2015).

7.3.1. Introducción y definiciones

Es importante mencionar estimados estudiantes algunas conceptualizaciones, mismas que como podrán revisar han ido evolucionando a lo largo del tiempo y se han visto afectadas por los cambios culturales y sociales.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Benítez (2008) menciona que el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española consideró en el año 1817 al suicidio una etiología paralela a la de homicidio; proveniente de la raíz latina *sui* (uno mismo) y *cidium* (acción de matar), el mismo que tiene origen en el verbo *caedere* (cortar o matar), determinando como acepción etimológica del término *matar a sí* o *matarse a sí mismo* (Robles et al., 2013; Velazco & Castrillón, 2015). Apreciados estudiantes, a manera de resumen y para que ustedes interioricen de mejor manera lo concerniente a las diferentes conceptualizaciones del suicidio, les invito a revisar la siguiente infografía adelante.

Definiciones de suicidio

Es importante mencionar que este fenómeno no solo conlleva un acto final de muerte de la persona, para llegar al suicidio como tal se desprenden ciertas conductas o comportamientos que se pueden presentar y a la vez que se clasifican específicamente en tres categorías: ideación suicida, planeación suicida e intento suicida. (Nock et al., 2008; Bahamón et al., 2018).

Robles et al. (2013) afirman que el comportamiento suicida es el resultado de la interacción de varios factores, que pueden ser estáticos y modificables, o dinámicos, objeto de intervención, incluyéndose los rasgos de personalidad, experiencias traumáticas infantiles, y enfermedades crónicas asociadas al dolor, ocupando un rol importante dentro de dicha conducta. De la misma manera, la OMS (2014), se refiere a este comportamiento como una diversidad de conductas que incluyen pensar, planificar, intentar y cometer un suicidio propiamente dicho. Deduciendo así que es un problema complejo que resulta de la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales. (Inostroza et al., 2015).

Otro importante aporte es el presentado por Robles et al. (2013) quienes mencionan que el proceso suicida se va desarrollando en la

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

persona de manera lenta la cual se da en tres fases bien definidas, comenzando con el *planteamiento o ideación suicida pura* en donde la persona se propone la posibilidad de quitarse la vida como solución a determinados problemas de los cuales no encuentra una solución, seguido de ello la *ideación suicida ambivalente*, aquí, el individuo establece las consecuencias de suicidarse tanto para él, como para su entorno; pasa reiteradamente de pensar en suicidarse o no hacerlo y viceversa. Por último, llega la *decisión firme de suicidarse* en donde el individuo ha tomado la resolución inamovible de terminar con su vida, manifestándose cierta tranquilidad ya que sus dudas han desaparecido. Es importante mencionar que no todos los suicidios consumados han sido precedidos por la ideación suicida y en ocasiones no cumplen con todas las fases mencionadas, puesto que estas se pueden presentar de forma impulsiva y en cualquier momento (González *et al.*, 2008).

Tenemos entonces, estimados estudiantes, que el suicidio es un problema complejo que resulta de la interacción de diversos factores, tiene como finalidad la culminación de la vida de un individuo, este puede pasar por un proceso como tal o se puede dar espontáneamente, pero, por lo general siempre se presentarán aquellos pensamientos que invaden a una persona sobre la decisión a tomar, así como la forma en como lo efectuará. Ahora bien, no es menor la preocupación en relación a la depresión y ansiedad, aunque tienen relación estrecha, el suicidio se ha incrementado en los últimos años, es importante que revisemos datos que nos permitirán dar una mirada más cercada a esta realidad.

7.3.2. Prevalencia

Según la OMS (2019) cerca de 800 mil personas se quitan la vida. Las estadísticas sobre el suicidio suponen una tasa de mortalidad global de 16 por 100 mil y durante los últimos 45 años las tasas de suicidio se han visto en aumento de un 60% a nivel mundial, siendo

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

esta problemática catalogada como una de las tres primeras causas de defunción entre las personas de 14 a 44 años y la segunda causa en el grupo de 10 a 24 años, sin contar las tentativas de suicidio que son 20 veces más frecuente que los casos de suicidio consumado (OMS, 2012). Las cifras de suicidio por año a nivel mundial son elevadas, razón por la cual esta conducta es una de las 10 primeras causas de mortalidad, permitiendo evidenciar que cada 40 segundos hay un suicidio en alguna parte del planeta y que cada 3 segundos una persona intenta quitarse la vida (Rodríguez-Escobar *et al.*, 2013).

El suicidio constituye un problema de salud pública de suma importancia en las Américas, dentro de este marco existen cerca de 65 mil defunciones anuales por suicidio y una tasa de mortalidad ajustada según la edad de 7.3 por cada 100 mil habitantes lo cual se evidenció para el periodo 2005 – 2009. La tasa ajustada por la edad correspondiente a América Latina y el Caribe fue de 5.2 por 100 mil habitantes de ambos sexos. Por subregiones las tasas anuales de suicidio por 100 mil habitantes según la edad fueron América del Norte 10.1%, América Central, Caribe Hispano y México 5.3%, Suramérica 5.2% y el Caribe no hispano 7.4%, resaltando así que el suicidio representaba el 12.4% de las causas externas de muerte en las Américas, lo cual variaba según la subregión (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014).

En Ecuador las tasas de suicidio en adolescentes de 10 a 19 años y de 15 a 24 años fueron de 7.5 y 13.6 por 100 mil. Mientras que en sus países vecinos se reflejaron porcentajes de 4.7 y 9.4 en Colombia, y para Perú fueron 1.1 y 1.9. Además, en el año 2014 se determinó que el suicidio en Ecuador representa entre el 15 y 20% de las muertes por causas externas en este grupo de edad, lo que también contrasta con Colombia representando entre 7 y 11% de estos fallecimientos y en Perú oscila entre el 6 y 7% (Gerstner *et al.*, 2018).

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Según la Meta 3.4 del Objetivo de Desarrollo Sostenido 3 (ODS) para el año 2019, se debía reducir en un tercio los suicidios de adolescentes, sin embargo, estas se han visto en aumento.

Visualizando así que en el año 2010 la tasa por 100 mil adolescentes fue 8 y en el 2016 se incrementó a 10. Tomando como referencia este promedio nacional, tenemos que la tasa más alta de suicidios en adolescentes corresponde a la provincia de Zamora Chinchipe en donde está asciende a 53 por 100 mil, seguida por Napo y Cañar la cual es de 33 por 100 mil, superando la tasa nacional de mortalidad (Observatorio Social del Ecuador, 2018).

Por otro lado, en el año 2006 murieron cerca de 137 jóvenes, de igual manera, 83 suicidios fueron realizados por mujeres y 109 por hombres. Suponiendo entonces un cambio, ya que desde 1997 hasta el 2007 el suicidio en mujeres adolescentes ocupaba el primer lugar (Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia [ODNA], 2012).

El INEC (2016) plantea que, en función al número de muertes violentas por sexo a nivel nacional el suicidio se ubica en el tercer lugar con 1219 casos (953 hombres y 266 mujeres). Las defunciones en mayor frecuencia ocurren en edades comprendidas entre los 20 y 34 años, en las muertes por suicidios se evidencian 447 casos mientras que el grupo de 15 a 19 años presenta 62 casos. Asimismo, para el año (2019) el suicidio se ubicó como la primera causa de muerte en adolescentes de 12 a 17 años con el 17.8%. Por su parte Our Wourld in Data [OWID] señala que para el año (2017) las tasas de mortalidad por suicidio medidas por cada 100 mil individuos en varias categorías de edades en Ecuador fueron de 11.60 para las edades comprendidas entre 15 a 49 años.

Tenemos también, que según la OMS (2019) estima que alrededor del 20% de todos los suicidios se comenten por autointoxicación con plaguicidas, ahorcamiento y armas de fuego. De igual manera

Gerstner *et al.* (2018) menciona que los métodos comúnmente usados por los adolescentes para el acto suicida, según las diferencias por sexo fueron notables; en Ecuador se evidenció que, en las mujeres el envenenamiento fue el método más frecuente (54%), seguido por el ahorcamiento (41%) y en los hombres el ahorcamiento (66%), envenenamiento con pesticidas (25%) y los disparos (5%).

Dentro de este mismo contexto (Ecuador) Núñez-González *et al.* (2018) en su investigación encontraron que los métodos usados para la autolesión intencional fueron: ahorcamiento, estrangulamientos y asfixia representando el 52% de todos los casos, de igual forma el auto envenenamiento, exposición a otros productos químicos no especificados y sustancias nocivas representaron el 21.9% de los casos mientras que el auto envenenamiento y la exposición a pesticidas representaron el 17.3% de los casos.

La OMS (2012) afirma que tradicionalmente las mayores tasas de suicidio se han registrado en los hombres de edades avanzadas, sin embargo, en la actualidad es necesario hacer hincapié en las tasas de los adolescentes, las cuales han ido en aumento hasta el punto de convertirse en el grupo de mayor riesgo en un tercio de los países tanto en los desarrollados y los que están en vías de desarrollo.

Como se puede observar, estimado estudiante, las cifras sobre el suicidio son sumamente elevadas y poco a poco han ido creciendo en diferentes partes del mundo, y Ecuador no es la excepción, lo que significa que se debe prestar mayor atención. Todo esto se lo puede lograr a través de una adecuada difusión de información, desarrollo de futuros planes de intervención, así como restringir el acceso a los métodos comúnmente usados, ya sea armas, plaguicidas, pesticidas, entre otros, aspectos que los pondrán en práctica en las diferentes instituciones en las cuales desarrollan sus actividades,

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

para ello se enfocará en algunos de los programas de intervención que abordan esta problemática.

Para continuar, estimado estudiante, es de suma importante que analice y comprenda cómo evaluar la conducta suicida, esto puede marcar la diferencia entre los diferentes abordajes para prevenirla o pensar en un tratamiento diferente, con este antecedente les quiero invitar a que revisen la siguiente presentación donde se explica la evaluación de la conducta suicida, ¡Adelante!

Evaluación del suicidio

[Ir a recursos](#)

7.3.3. Intervención

Estimado estudiante, continúe con el estudio del suicidio, luego de detallar en definiciones, características y datos que muestran una realidad alarmante y preocupante, lo invito a poner la mirada en las intervenciones, las cuales les servirán como marco de referencia para que ustedes dentro de su centro de práctica y si fuese el caso, trabajen con esta problemática.

Tabla 10.

Propuestas de intervención en Suicidio

Título	Autor	Año	Link
Conducta suicida adolescencia y riesgo	MSc. Alba Cortés Alfaro	2013	enlace
Estrategia de intervención para la prevención del Suicidio en Adolescentes: La escuela como Contexto	Piedrahita S L. E., Paz K. M., & Romero A. M.	2015	enlace

Título	Autor	Año	Link
Factores de riesgo de la conducta suicida en niños y adolescentes	Marcela Larraguibel Q., Patricia González M., Vania Martínez N., Ricardo Valenzuela G.	2000	enlace
Calidad en la ejecución del Programa de Prevención y Control de la Conducta Suicida	Raxsy Soler Santana, Bárbara Castillo Núñez, Marlene Brossard Cisnero y Carilda Emilia Peña García	2010	enlace
Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Para profesionales sanitarios y facilitadores sociales.	Jiménez, Martín, Navío, Pacheco, Pérez Petersen, Robles, Santiago, Tebar, Torras y Villoria	2019	enlace
Guía para la detección y prevención de la conducta suicida. Dirigida a docentes.	Jiménez	2019	enlace
Diretrices de actuación para la Prevención, Intervención y Postvención del suicidio en el entorno escolar	Dumon y Gwendolyn	2014	enlace
Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida	Centro de Psicología Aplicada (CPA) Universidad Autónoma de Madrid (UAM)	2013	enlace
Estrategias de prevención y soporte en adolescentes con depresión y conducta suicida: una necesidad urgente	Sandoval, Vilela y Galvez	2017	enlace
Prevención de la conducta suicida en la APS	Wilfredo Guibert Reyes	2002	enlace
La prevención de la conducta suicida: una necesidad	Fernando Mansilla Izquierdo	2002	enlace

Estimado estudiante, es importante culminar estos temas con las estadísticas que ofrece la Our World In Data, que se trata de una publicación en-línea que presenta datos y resultados empíricos

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

que muestran el cambio en las condiciones de vida en todo mundo. Los resultados son mostrados por medio de gráficos y mapas interactivos donde se puede visualizar las tendencias de cambio por país, región y a nivel mundial, en este caso dejó los datos del año 2017, que confirman lo mencionado anteriormente y que evidencia la necesidad de la intervención para la prevención, por favor (revisar tabla 11 y figura 4).

Tabla 11.

Estimaciones de la prevalencia de los trastornos de salud mental y la carga de morbilidad asociada

Disorder	Share of global population with disorder (2017) [difference across countries]	Number of people with the disorder (2017)	Share of males:females with disorder (2017)
Any mental health disorder	10.7%	792 million	9.3% males 11.9% females
Depression	3.4% [2-6%]	264 million	2.7% males 4.1% females
Anxiety disorders	3.8% [2.5-7%]	284 million	2.8% males 4.7% females
Bipolar disorder	0.6% [0.3-1.2%]	46 million	0.55% males 0.65% females
Eating disorders (clinical anorexia & bulimia)	0.2% [0.1-1%]	16 million	0.13% males 0.29% females
Schizophrenia	0.3% [0.2-0.4%]	20 million	0.26% males 0.25% females

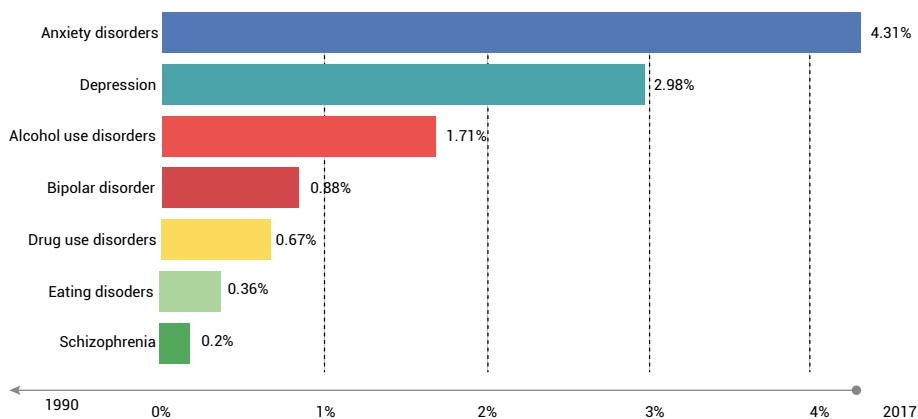
Disorder	Share of global population with disorder (2017) [difference across countries]	Number of people with the disorder (2017)	Share of males:females with disorder (2017)
Any mental or substance use disorder	13% [11-18%]	970 million	12.6% males 13.3% females
Alcohol use disorder	1.4% [0.5-5%]	107 million	2% males 0.8% females
Drug use disorder (excluding alcohol)	0.9% [0.4-3.5%]	71 million	1.3% males 0.6% females

Fuente: Tomado de: Hannah Ritchie y Max Roser (2018) - "Salud mental".

Publicado en línea en OurWorldInData.org. Obtenido de: <https://ourworldindata.org/mental-health> [Recurso en línea]

Figura 4.

Prevalencia de trastornos de salud mental por tipo de trastorno



Fuente: Tomado de: Hannah Ritchie y Max Roser (2018) - "Salud mental".

Publicado en línea en OurWorldInData.org. Obtenido de: <https://ourworldindata.org/mental-health> [Recurso en línea]

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos



Unidad 8. Intervención psicosocial basada en la evidencia para el duelo

Estimado estudiante, en esta unidad abordaremos una problemática que se considera una de las posibles consecuencias de las revisadas anteriormente.

8.1. Definiciones

El duelo es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe. Es una respuesta adaptativa normal que suele producirse en el contexto de la muerte de un ser querido, como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado el lugar de aquélla. No

existe una respuesta disponible a la pregunta ¿en qué momento se ha terminado un duelo?, por lo que debe considerarse que es imprescindible haber completado las diferentes etapas hasta llegar al restablecimiento emocional. No obstante, hay estudios en los que se asienta que después de cumplir 12 meses se piensa que el duelo es patológico. Si persiste y la persona no logra superarlo, se debe intervenir para lograr la resolución del mismo (Meza et al., 2018).

Según el DSM 5 código V62.82 (Z63.4), lo tipifica como Duelo no complicado, esta categoría se aplica cuando el objeto de la atención clínica es una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Como parte de su reacción ante una pérdida así, algunos individuos en duelo presentan síntomas característicos de un episodio de depresión mayor, como por ejemplo sentimientos de tristeza con otros síntomas asociados, como insomnio, falta de apetito y pérdida de peso. El individuo en duelo suele considerar su ánimo deprimido como “normal”, si bien el individuo puede buscar ayuda profesional para aliviar otros síntomas que lleva asociados, tales como, insomnio o anorexia. La duración y la expresión de un duelo “normal” varían considerablemente entre los distintos grupos culturales. En los criterios de un episodio depresivo mayor se ofrece más información para distinguirlo del duelo. (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014).

Existen muchos tipos de pérdidas y para cada una de ellas la respuesta será diferente de acuerdo a cada persona, el proceso de duelo va a ser distinto según las características de cómo se ha producido la pérdida también.

Borgeois (1996) definen al duelo como “La pérdida de un familiar o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida”

Continúe por lo considerado por la APA (2014), dentro de los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno por duelo complejo persistente.

- A. El individuo ha experimentado la muerte de alguien con quien mantenía una relación cercana.
- B. Desde la muerte, al menos uno de los síntomas siguientes está presente más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persiste durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:
 - 1. Anhelo/añoranza persistente del fallecido
 - 2. Pena y malestar emocional intensos en respuesta a la muerte
 - 3. Preocupación en relación al fallecido
 - 4. Preocupación acerca de las circunstancias de la muerte
- C. Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:
 - 1. Importante dificultad para aceptar la muerte
 - 2. Incredulidad o anestesia emocional en relación a la pérdida
 - 3. Dificultades para rememorar de manera positiva al fallecido
 - 4. Amargura o rabia en relación a la pérdida

5. Valoraciones desadaptativas acerca de uno mismo en relación al fallecido o a su muerte (p. ej., autonculparse)
 6. Evitación excesiva de los recuerdos de la pérdida
 7. Deseos de morir para poder estar con el fallecido
 8. Dificultades para confiar en otras personas desde el fallecimiento
 9. Sentimientos de soledad o desapego de otros individuos desde la muerte
 10. Sentir que la vida no tiene sentido o está vacía sin el fallecido, o creer que uno no puede funcionar sin el fallecido
 11. Confusión acerca del papel de uno en la vida, o una disminución del sentimiento de identidad propia
 12. Dificultad o reticencia a mantener intereses
- D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o disfunción en áreas sociales, laborales u otras áreas importantes del funcionamiento
- E. La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad

Una vez, revisado y analizado lo que menciona el DSM-5, en relación al duelo, es crucial que se pueda identificar las diferentes fases de este proceso que permitirán comprender como se presentan en las personas y más adelante aprenderemos a cómo abordarlas, de tal forma que lo invito a revisar la siguiente tabla con las fases del duelo ¡Adelante!

Tabla 12.*Etapas o fases en el proceso de duelo*

Lindemann	Parkes y Bowlby	Engel	Kübler-Ross	Rando	Neimeyer
Conmoción e incredulidad	Aturdimiento	Conmoción e incredulidad	Negación	Evitativa	Evitación
Duelo agudo	Anhelo y búsqueda	Desarrollo de la conciencia	Ira	De confrontación	Asimilación
Resolución	Desorganización y desesperación	Restitución	Negociación	De restablecimiento	Acomodación
	Reorganización	Resolviendo la pérdida	Depresión		
		Idealización	Aceptación		
		Resolución			

Gil-Julíá, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). DUELO: EVALUACIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. *Psicooncología*, 5, 103 - 116.

Obtenido de <https://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/download/PSIC0808130103A/15522/>

Una vez que ha revisado las fases del proceso de duelo, es importante que revisetambién lo concerniente al duelo familiar, entendido como (el proceso familiar que se pone en marcha a raíz de la pérdida de uno de sus miembros), para profundizar en este tema, lo invito a revisar la siguiente infografía que muestra algunas consideraciones que se deben tener en cuenta sobre el proceso de duelo en el núcleo familiar. ¡Adelante!

Duelo familiar

Según el banco mundial, la tasa de mortalidad ha venido disminuyendo anualmente. En dato comparativo en el año 2000 por cada 1000 personas se registraron 8,549 muertes, mientras que en el 2018 descendió a 7,529 muertes anuales. (Grupo Banco Mundial, 2020).

El Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) de Ecuador presenta una lista corta de las principales causas de muerte Becker (más de 80 tipos). A continuación, se presentan 15 principales causas de defunción con su respectivo porcentaje:

Enfermedades isquémicas del corazón con el 11.7%, diabetes 6.7%, enfermedades cerebrovasculares 6.2%, influenza y neumonía 5.6%, enfermedades hipertensivas 4.4%, accidentes de transporte terrestre 4.3%, cirrosis y otras enfermedades del hígado 3.3%, enfermedades del sistema urinario 2.8%, enfermedades crónicas de las vías respiratorias 2.5%, ciertas afecciones originadas en el periodo prenatal 2.4%, neoplasia maligna del estómago 2.3%, neoplasia maligna del tejido linfático y afines, agresiones (homicidios) 1.7%, suicidio 1.6% y finalmente, insuficiencia cardiaca, complicaciones y enfermedades mal definidas 1.6%.

8.2. Intervenciones:

Estimado estudiante, continúe con el estudio del duelo, luego de puntualizar en definiciones, así como aspectos que caracterizan a este proceso y nos ayudan a entender de mejor manera como se presenta, lo invito a poner la mirada en las diferentes intervenciones enfocadas en la intervención en duelo, esto les permitirá comprender e interiorizar los abordajes del duelo en distintas poblaciones, que sumado al apartado teórico proporcionará las bases para que como estudiantes, puedan intervenir en esta problemática, deben tener en cuenta que a diferencia de las problemáticas expuestas anteriormente el duelo presenta una dinámica muy diferente, con lo cual no se puede prevenir, pero sí en algunos casos preparar a las personas para sobrellevarlo de mejor manera.

Tabla 13.*Propuestas de intervención en duelo*

Nombre	Autor	Año	Link
Intervenciones sobre duelo	Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres	2003	enlace
Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial	Robert, Álvarez y Valdivieso	2013	enlace
Duelo: evaluación, diagnóstico y tratamiento	Gil Juliá, Beatriz; Bellver, Ascensión; Ballester-Arnal, Rafael	2018	enlace
Manejo del proceso de duelo e intervención en crisis con pacientes y sus familias en el contexto hospitalario: la situación de los nuevos profesionales de medicina y enfermería en Costa Rica	Artiaga Artiaga, Flor María	2008	enlace
Guía de intervención Psicosocial y cuidados del duelo	Instituto Provincial de Bienestar Social Diputación de Córdoba.	2009	enlace
Intervención en duelo en las diferentes etapas evolutivas	M. Paz Moreno Llorca	2002	enlace

Estimado estudiante, una vez se ha culminado con la revisión de las diferentes temas y subtemas además de las estrategias de intervención, presentadas en las unidades 7 y 8, corresponde aplicar dichos conocimientos teóricos sobre depresión, ansiedad, suicidio y duelo; para esto lo invito a realizar las actividades recomendadas que se presentan a continuación, indispensable para reforzar, consolidar los aprendizajes y llevarlos al campo de actuación.

¡ADELANTE!



Actividad de aprendizaje recomendada unidad 7

Estimado estudiante, esta actividad permitirá reconocer e interiorizar, pero más importante aplicar desde su realidad las diferentes estrategias de intervención para estas problemáticas.

Procedimiento para realizar la actividad recomendada:

- a. Ingrese a los documentos presentados para las intervenciones de depresión, ansiedad y suicidio tablas 8, 9 y 10
- b. Realice una lectura comprensiva de los documentos
- c. Rescate las ideas principales
- d. Elabore un resumen con las ideas principales, finalmente desarrolle las siguientes preguntas:
 - ¿Cuáles son las variables, aspectos, factores que toman en cuenta los autores para el desarrollo de programas de prevención de depresión, ansiedad y suicidio?
 - ¿En nuestro contexto, que aspectos o características debemos tener en cuenta para la elaboración de un programa de prevención?
 - ¿Qué dimensiones (cognitiva, comportamental, afectiva, relacional, etc) buscan trabajar los programas de prevención y explique por qué?

PROBLEMÁTICA	DIMENCIÓN	EXPLICACIÓN
DEPRESIÓN		
ANSIEDAD		
SUICIDIO		

- ¿Considere que debe trabajar en las dimensiones cognitivo y comportamental, para la prevención de la depresión, en que aspectos o temas puntuales de éstas dos dimensiones basaría usted su programa de prevención?
- ¿Considere que debe trabajar en las dimensiones comportamental y relacional, para la prevención de la ansiedad, en que aspectos o temas puntuales de éstas dos dimensiones basaría usted su programa de prevención?
- ¿Considere que debe trabajar en las dimensiones cognitivo, afectiva, comportamental y relacional, para la prevención del suicidio, en que aspectos o temas puntuales de éstas dos dimensiones basaría usted su programa de prevención?

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Luego de finalizar la actividad de aprendizaje recomendada, usted puede comprender que las estrategias de intervención van dirigidas a fortalecer las herramientas que permitan mejorar de

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

forma integral la vida y mitigar la situación, mediante el desarrollo de redes sociales, el aumento de apoyo social y la mejora de las competencias culturales.



Actividad de aprendizaje recomendada unidad 8

Estimado estudiante, una vez que ha abordado el tema de duelo, misma que sus fases/etapas varían de acuerdo a cada persona y cultura, es fundamental que refuerce el estudio de la misma con la siguiente actividad recomendada, la cual permitirá analizar el duelo según las diferentes etapas de la vida, para esto les invito a revisar el siguiente Recurso Educativo Abierto (REA):

¡ADELANTE!

El duelo y las etapas de la vida (Gamos y Pazos, 2009)

Para la siguiente actividad considere:

- a. Ingrese al REA anteriormente citado
- b. Realice una lectura comprensiva del artículo
- c. Rescate las ideas principales

Elabore un resumen con las ideas principales, finalmente de respuesta a las siguientes interrogantes

¡ADELANTE!

- **¿Cuáles son las características del duelo en la infancia?**
- **¿Cuáles son las características del duelo en la adolescencia?**

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

- **¿Cuáles son las características del duelo en la edad adulta y su diferencia con el duelo en la vejez?**

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Apreciado estudiante, una vez que haya finalizado la actividad de aprendizaje recomendada, usted podrá conocer las diferentes etapas y características en el proceso del duelo. Una vez estudiados los contenidos concernientes a la unidad 7 y 8, proceda a realizar las autoevaluaciones de estas unidades que les permitirán comprobar su grado de adquisición de los contenidos. Para esto, revise los recursos de aprendizajes, tablas, temas y subtemas abordados en la guía didáctica.

ÉXITOS



Autoevaluación 7

1. ¿La siguiente definición sobre depresión “Contiene actitudes disfuncionales que influyen en la manera en la que la persona interpreta, codifica y recupera información; donde ésta posee un punto de vista bastante pesimista acerca de sí mismo, ¿del mundo y del futuro” corresponde a qué autor?
 - a. Aaron Beck
 - b. Albert Ellis
 - c. APA

2. ¿La Organización Mundial de la Salud OMS (2019) organización que menciona que la depresión es un problema frecuente ya que existen más de _____ personas con este trastorno en todo el mundo?
 - a. 100 billones
 - b. 200 millones
 - c. 300 millones

3. ¿Los programas de intervención para la prevención de la depresión están basados en estrategias de tipo?
 - a. Psicodinámico y familiar
 - b. Cognitivo-conductual
 - c. Emocional-integral

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

4. ¿La APA en su manual DSM 5 indica que los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser?
 - a. Únicos e irrepetibles, en condiciones normales para los seres humanos
 - b. Excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados
 - c. Consecutivos e irracionales, con periodos de tiempo establecidos
5. ¿Según la OMS para el 2015 el número total de casos de ansiedad a nivel mundial era de?
 - a. 264 millones
 - b. 300 millones
 - c. 350 millones
6. ¿A que autor/es corresponde la siguiente definición de ansiedad “un estado desagradable de agitación e inquietud, cuya principal característica es la anticipación del peligro, y que presenta tanto síntomas físicos, cognitivos y emocionales”?
 - a. Sierra, Ortega & Zubeidat
 - b. Kiriacou y Sutcliffe
 - c. Lazarus y Beck
7. ¿Identifique las etapas del proceso de un comportamiento suicida, según Pérez 2015?
 - a. Amenaza-planeación-ideación-suicidio
 - b. Planeación-ideación-amenaza-suicidio
 - c. Ideación-amenaza-intento-suicidio

8. ¿Según la OMS (2019) cerca de _____ personas se quitan la vida anualmente?
- 100 mil
 - 800 mil
 - 500 mil
9. Según la OMS (2019) estima que alrededor del 20% de todos los suicidios se comenten por
- Autointoxicación con plaguicidas, ahorcamiento y armas de fuego
 - Sobreingesta de medicación, arma de fuego y precipitación
 - Ahorcamiento, sobre ingesta de medicación y cortes fulminantes
10. ¿Dentro de la evaluación del suicidio se considera un aspecto fundamental como es la letalidad del evento, en este caso la ingestión de benzodiacepinas se lo consideramos de una letalidad?
- Alta
 - Media
 - Baja
11. Los factores de riesgo incrementan la posibilidad de un suicidio, sin embargo, en algunos casos el hecho de ser mujer u hombre se convierte un factor de riesgo, en este caso si consideramos en sexo femenino como factor de riesgo para:
- Suicidio consumado
 - Tentativa de suicidio
 - Planificación del suicidio

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

12. Dentro de la evaluación del suicidio se considera los indicadores de elevada intención suicida en el intento suicida, del listado que se presenta a continuación elija las que son correctas:
- a. Intento cometido en un lugar con varias personas
 - b. No dejó nota o carta de despedida
 - c. El intento fue cometido de tal forma que la intervención de terceros era imposible
 - d. Existió premeditación
 - e. Preparó detalladamente el intento
 - f. Tomó alcohol para facilitar la ejecución

¡FELICITACIONES! HA CONCLUIDO CON LA EVALUACIÓN

[Ir al solucionario](#)



Autoevaluación 8

1. El duelo es la reacción física y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe
 - a. Verdadero
 - b. Falso
2. El duelo es una respuesta adaptativa _____ que suele producirse en el contexto de la muerte de un ser querido, como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado el lugar de aquélla.
 - a. Normal
 - b. Anormal
 - c. De etapas evolutivas
3. La duración y la expresión de un duelo “normal” varían considerablemente entre los distintos grupos culturales
 - a. Verdadero
 - b. Falso
4. El individuo en duelo suele considerar su ánimo deprimido como:
 - a. Normal
 - b. Anormal
 - c. No se considera

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

5. La pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida, esta definición pertenece a:
 - a. Borgeois
 - b. Freud
 - c. Skinner
6. Según los criterios del DSM V, Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo:
 - a. Incredulidad, rabia, evitación excesiva de los recuerdos, deseos de morir, sentimiento de soledad, disminución del sentimiento de identidad
 - b. Incredulidad, rabia, evitación excesiva de los recuerdos, deseos de morir, felicidad, disminución del sentimiento de identidad
 - c. Incredulidad, rabia, tranquilidad, deseos de morir, sentimiento de soledad, disminución del sentimiento de identidad
7. Según los criterios del DSM, la reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad:
 - a. Verdadero
 - b. Falso

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

8. Las fases o etapas del duelo según Kubler – Ross son:
 - a. Evitativa, de confrontación, de restablecimiento.
 - b. Conmoción e incredulidad, duelo agudo, resolución
 - c. Negación, ira, negociación, depresión, aceptación
9. Las etapas del duelo familiar son:
 - a. Negación, aceptación, enfrentamiento
 - b. Aceptación familiar de la pérdida. Reagrupamiento y reorganización familiar. Reorganización de la relación con el medio externo. Reafirmación del sentimiento de pertenencia al nuevo sistema familiar.
 - c. Omisión, negación, aceptación, superación
10. La duración del duelo normal es hasta:
 - a. Tres meses
 - b. 6 meses
 - c. Varia entre los grupos culturales

¡FELICITACIONES! HA CONCLUIDO CON LA EVALUACIÓN

[Ir al solucionario](#)

Entregables 1:

- Presente su Informe de contextualización de centro de práctica. Revisar guía didáctica [Anexo 4](#).
- Presente el árbol de necesidades o problemáticas que atiende. Revisar guía didáctica [Anexo 5](#)

**Resultado de
aprendizaje 2**

Diseña planes de intervención comunitaria y psicosocial.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje

Estimado estudiante, está por finalizar el recorrido de esta asignatura, la misma que durante el ciclo académico le ha permitido comprender las diferentes problemáticas psicosociales, así como modelos y programas de intervención. Sin embargo, es fundamental complementar la parte teórica con la práctica, es así que nos corresponde enfocarnos en el diseño, planificación y ejecución de programas de intervención preventivos; iniciando por la contextualización del centro de práctica, identificación de necesidades y problemáticas a nivel individual y grupal mediante estudios de casos en su escenario de práctica, que les permitirá un acercamiento a la realidad de los usuarios así como el trabajo con ellos, permitirá realizar un abordaje e intervenir en las diferentes problemáticas psicosociales y comunitarias.



Semana 5



Unidad 9. Diseño de un programa de intervención

Estimado estudiante, una vez que ha estudiado la importancia de la intervención psicosocial, así como diferentes problemas psicosociales a nivel nacional e internacional, es fundamental que conozcan como elaborar un programa de intervención, esto no es algo que se improvisa en el momento, requiere una planificación previa, considerar diferentes fases y aspectos que ayudarán en el momento de la ejecución, y mucho más importante a la eficacia del programa. Es así apreciados estudiantes que les invito a revisar quizá la unidad que tienen que mayor repercusión en sus actividades en su centro de práctica, frente al cumplimiento de las competencias de praxis profesional, de tal manera que revisaremos brevemente las fases para el diseño de un programa de intervención.

:EMPECEMOS!

9.1. Fases en el diseño de un programa de intervención

La primera fase para la elaboración de un programa de intervención se enmarca en la identificación, detección y definición del problema

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

o necesidad en el cual se va a intervenir, así como la población en la que se produce.

Para diseñar la intervención es esencial establecer un marco referencial del problema y sus manifestaciones. Esto hace referencia a la fundamentación teórica, ya que la manera en que es conceptualizado está íntimamente relacionada con la teoría mediante la cual es vista, y es preciso considerar varias aproximaciones antes de tomar cualquier decisión, no esta por demás conocer características generales de la problemática como antecedentes que permitirán identificar historia, dinámica y evolución de la misma, así como el comportamiento de la problemática en cuestión de prevalencias. También es importante mencionar que para trabajar sobre un problema o necesidad que precisa análisis e intervención, debe definirse en términos de conducta o problema, establecer indicadores para evaluarlo, si están justificados en términos sociales, si permiten determinar las consecuencias de poner o no en marcha el programa, si se corresponden con metas a corto, mediano o largo plazo establecidas. Una vez claramente identificado el problema y adecuadamente definido, se debe traducir esa definición a una forma operativa, que significa describirlo en términos de variables relevantes que lo componen, que nos permita su medida, manejo y tratamiento.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Desarrolle la técnica de árbol de objetivos en función del árbol de problemas en la cual las causas y efectos se convierten en condiciones positivas.

Nota: conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.



Semana 6

9.2. Evaluación del problema o necesidad sobre la que intervenir

En este segundo paso es necesario que analice el problema o necesidad sobre el que se pretende intervenir. Necesita saber en qué consiste y debe explorar, analizar y medir el acontecimiento problemático, o en qué se traduce la necesidad, y el contexto o contextos en los que se producen los problemas o emergen las necesidades de la población afectada. (Chacón, Barrón y Lozano, 1988).

La evaluación de necesidades implica dos pasos diferenciados:

1. La aplicación de un instrumento o conjunto de instrumentos de medida a un área social definida.
2. La aplicación de un juicio para valorar la relevancia de la información recogida, con el fin de determinar las prioridades para la planificación de programas y el desarrollo de servicios.

La evaluación del problema o necesidades es parte fundamental del proceso de diseño de un programa. Proporciona un importante input informativo que será la base para el proceso de planificación de la intervención.

En esta fase las preguntas más pertinentes que se deben plantear pueden ser: ¿a qué nivel debe evaluarse el problema?, ¿quién se opone a las conductas problema?, ¿quién apoya o es tolerante

con las conductas problema?, ¿bajo qué condiciones ocurren las conductas problema?, ¿qué incentivos tienen las conductas problema?, ¿qué consecuencias negativas tienen?, ¿cuáles son los incentivos actuales para el cambio?, ¿cuáles son las personas más influyentes con referencia al problema?, ¿cómo ejercen la influencia? y ¿cuáles son las posibles fuentes de resistencia para el cambio?

Además, en este paso se debe establecer de dónde (fuentes) van a obtener la información y cómo (métodos) va a hacerlo. Con respecto a la primera cuestión, se debe establecer qué fuentes de información o unidades de análisis vamos a utilizar. Una vez definidos los indicadores, nos preguntamos quiénes (individuos, familias, grupos, comunidades, etc.) o qué objetos (documentos, artefactos, situaciones, etc.) contienen esos indicadores.

La elección de las fuentes está condicionada por las unidades de observación (lo que se quiere medir), por la naturaleza del programa, por los objetivos, por los recursos humanos, técnicos y financieros disponibles, por la posibilidad de acceder a las fuentes y por la disponibilidad de tiempo. En este punto apreciados estudiantes es aconsejable analizar qué se ha hecho hasta la fecha en otras comunidades o en otros programas y qué resultados han presentado. Esta precaución, tantas veces olvidada, nos proporciona una visión muy útil, ahorra costes y permite contrastar nuestras primeras hipótesis con resultados empíricos.

Para terminar con las fuentes, es necesario analizar si son suficientes, y asignar significado a la información o datos recogidos e integrados a partir de ciertos criterios lógicos, teóricos, experienciales o de los valores personales, profesionales, organizacionales o sociales dominantes.

Se debe establecer qué método o métodos de evaluación o de medida de las conductas problema vamos a utilizar. En este punto

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

es importante señalar la necesidad, en la mayoría de los casos, de integrar las metodologías cuantitativas y cualitativas.

Apreciado estudiante, en definitiva y a modo de resumen, evaluar las necesidades o los problemas es un elemento necesario del diseño del programa de intervención. En este punto se debe dejar establecido cómo se estudiará el alcance del problema en el grupo o comunidad de que se trate y cómo identificará los recursos potenciales de los que se dispone para abordar problemas, si es que existen.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Entregable 2:

Presente su informe psicológico de los dos casos estudiados en su centro de práctica y árbol de objetivos. Revisar guía didáctica Anexo 7 y Anexo 8



Semana 7

9.2.1. Parámetros para la evaluación del programa

Estimado estudiante, debe continuar con el tema de la evaluación, es así que los siguientes parámetros son importantes porque son los que definen la pertinencia de una u otra orientación en el diseño del programa de intervención. Respecto a cuáles son los elementos más relevantes en la evaluación de necesidades, Achúcarro y San Juan (1996) proponen los siguientes que, seguramente, pueden ser

diferentes en función de la naturaleza del problema sobre el que intervenir:

1. Documentación sobre las características de la población en la que vamos a intervenir: variables sociodemográficas, datos epidemiológicos, acontecimientos relevantes que nos den una cierta perspectiva histórica de esa comunidad; una revisión, siquiera sucinta, del tratamiento que los medios de comunicación han dado al problema en cuestión y, en fin, toda aquella información que nos ayude a situar dicho problema en un contexto cultural y geográfico dado.
2. Análisis de la comunidad: en esta fase entraremos en contacto con los individuos que constituyen esa comunidad. A tal efecto, se debe incorporar una serie de instrumentos mediante los cuales se puede evaluar aspectos como las actitudes, representaciones sociales, información general disponible por la población sobre el objeto de intervención, así como las expectativas de solución, grado de implicación emocional, etc. Es interesante contar con la opinión de los expertos de esa comunidad mediante el empleo de técnicas grupales o de todos aquellos recursos que nos faciliten la entrada en el foro comunitario estudiado.
3. Análisis de los recursos comunitarios: la intervención psicosocial sobre un determinado problema puede tener diferentes pronósticos dependiendo de los recursos de que disponga la comunidad para abordarlos. Estos recursos pueden constituir las estrategias de enfrentamiento propias de la comunidad: «diferentes servicios sociales, recursos económicos, asociaciones comunitarias, religiosas y todas aquellas que nos hagan pensar en el índice de participación ciudadana, infraestructuras para locales, recursos ambientales, identificación de las partes interesadas como

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

posible recurso para formar agentes de salud, y para garantizar una cierta estabilidad en la implementación definitiva del programa, etc.» (Achúcarro y San Juan, 1996, p. 75).

Es importante considerar, apreciado estudiante, que en todo el proceso de evaluación no se puede dejar de lado el contexto bajo el cual se realiza. En efecto, además de identificar y evaluar la necesidad o el problema, tiene que valorar también la situación en la que se produce. Como señala (Marín 1996), es esencial diseñar intervenciones que sean sensibles a las características culturales de los miembros de una comunidad cultural. Es decir, lo que este autor subraya es la importancia de la situación social, cuya expresión máxima es la cultura. Desafortunadamente, la mayoría de los trabajos en prevención primaria, secundaria o terciaria (por ejemplo) se han realizado sin conceder mucha importancia al papel de la cultura en el comportamiento de las personas. La necesidad de diseñar intervenciones adaptadas al contexto cultural de la población a la que van dirigidas está respaldada por innumerables investigaciones básicas en Psicología y en otras Ciencias del Comportamiento que demuestran que la conducta humana está influenciada por los valores compartidos por el grupo cultural en el que se ha desarrollado el individuo.

El mismo autor ha presentado el esbozo de los requisitos mínimos que una intervención debe cumplir para considerarse como culturalmente apropiada. Una intervención culturalmente apropiada es el conjunto de estrategias para cambiar el comportamiento que debería cumplir con los siguientes requisitos: a) la intervención está basada en los valores culturales del grupo; b) las estrategias que forman parte de la intervención reflejan las características de la cultura subjetiva de los miembros del grupo por ejemplo, actitudes, expectativas, normas de conducta específicas, y c) los componentes que conforman la estrategia reflejan las preferencias comportamentales y expectativas de los miembros del grupo.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Actividad 3: Inicie con la planificación del diseño del programa de intervención primaria. Revisar guía didáctica Anexo 9



Semana 8

9.3. Determinación del programa de intervención

La modalidad de intervención que elijase refiere a la selección de unos métodos particulares apropiados para la solución del problema y para la población afectada en su contexto particular. Estas decisiones implican elecciones sobre orientaciones, modalidades, estrategias y técnicas específicas que se ajusten a la problemática, beneficiarios, contexto, etc.

Sobre la base teórica que haya establecido, se definirá qué queremos hacer y cómo hacerlo, para esto se debe tomar en cuenta las siguientes apreciaciones:

1. Establecer y determinar objetivos y los analizaremos críticamente y con realismo
2. Fijar los contenidos del programa de intervención (tratamiento): qué se hace, a quién, con quién, con qué se hace y para qué se hace

3. Planificar las actuaciones, procedimiento, pasos, calendario, estrategias para llegar a la población, coste, etc.
4. Establecer las estrategias de ejecución del programa
5. Asignar responsabilidades: quién hace qué y por qué
6. Definir criterios e indicadores de resultado
7. Analizar costos (costos económicos y posibles consecuencias adversas, relación costos y beneficios), si es posible alcanzar los mismos objetivos por métodos más económicos y si hay alternativas más rentables
8. Establecer los elementos y medios de mantenimiento del programa, es decir, las fuentes de financiación e identificaremos las fuentes para la obtención de recursos.
9. Finalmente, programar si procede, la formación de personal local, el desarrollo de liderazgo local, la promoción de la participación y la facilitación del acceso del equipo interventor



Semana 9

9.3.1. Métodos de intervención

Estimado estudiante, se ha enfatizado que a la hora de establecer los objetivos de intervención debe tener en cuenta que la principal función de la intervención psicosocial es proporcionar una buena calidad de vida y bienestar social a los individuos, grupos o comunidades que constituyen el tejido social. Para conseguirlo cabe

utilizar diversos métodos, que podemos resumir en tres (Barriga, 1987).

1. Acciones preventivas, que tratan de impedir el surgimiento de problemas y conflictos sociales.
2. Acciones impulsoras o dinamizadoras que facilitan la realización del cambio social, implican la elaboración de constructos teóricos para explicar situaciones, produciendo un diagnóstico social, y permiten el diseño de instrumentos de cambio.
3. Acciones terapéuticas o integradoras que implican estrategias curativas, rehabilitadoras o compensatorias.

Es en esta etapa cuando debe establecer las estrategias de ejecución del programa, distinguiendo entre ellas, primero por niveles: centradas en la persona, en el grupo pequeño, en la comunidad, en la organización, o en las instituciones. Por ejemplo, en un centro de asesoramiento se puede ofrecer asesoramiento y apoyo a jóvenes pertenecientes a grupos en riesgo de adicción a sustancias de forma personal y confidencial, o suministrar información sobre aspectos y problemas relacionados con su grupo de edad; se pueden establecer servicios de urgencia de fácil acceso en escuelas, clínicas, parroquias, que funcionen permanentemente y estén asignados a instituciones u organizaciones de la comunidad. En segundo lugar, se puede distinguir estrategias por funciones u objetivos: presentación de servicios, desarrollo de recursos humanos, prevención, reconstrucción social y comunitaria, cambio social y comunitario.

En esta etapa también debe asignar responsabilidades respecto de las actividades a realizar para conseguir los objetivos establecidos. Es decir, debe establecer quién hace qué y para qué.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Este es también el momento apropiado para diseñar el conjunto de acciones a realizar que constituyen los contenidos del programa de actuación, y definir los materiales que vamos a necesitar para realizarlas. Igualmente definiremos criterios e indicadores de resultado, analizaremos los costos (costos económicos y posibles consecuencias adversas, relación costos y beneficios), y procurará determinar si es posible alcanzar los mismos objetivos por métodos más económicos.

Un elemento importante de esta etapa del diseño es la formación, que incluye la preparación de equipos de trabajo, de equipos de apoyo y base social, y de personal local. La necesidad de formar un equipo de trabajo viene dada por la exigencia de organizar la dirección del programa de intervención, de esbozar sus objetivos y sus líneas de acción, de diseñar las estrategias de contacto con la comunidad, con la organización o con las instituciones de que se trate, y de organizar las etapas de sensibilización, organización comunal y capacitación de zona local para formar equipos de apoyo y base social (Lara Ponce, 2001). El equipo de trabajo debe incorporar, al menos, además de su director, un productor (que acopia recursos y los gestiona), un metodólogo para el proceso de los datos, un equipo de formadores, un equipo de apoyo, uno o varios comunicadores que promuevan y faciliten la ejecución del programa en la zona objetivo y un conjunto de promotores (o captadores) que permitan el desarrollo del programa en la zona objetivo.



Semana 10

9.4. Selección de los participantes del programa

Estimado estudiante, continúe con un aspecto fundamental, los beneficiarios de la intervención. La intervención siempre comienza con una población en la que se descubre problemas específicos. La determinación de los afectados por el problema puede hacerse atendiendo a diferentes criterios. Unas veces se realiza en función de una determinada zona geográfica; otras, dependiendo de la naturaleza del programa a intervenir o de la población para la que ha sido diseñado. También puede estar ligada estrechamente a características culturales, sociales o de género.

Tome como muestra un programa para reducir el riesgo social en familias mediante apoyo social, y para ello se selecciona a madres jóvenes con escasos recursos económicos en su primer embarazo. Aunque hay otros tipos de familias con alto riesgo social (madres de más de 30 años con más de un hijo y bajos recursos económicos), éstas no son elegidas, ya que se ha comprobado que este tipo de intervención no es tan beneficiosa como en el grupo seleccionado.

En otras ocasiones la población o participantes se pueden construir sobre objetivos, como por ejemplo, la reeducación de los maltratadores impuesta por sentencia judicial, la integración de inmigrantes ilegales o la modificación de determinados comportamientos de internos de un centro penitenciario. (Maydeu y Román, 1993; Szapocznik y Pequegnat, 1995)

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Así como en los casos anteriores existen criterios claros para la identificación de la población o participantes, en otras situaciones la selección de los destinatarios sobre los que vamos a intervenir es más difusa, dependiendo, por ejemplo, de las áreas de intervención dentro de un campo de los ya mencionados. En el caso de los servicios sociales podemos distinguir el área de reinserción y protección social, el área de rehabilitación para discapacitados físicos y psíquicos, el área de la mujer, el área de la tercera edad, el área de la salud y el área de drogodependencias. En cada caso la población sobre la que vamos a intervenir puede ser directamente la afectada, pero también puede ser toda la población relacionada con el problema. (López, García y Rodríguez- Marín, 1993)

Llegados a este punto, probablemente se pregunte ¿cuál ha de ser el método de selección de los sujetos que componen la población más adecuado a nuestros propósitos? La respuesta no es sencilla, dado que existen multitud de técnicas bien conocidas sobre muestreo, tanto aleatorio como no aleatorio, que atienden a diferentes aspectos de la población: propiedades de la distribución de la variable medida, características de las unidades que la componen, homogeneidad de los grupos, tamaños de los estratos si los hay, etc. Entre todos estos un método muy utilizado para seleccionar una muestra representativa de la población es el examen de la red o pirámide. También denominado muestreo bola de nieve, se trata de un procedimiento de muestreo no aleatorio consistente en seleccionar individuos clave con características representativas del grupo a través del contacto con la comunidad, de modo que un programa puede comenzar con un grupo de usuarios de 5 a 15 personas. Cada miembro de este grupo será el que se ponga en contacto con otras dos personas de la población diana practicando sucesivamente esta operación hasta completar la muestra que nuestro programa pretende abordar. (Achúcarro y San Juan, 1996).



En cualquier caso, debe tener en cuenta que en una gran mayoría de los programas de intervención los resultados afectan a toda la población, incluso cuando la intervención se lleve a cabo sólo sobre unos cuantos elementos de ella. En ese caso, tales elementos deberán ser adecuadamente seleccionados para que el cambio de toda la población sea un éxito.



Semana 11

9.5. Ejecución

Apreciado estudiante, llega a la parte en la cual se debe poner en marcha todo lo planificado. Es ahora que la parte teórica se acoplará a la práctica, en este sub apartado, notaremos la importancia de los temas vistos anteriormente, por esto es fundamental que nos preparemos de la mejor manera y consideremos lo que se plantea a continuación.

Empezamos mencionando que aunque pueda resultar obvio, una parte importante del éxito en la ejecución del programa va a depender de cómo se haya realizado el diseño. Un programa correctamente diseñado debe permitir a todos los agentes implicados en su desarrollo conocer con claridad cuáles son los objetivos, qué tareas deben realizar, cómo y en qué plazos deben llevarlas a cabo y con qué recursos cuentan para ello.

Por otra parte, a nadie se le escapa que a la hora de llevar las ideas a la práctica siempre surgen situaciones imprevistas que requieren una respuesta adecuada o eficaz para no poner en peligro el desarrollo de la intervención.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

En este sentido, el diseño y la preparación de los agentes implicados en su ejecución se debe realizar con un margen de flexibilidad suficiente como para poder afrontar con éxito ese tipo de situaciones.

Un planteamiento en la línea de esta idea es el de Achúcarro y San Juan (1996), para quienes resulta clave que antes de iniciar el programa se prepare a entrevistadores y animadores o ejecutores teniendo en cuenta: a) la demanda; b) recursos comunitarios; c) el caso objeto de intervención; d) la evaluación inicial; e) los profesionales-mediadores, y f) los ajustes en el programa.

Si no son cuidadosos en el diseño de la intervención se puede encontrar con un programa inadecuadamente planificado, esto se puede evidenciar en la intervención llamada “La Casa”. Una de sus finalidades consistía en la asistencia terapéutica y en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas en un contexto comunitario. Al examinar las acciones propuestas para alcanzar los objetivos del programa, se encontró que éstas estaban poco especificadas, que no habían sido descritas pormenorizadamente y que no se habían organizado de una manera articulada. Como consecuencia, una parte importante de las actividades programadas no alcanzaron los resultados esperados, fueron modificándose sobre la marcha e, incluso, desaparecieron.



Semana 12

9.6. Evaluación

Una vez que ha revisado la importancia del diseño, debe considerar, estimado estudiante, que otra parte fundamental del diseño es

contemplar cómo hará una «pre-evaluación». Tal como señala Fernández-Ballesteros (1996), con base a unas necesidades y una vez establecidos los objetivos y metas a alcanzar el planificador ha de plantearse cuál es la mejor intervención.

Por otro lado, debe considerar la distinción entre la evaluación del proceso y la evaluación de los resultados. Si bien la evaluación de los resultados es, sin duda, lo que se suele entender por evaluación del programa, y ha de realizarse al final de la ejecución del mismo, la evaluación del proceso debe llevarse a cabo a medida que se ejecuta (Fernández-Ballesteros, 1996). «Cada programa de intervención debe haber sido desarrollado sobre el papel, especificándose sus objetivos de una manera jerarquizada, los métodos a utilizar en función de los recursos disponibles, la asignación de roles a cada uno de los miembros del equipo y una estimación aproximada de la duración de intervención según la naturaleza del problema. Todas estas especificaciones preliminares han de ser fruto del consenso de un grupo de expertos que cuentan, recordemos, con una evaluación de necesidades y la colaboración, siempre indispensable en la evaluación de programas, de las partes interesadas» (Achúcarro y San Juan, 1996, p. 76).

Los logros de un programa, y la facilidad con la que se puede evaluar, dependen directamente del esfuerzo puesto en el diseño y de su puesta en marcha. En otras palabras, mientras se diseña el programa también se planifica cómo se ha de evaluar.

Debe programar que, en la fase de evaluación, habrá que analizar qué ha hecho, con qué resultados, si lo que se ha hecho se corresponde con lo previsto, si se ha concluido conforme al calendario, si existe desfase entre lo presupuestado y el coste, si se ha atendido a un número de personas diferente al previsto, si se ha conectado con el sector desprotegido previsto en el programa, si han sido efectivos los métodos empleados, si se ha utilizado

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

la mejor combinación de personal disponible, con qué grado de economía se han obtenido los resultados, si ha sido idóneo y apropiado el material utilizado, qué resultados se han obtenido de la colaboración de otras instituciones y de la comunidad, si se han logrado los objetivos propuestos, en qué medida se ha hecho y si ha existido incremento en la demanda de servicios que no estaba prevista. Se dejará señalado en el diseño de la intervención cómo evaluaremos esos elementos y estudiaremos qué modificar para ser más eficientes.

Un buen diseño ayudará a establecer hipótesis con cierto grado de confianza sobre lo que habría sucedido si los participantes en el programa no hubieran participado, y, por tanto, a evaluar en qué medida el programa tendrá éxito en la consecución de los objetivos propuestos.



Semana 13

9.7. Seguimiento

Estimado estudiante, continúe con las fases para el diseño de un programa de intervención, es importante aunque no se considere para esta asignatura, es fundamental en el campo laboral, para que los programas no queden únicamente en actividades puntuales. Este apartado es fundamental para resultados a largo plazo, a la hora de planificar el seguimiento debemos tener en cuenta los siguientes parámetros:

1. Cuál es la finalidad: por qué y para qué se va a realizar. Al definir el seguimiento podemos distinguir dos grandes tipos

de objetivos, el de impacto y el de mejora del programa. El seguimiento del impacto de un programa se puede centrar en las consecuencias directas para los participantes, o en las indirectas para el entorno social inmediato y para el entorno comunitario-institucional. El seguimiento de mejora se centrará en relacionar los resultados de seguimiento del impacto con la información y con el diseño y ejecución del programa, de manera que se puedan detectar los puntos fuertes y débiles del mismo y las medidas que se pueden acometer para su mejora.

2. Quién va a realizarlo: los responsables del seguimiento podrán ser agentes internos y/o externos. En el momento del diseño deberemos tener en cuenta este factor, ya que en ocasiones el seguimiento será realizado por instituciones ajenas al desarrollo del programa, aunque de alguna manera relacionada con él, y de cuyo juicio puede depender la continuidad del mismo. En estos casos, los indicadores que se juzgarán no serán seleccionados por el equipo que ha diseñado y ejecutado la intervención, sino por el agente externo. Prevenir esta circunstancia permitirá tener disponible el tipo de información que puede ser demandada.
3. Sobre qué vamos a realizarlo: el establecimiento de los objetivos de seguimiento nos facilitará clasificar las áreas prioritarias que podemos desglosar en el contenido del propio programa, el contexto en el que se inserta, o la gestión necesaria llevada a cabo.
4. Cuando realizarlo: hablar de seguimiento es hablar de valoración a lo largo del tiempo. Por esta razón, responder al cuándo es la clave de un buen diseño de esta fase del programa. Normalmente se utilizan tres grandes etiquetas para acotar esta dimensión temporal: corto, medio y largo

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias
bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

Semana 14

9.8. Informe

Apreciados profesionales en formación, llega a la parte final de lo que corresponde al diseño de un programa de prevención, debe considerar que en estos apartados finales se presenten aspectos que posiblemente no lleven a la práctica, es crucial que los interiorice, comprenda y tenga en cuenta al momento de diseñar una intervención, esto ya que además de formar parte de la estructura, los mismos pueden marcar la diferencia entre el éxito o el fracaso de dicha intervención, es así que les invito a revisar este último tema dentro de la intervención.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Es así, que todo programa de intervención debe contemplar la redacción de informes. Los informes deberán ser varios y deberán adaptarse a cada una de las fases del proceso. Esto es, debemos informar tras la elaboración del diseño y planificación, en cada una de las etapas establecidas en la ejecución, al finalizar la intervención e, incluso, en el proceso de seguimiento de la misma. Independientemente del momento al que se refiera, la calidad del informe escrito y de la presentación oral es un elemento de evaluación positiva o negativa sobre los diseñadores, ejecutores y evaluadores del programa. Esto es importante, hasta tal punto que el informe puede ser determinante para la puesta en marcha o la continuidad de un programa de intervención. Para la elaboración de un informe deberemos tener en cuenta varios aspectos como son la audiencia, los contenidos y el formato. No debe olvidar el lector que un buen informe debe constituir el documento maestro sobre el que se basará todo el desarrollo de la intervención.

Para fines de esta asignatura se les presenta un formato de informe que debe ser presentado y enviado en las respectivas fechas contempladas en su plan docente.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Desarrolle y aplique el formato de evaluación del impacto del plan de intervención psicosocial. Revisar guía didáctica Anexo 10



Semana 15 y 16

Revisión de contenidos y anexos para elaboración y entrega de informe final

ACTIVIDAD EN EL CENTRO DE PRÁCTICA

Estimado estudiante, una vez culminada la revisión la parte teórica para la elaboración de un programa de intervención, es de suma importancia que con estos conocimientos adquiridos puedan aportar en sus diferentes centros de práctica, recuerde que cada institución presentará diferentes características que usted ha venido conociendo y valorando conforme han pasado tiempo en dichos centros, pero es el momento de ejecutar acciones que aporten al trabajo en las diferentes problemáticas que atienden los centros de práctica, recuerden participar de las actividades síncronas y asíncronas, espacios diseñados para despejar dudas, inquietudes y sobre todo desarrollar de la mejor manera sus actividades en las instituciones que les acogieron para que realicen sus pasantías preprofesionales, finalmente mencionar que es fundamental que revisen los anexos que a continuación se presentan.



4. Solucionario

Autoevaluación 1		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	a	De la Revilla menciona a los problemas psicosociales como situaciones de estrés social que producen o facilitan en los individuos afectados enfermedades somáticas, psíquicas o psicosomáticas, lo que da lugar también a disfunciones y crisis familiares.
2	b	Cabildo define el problema psicosocial “alteración en la estructura y dinámica de la colectividad que impide la existencia de un ambiente adecuado y que fomenta a su vez, las tendencias destructivas, el odio, robo, homicidio, la miseria, la desintegración familiar, la guerra, etc.”
3	a	DSM 5 denomina a los diferentes problemas psicosociales como otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica
4	c	Uno de los objetivos de la intervención psicosocial es reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal, y contribuir al desarrollo de acciones cuya intención es la solución de problemas concretos que afectan a individuos, grupos y comunidades.
5	a,b,c y f	Los problemas psicosociales según el DSM son: depresión, ansiedad, suicidio y estrés postraumático.
6	a	Para Hernández y Valera, los objetivos de la intervención psicosocial se orientan están orientados a reducir o prevenir situaciones de riesgo social y personal.
7	c	Para Mayo y La France, el objetivo central de la intervención psicosocial se enmarca en mejorar la calidad de vida.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Autoevaluación 1		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
8	b	Sánchez define a la intervención psicosocial como “Actuación directa para modificar un tema o situación; usa técnicas, estrategia (incluyendo el manejo del poder y los valores); incluye la evaluación de necesidades y resultados.
9	c	Kelly, et al. Definen a la intervención psicosocial como: “Acciones planificadas en la vida de un grupo pequeño, organización o comunidad para prevenir o reducir la desorganización social y personal, y promover el bienestar de la comunidad”.
10	3	Las fases del proceso de intervención según Mayo y France son: análisis del sistema social; diseño, ejecución y supervisión; diseminación de la intervención y evaluación de la intervención

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 2

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	a	La violencia es un problema complejo, enraizado en la interacción de muchos factores biológicos, sociales, culturales, económicos y políticos.
2	a	según Stoppino define a la violencia como La intervención física de un individuo o grupo, contra otro individuo o grupo (o también contra sí mismo).
3	a	Desde una perspectiva social, Franco (1993) explica que la violencia no puede ser considerada como un conjunto de hechos que suceden aisladamente, sino que debe ser comprendida como un proceso.
4	c	La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.
5	b	Las tres grandes categorías de la subdivisión de la violencia según el comportamiento del autor que declara la OMS son: dirigida contra uno mismo, interpersonal y colectiva.
6	a	La violencia tipo acción se clasifica en: Acción, omisión, negligencia
7	b	Según la OMS 2020, nos informa que cada año, más de 1,4 millones de personas pierde la vida debido a la violencia
8	a	Según el INEC en el 2011, menciona que el 87.3% de mujeres ha sufrido violencia física en sus relaciones de pareja.
9	b	Según la UNICEF, la violencia infantil puede ser física, verbal, psicológica, etc. 2 de cada 3 niños y niñas menores de 15 años experimentan algún tipo disciplina violenta en el hogar (psicológica, física) Menciona que 1 de cada 2 niños y niñas menores de 15 años es sometido a castigo corporal en el hogar.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Autoevaluación 2

Pregunta | Respuesta | Retroalimentación

- 10 a Según Sanmartín, clasifica a los tipos de violencia como:
 Tipo de acción, tipo de daño, tipo de agresor, tipo de
 víctima y el contexto

Ir a la
autoevaluación

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

Autoevaluación 3

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	a	La creación del Estado-nación, a partir de los Tratados de Westfalia de 1648, ¿fue lo que trajo consigo el fenómeno que hoy se conoce como migración internacional.
2	c	La migración internacional o interna, es un fenómeno multicausal que puede darse de manera voluntaria o forzada.
3	b	La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) clasifica a las definiciones de migrante en: Migrante internacional, migrante interno y migrante en situación irregular.
4	b	Ecuador es un país de origen migratorio, tránsito migratorio, destino migratorio y retorno de migrantes.
5	b	En Ecuador el saldo migratorio «pasó de 176 mil en año 2000 a 43 mil en 2007.
6	a	La clasificación de migrante es migrante internacional, interno, en situación irregular.
7	a	Solicitante de asilo es una persona que solicita el reconocimiento de la condición de refugiado y cuya solicitud todavía no ha sido evaluada en forma definitiva en el país de acogida.
8	a	En Ecuador existe organizaciones o instituciones que brinden apoyo a personas en estado migratorio.
9	a	Para 2015, de acuerdo a datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), existió un flujo migratorio de 5.781.800.
10	a	La migración ecuatoriana se incrementó hacia países como Estados Unidos y España .

[Ir a la autoevaluación](#)

Autoevaluación 4

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias.
2	a	Complete el enunciado: Todas las drogas que se consumen en exceso producen una activación directa general del sistema de recompensa cerebral que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos.
3	b	Para Dalglish et al. (2007), las drogas se clasifican en: estimulantes, depresoras y alucinógenos.
4	b	Para el control y fiscalización de sustancias es de uso recreativo alcohol y tabaco; uso farmacológico tranquilizantes o analgésicos opiáceos y de uso general como los solventes.
5	c	El uso repetido y prolongado en el tiempo de drogas, favorece el desarrollo de trastornos por dependencia, que son trastornos crónicos y recurrentes, caracterizados por necesidad intensa de la sustancia y pérdida de la capacidad de controlar su consumo, a pesar de consecuencias.
6	b	Según Encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de 9no EGB, 1ro y 3ro de bachillerato, la edad promedio de inicio de consumo de drogas es de 14 y 15 años.
7	b	El Informe Mundial sobre las Drogas 2019, elaborado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en México (UNODC), menciona que cerca de 271 millones personas en el mundo usaron drogas en el último año.
8	c	La encuesta sobre Uso y Consumo de Drogas en Estudiantes de 9no EGB, 1ro y 3ro de Bachillerato en el año 2016, la prevalencia anual del consumo de marihuana fue de 9.6%

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias
bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

Autoevaluación 4

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
9	a	López et al. 2009 menciona que una de las variables clave en los estudios de base poblacional sobre el tema de consumo de sustancias es la edad.
10	c,d,e,h,i	Los factores de riesgo y protección son fundamentales en la problemática de consumo de sustancias dada su estrecha relación con el curso del consumo, es así que López plantea algunos factores de riesgo y protección son: Edad, sexo, relación con los padres, disponibilidad de las sustancias, eventos estresantes en la niñez.

[Ir a la
autoevaluación](#)

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

Autoevaluación 5

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	Según Castillo (2013) la adolescencia es una etapa más del desarrollo de las personas en la cual da paso de la etapa adolescente a la edad adulta.
2	a	La adolescencia abarca aproximadamente una edad entre los 11 y 19-20 años.
3	a	La transición de la niñez a la adultez se caracteriza por cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales.
4	a	Un cambio físico importante es la capacidad de reproducirse
5	a	Según Oquendo (2019), los determinantes biológicos son prácticamente universales; sin embargo, la duración y las características de este período podrían variar a lo largo del tiempo, diferir entre culturas, y depender de los contextos socioeconómicos.
6	a	El embarazo en la adolescencia Obstaculiza el desarrollo psicosocial, repercute negativamente en las oportunidades educativas y laborales.
7	a	La tasa mundial de embarazo adolescente se estima en 46 nacimientos por cada 1000 de niñas.
8	a	Una de las principales causas de muerte en las adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años en la región de las Américas es mortalidad materna.
9	a	En 2019 se han registrado 51.711 nacidos vivos de "mujeres adolescentes" en edades comprendidas de 10 a 19 años.
10	a	Durante 2015 el Estado ecuatoriano gasto 4.68 millones de dólares en la atención de las complicaciones derivadas de los abortos inseguros.

[Ir a la autoevaluación](#)

Autoevaluación 6

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	a	Para definir pobreza e indigencia, se basa en el ingreso mínimo que una persona requiere para cubrir el costo de sus necesidades básicas.
2	a	Vulnerabilidad social tiene dos componentes explicativos, son la inseguridad y las estrategias de enfrentamiento
3	a	El enfoque de pobreza califica de forma descriptiva determinados atributos de personas y familias, sin dar mayor cuenta de los procesos causales que le dan origen.
4	a	Los enfoques de pobreza y distribución del ingreso son insuficientes para comprender la condición de indefensión y el debilitamiento de los recursos y capacidades de amplios grupos sociales de la región producto del shock transformador.
5	b	Desde el enfoque de la vulnerabilidad se podrían impulsar iniciativas de política pública que apunten a potenciar los recursos y a complementar las estrategias que tienen las propias familias, y la sociedad civil en general, para posicionarse de mejor manera frente al patrón de desarrollo vigente.
6	c	Necesidades básicas insatisfechas (NBI) Además de la situación de pobreza que resulta de la incapacidad de satisfacción de las necesidades por la vía del ingreso, es importante estimar la pobreza como: Insatisfacción de un conjunto de necesidades básicas materiales, vivienda, servicios básicos de agua potable y saneamiento (disposición de excretas) y acceso a la educación.
7	a	Los tipos de pobreza son: pobreza crítica, extrema, relativa, absoluta.
8	a	Según el estudio desarrollado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Ecuador, se calcula que 3.1 millones de niñas, niños y adolescentes caerán en pobreza multidimensional al término de este año.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Autoevaluación 6

Pregunta | Respuesta | Retroalimentación

9	b	Se estima que debido al COVID-19 habrá 1.8 millones de personas más en situación de pobreza por ingresos.
10	b	la pobreza multidimensional identifica carencias a nivel de ámbitos de salud, educación y nivel de vida.

Ir a la
autoevaluación

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

Autoevaluación 7

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	a	Según Aaron Beck la depresión contiene actitudes disfuncionales que influyen en la manera en la que la persona interpreta, codifica y recupera información; donde ésta posee un punto de vista bastante pesimista acerca de sí mismo.
2	c	La Organización Mundial de la Salud OMS (2019) organización que menciona que la depresión es un problema frecuente ya que existen más de 300 millones de personas con este trastorno en todo el mundo.
3	b	Los programas de intervención para la prevención de la depresión están basados en estrategias de tipo cognitivo .conductual.
4	b	La APA en su manual DSM 5 indica que los trastornos de ansiedad se diferencian del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser Excesivos o persistir más allá de los períodos de desarrollo apropiados.
5	a	Según la OMS para el 2015 el número total de casos de ansiedad a nivel mundial era de 264 millones.
6	a	Para autores como Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003 la ansiedad es “un estado desagradable de agitación e inquietud, cuya principal característica es la anticipación del peligro, y que presenta tanto síntomas físicos, cognitivos y emocionales”.
7	c	Las etapas del proceso de un comportamiento suicida, según Pérez 2015 son: ideación, amenaza, intento y suicidio
8	b	Según la OMS (2019) cerca de 800 mil personas se quitan la vida anualmente
9	a	que según la OMS (2019) estima que alrededor del 20% de todos los suicidios se comenten por autointoxicación con plaguicidas, ahorcamiento y armas de fuego.
10	c	Dentro de la evaluación del suicidio se considera un aspecto fundamental como es la letalidad del evento, en este caso la ingestión de benzodiacepinas se lo consideramos de una letalidad baja.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Autoevaluación 7

Pregunta | Respuesta | Retroalimentación

11	b	Los factores de riesgo incrementan la posibilidad de un suicidio, sin embargo, en algunos casos el hecho de ser mujer u hombre se convierte un factor de riesgo, en este caso si consideramos en sexo femenino como factor de riesgo para tentativa de suicidio.
12	b	Dentro de la evaluación del suicidio se considera los indicadores de elevada intención suicida en el intento suicida como: el intento fue cometido de tal forma que la intervención de terceros era imposible, existió premeditación, preparó detalladamente el intento y/o tomó alcohol para facilitar la ejecución.

Ir a la
autoevaluación

Autoevaluación 8

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	F	El duelo es la reacción emocional y del comportamiento que se manifiesta en forma de sufrimiento y aflicción cuando un vínculo afectivo se rompe.
2	a	El duelo es una respuesta adaptativa normal que suele producirse en el contexto de la muerte de un ser querido, como reacción ante la pérdida de una persona amada o de alguna abstracción que ha ocupado el lugar de aquélla.
3	V	La duración y la expresión de un duelo “normal” varían considerablemente entre los distintos grupos culturales.
4	a	El individuo en duelo suele considerar su ánimo deprimido como normal.
5	a	Según Borgeois, 5. La pérdida de un familiar y/o un ser querido con sus consecuencias psico-afectivas, sus manifestaciones exteriores y rituales y el proceso psicológico evolutivo consecutivo a la pérdida.
6	a	Según los criterios del DSM V, Desde la muerte, al menos 6 de los síntomas siguientes están presentes más días de los que no a un nivel clínicamente significativo, y persisten durante al menos 12 meses en el caso de adultos en duelo y 6 meses para niños en duelo: a. Incredulidad, rabia, evitación excesiva de los recuerdos, deseos de morir, sentimiento de soledad, disminución del sentimiento de identidad.
7	V	Según los criterios del DSM V, La reacción de duelo es desproporcionada o inconsistente con las normas culturales, religiosas, o apropiadas a su edad
8	c	Las fases o etapas del duelo según Kubler – Ross son: Negación, ira, negociación, depresión, aceptación.
9	b	Las fases del duelo familiar son: Aceptación familiar de la pérdida. Reagrupamiento y reorganización familiar. Reorganización de la relación con el medio externo. Reafirmación del sentimiento de pertenencia al nuevo sistema familiar.
10	c	La duración del duelo normal varía entre los grupos culturales

Ir a la
autoevaluación



5. Referencias bibliográficas

Aguirre, M., Moreira, D., Zavaleta, L., & Pérez, S. J. (2019). *Intervención psicosocial con niños en contextos de vulnerabilidad. El caso del barrio Tierras Coloradas, Loja–Ecuador*. Educació Social. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 72, 77-101.

Achúcarro, C. y San Juan, C. (1996). Aspectos históricos, teóricos y metodológicos de la evaluación de programas. En C. San Juan (Coord.), *Intervención psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces* (pp. 56-89). Barcelona: Anthropos

American Psychological Association [APA]. (2000). *Depression*.
<https://bit.ly/3amVOUr>

APA (Asociación Americana de Psiquiatría) . (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM V*. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Asamblea Nacional de la República del Ecuador. (26 de octubre de 2015). Ley orgánica de prevención integral del fenómeno socioeconómico de las drogas y de regulación y control del uso de sustancias catalogadas sujetas de fiscalización. Quito, Pichincha, Ecuador.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Asociación Americana de Psiquiatría [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (5ta ed.)*. Editorial Médica Panamericana.

Barriga, S. (1987). La intervención psicosocial. En S. Barriga, J. M. León y A. Martínez (Eds.), *Intervención psicosocial* (pp.13-58). Barcelona. Hora.

Bahamón, M., Alarcón-Vásquez, Y., Trejos, A. M., Reyes, L., Uribe, J. & García, C. (2018). *Prácticas parentales como predictoras de la ideación suicida en adolescentes colombianos*. Psicogente, 21(39), 50-61. <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2821>.

Beck, A. T. (1985). *Theoretical perspectives on clinical anxiety*.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (2009). *Inventario de Depresión de Beck: BDI-II* (1ra ed.). Paidós.

Blanco, A., & Valera, S. (2007). *Los fundamentos de la intervención psicosocial. Intervención psicosocial*, 1, 3-45.

Bourgeois, M. L. (1996). *Le deuil: clinique et pathologie*. Presses universitaire de France.

Bradshaw, J. (2000). *La familia/Family*. Selector.

Bradshaw, J. (2000). La Familia. USA: Editorial Selector.Castro, M.E., Llanes, J., y Carreño, A. (2002). *Material Preventivo Construye tu Vida sin Adicciones: Una Evaluación en cinco Grupos Trabajados por el Centro de Integración Juvenil, Gustavo. A. Madero Oriente*. México: CONADIC.

Cabildo, H. (1959). *La higiene mental en la salud pública. Salud Pública de México*, 1(2), 173_175-173_175.

- Ceballos, G. C. (2013). *Tus hijos adolescentes* (Vol. 35). Palabra.
https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=MAYP_a6VDmoC&oi=fnd&pg=PA1&dq=ADOLESCENCIA+libro&ots=XfKZ9cM5PN&sig=iTP9q2oS9529-cR97B_QxKJD0Ik#v=onepage&q&f=true
- Chambers, R. (1989). Editorial introduction: vulnerability, coping and policy.
- CNII. (2018). Datos sobre violencia contra niñas, niños y adolescentes en el Ecuador - Primer Encuentro Nacional de la Red Contra la Violencia a Niñas, Niños y Adolescentes. Consejo Nacional para la Igualdad Internacional: https://issuu.com/cnna_ecuador/docs/violencia_contra_nna_ec2018_cnii
- Conger, J., & Petersen, A. (1984). *Adolescence and youth: Psychological development in a changing world* (3rd edition). New York: Harper & Row.
- Cuervo Montoya, E. (2016). *Exploración del concepto de violencia y sus implicaciones en educación*. Política y cultura, (46), 77-97.
- Chacón, F., Barrón, A. y Lozano, M. P. (1988). *Evaluación de necesidades*. En A. Martín, F. Chacón y M. Martínez (Eds.), Psicología Comunitaria (pp. 109-139). Madrid: Visor.
- Dalgleish, T., Williams, J. M. G. ., Golden, A.-M. J., Perkins, N., Barrett, L. F., Barnard, P. J., ... Watkins, E. (2007). *Clasificación de las sustancias psicoactivas*. Journal of Experimental Psychology: General, 136(1), 23-42.
- De la Revilla, L. (1994). *Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. Doyma.
- De León, G. (2004). *La Comunidad Terapéutica y las Adicciones. Teoría, Modelo y Método*. New York: Springer Publishing Company.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Escobar, G. (2018). *Migraciones Y Movilidad Humana: Xv Informe Sobre Derechos Humanos*. FEDERACIÓN IBEROAMERICANA DE OMBUDSMAN: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/33405.pdf>

Española, R. A. (2014). Diccionario de la lengua española (23a edición). URL disponible en: <http://www.rae.es/>(Fecha de acceso: 25-05-2012).

Fernández-Ballesteros, R. (1996). *El ciclo de intervención social y evaluación*. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), Evaluación de programas (pp.5074). Madrid: Síntesis.

Fernández del Valle, J., Herrero, J., Bravo, A. (2000). (Eds.). *Intervención psicosocial y comunitaria. La promoción de la salud y la calidad de vida*. Madrid: Biblioteca Nueva

Fiallos, A. F. (2019). *Prevalencia de depresión en pacientes hospitalizados en el Hospital General de Latacunga [tesis de pregrado, Universidad Regional Autónoma de los Andes]*. Repositorio Institucional UNIANDES. <https://bit.ly/2OWpePt>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2020). *El choque COVID-19 en la pobreza, desigualdad y clases sociales en el Ecuador: Una mirada a los hogares con niñas, niños y adolescentes*, Quito, 21 de octubre 2020. <https://reliefweb.int/report/ecuador/el-choque-covid-19-en-la-pobreza-desigualdad-y-clases-sociales-en-el-ecuador-una>

Foucault, M., & Marquet Montiel, A. (1999). *El poder: cuatro conferencias*. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Azcapotzalco, División de Ciencias Sociales y Humanidades, Departamento de Humanidades.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Franco, A. S. (1993). *La violencia, una realidad social*. Instituto Colombiano de bienestar familiar, Dirección Seccional de Salud de Antioquia, Subsecretaría de la mujer. Primer foro regional sobre violencia intrafamiliar.

Freire, W., Ramírez-Luzuriaga, M., & Belmont, P. (2015). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años, ENSANUT-ECU 2012. Revista Latinoamericana de Políticas y Acción Pública Volumen 2, Número 1-mayo 2015, 2(1), 117.

Garrido, V. (2002). *Contra la violencia. Las semillas del bien y del mal*. Valencia: Algar.

Gerstner, R. M., Soriano, I., Sanhueza, A., Caffe, S. & Kestel D. (2018). *Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador*. Rev Pan Am Salud Publica, (42). <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>.

González-Forteza, C., Arana, D. S. & Jiménez, J. A. (2008). *Problemática suicida en adolescentes y el contexto escolar: vinculación autogestiva con los servicios de salud mental*. Salud Mental, 31(1), 23-27.

Graf, C. (2002). "Macrodeterminantes de la salud en el desarrollo humano sostenible". Obtenido de La Salud en las Americas, OPS: <http://www.prijepp.org/aula/verCuadro.php?archivo=7274.htm&titulo=Tipos/Grados%20de%20pobreza>

Grupo Banco Mundial. (2020). Banco Mundial. Obtenido de Tasa de mortalidad en un año (por cada 1.000 personas): <https://datos.bancomundial.org/indicator/SP.DYN.CDRT.IN>

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Guevara Martínez, Landazun Ortiz, A.M. y Terán Álvarez del Rey, A. (1989). *Estudios en Psicología ambiental en América Latina*. México Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Dirección General de Fomento Editorial.

Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*.

Hards, E., Ellis, J., Fisk, J. y Reynolds, S. (2020). *Negative view of the self and symptoms of depression in adolescents*. Journal of Affective Disorders, 262, 143-148.

Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa Sánchez-Garnica, D., & Pérez Álvarez, M. T. (2009). *La edad de inicio en el consumo de drogas, un indicador de consumo problemático*. Psychosocial Intervention, 18(3), 199-212.

Hernández, A. L. P. Las Enfermedades Psicosociales como Problema de Salud Pública.

INE. (2020). Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género (EVDVG) . Obtenido de Instituto Nacional de Estadística: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206

Inostroza, C., Cova, F., Bustos, C. & Quijada, Y. (2015). *Desesperanza y afrontamiento centrado en la tarea median la relación entre sintomatología depresiva y conducta suicida no letal en pacientes de salud mental*. Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 53(4), 231-240. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272015000400003>.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

INEC, I. (2015). Encuesta nacional de empleo, desempleo y subempleo. Indicadores de pobreza y desigualdad.

Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC]. (2017). Día Mundial de la Salud. <https://bit.ly/2HC6aDn>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2017). Salud Mental.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]. (2016). Estadísticas Vitales: Registro Estadístico de Nacidos vivos y Defunciones.

Domenach, J. M., & Laborit, H. (1981). La violencia y sus causas. París: Editorial de la UNESCO.

Jordán, M. I. (2008). Trastornos del afecto. En C. Gómez-Restrepo, G. Hernández, A. Rojas, H. Santacruz y M. Uribe. (3ra ed.) *Psiquiatría Clínica: Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (pp.185-193). Editorial Médica Internacional.

Junta Ejecutiva, 51. (1972). *Informes de grupos de estudio. Organización Mundial de la Salud*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/146502>

Kelly, J., Snowden, L. y Muñoz, R. (1977). *Social and Community Interventions. Annual Review of Psychology*, 28, 323-361.

Kyriacou, C. (1987). Teacher stress and burnout: An international review. *Educational research*, 29(2), 146-152.

Lamas, H., & Murruarraga, A. (2007). Pobreza y resiliencia: una nueva lectura de un problema complejo. *Revista Salud & Desarrollo social*. Nª3 Art, 2, 9-18.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Lazarus, R. (1976). Ansiedad psicológica y el proceso de adaptación.

Lombeida, E., & Serrano, M. (2020). Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo (ENEMDU), Reporte de pobreza y desigualdad. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC]: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2019/Diciembre-2019/Boletin%20tecnico%20de%20pobreza%20diciembre%202019_d.pdf

Londoño, C. y González, M. (2016). *Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres*. Acta Colombiana de Psicología, 19(2), 315-329. <https://doi.org/10.14718/ACP.2016.19.2.13>

López, C., García, J. A. y Rodríguez-Marín, J. (1993). Diseño y puesta en práctica de un modelo de atención comunitaria. En G. Musitu, E. Borjano, E. Gracia y J. R. Bueno, *Intervención psicosocial. Programas y experiencias*. Madrid: Editorial Popular, pp. 139-153. En C. San Juan (Coord.), *Intervención psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces* (pp. 36-45). Barcelona: Anthropos.

Marín, G. (1993). *Defining culturally appropriate community interventions: Hispanics as a case study*. Journal of Community Psychology, 21, 149-161.

Marín, G. (1996). *Consideraciones necesarias en el diseño de intervenciones culturalmente apropiadas en la promoción de la salud*. En C. San Juan (Coord.), *Intervención Psicosocial. Elementos de programación y evaluación socialmente eficaces* (pp. 36-45). Barcelona: Anthropos.

Martín, F. A. (1999). *Manual para la Elaboración y Evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas*. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

- Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano Vindel, A., & García-Fernández, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang.
- Maté, J., Hollenstein, M. F., & Gil, F. (2004). *Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico*. Psicooncología, 1(2-3), 211-30.
- Mayo, C. y La France, M. (1980). *Toward an Aplicable Social Psychology*. En R. Kidd, y M. Saks (Eds.), *Advances in Applied Social Psychology*. Vol. 1 (pp. 81-96). Hillsdale, N.J.: LEA.
- Maydeu, A. y Román, J. M. (1993). *Programa de «moldeado social» del comportamiento de los internos de un centro penitenciario*. En G. Musitu, E. Borjano, E. Gracia y J. R. Bueno, *Intervención psicosocial. Programas y experiencias* (pp. 31-51). Madrid: Editorial Popular.
- Meza, E. G., Garcia, S., Torres, A., Castillo, L., Sauri, S., & Martinez, B. (2018). *El proceso del duelo. Un mecanismo humano para el manejo de las pérdidas emocionales*. Obtenido de Revista de especialidades médica-quirúrgicas: <https://biblat.unam.mx/ca/revista/revista-de-especialidades-medico-quirurgicas/articulo/el-proceso-del-duelo-un-mecanismo-humano-para-el-manejo-de-las-perdidas-emocionales>
- Míguez, C., Vázquez, P., y Gutiérrez, J. (2008). *Intoxicaciones por drogas ilegales*. Manual de intoxicaciones en Pediatría, (January), 349-359.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2013). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. <https://bit.ly/2ZCFFXq>

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2013). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. <https://bit.ly/2ZCFFXq>

Ministerio de Salud Pública [MSP]. (2018). Ecuador preside Tratado de OMS para eliminar comercio ilícito de productos de tabaco. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/ecuador-preside-tratado-oms-eliminar-comercio-illicito-productos-tabaco/>

Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre comunidad y sociedad*. Barcelona: Paidós

Moreno Fernández, A. (2015). *La adolescencia*. Editorial UOC. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaupl/113757?page=14>

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2003). Pobreza Y Vulnerabilidad Social: mercado de trabajo e inversión social en el istmo centroamericano a inicios del milenio. Obtenido de comisión económica para américa latina y el caribe – CEPAL: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/25641-pobreza-vulnerabilidad-social-mercado-trabajo-inversion-social-istmo>

Naciones Unidas Programas de Desarrollo Humano - [UNDP]. (s/f). ¿Qué es el Índice de Pobreza Multidimensional? Obtenido de UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME HUMAN DEVELOPMENT REPORTS: <http://hdr.undp.org/en/node/2515>

Nelson, G., y Prilleltensky, I. (2005). *Community Psychology: In Pursuit of Liberation and Well-Being*. N.Y.: Palgrave Macmillan

Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. & Lee, S. (2008). *Suicide and suicidal behavior*. Epidemiologic Reviews, 30(1), 133-154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>

Núñez-Gómez, S., Lara-Vinueza, A. G., Gault C. & Delgado-Ron, J. C. (2018) *Trends and Spatial Patterns of Suicide Among Adolescent in Ecuador, 1997-2016. Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, (14), 283-292. <https://doi.org/10.2174/1745017901814010283>

Observatorio de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia [ODNA]. (2011). Estado de los derechos de la niñez y adolescencia en Ecuador 1990-2011. Quito

Observatorio Social del Ecuador. [OSM]. (2018). Situación de la niñez y adolescencia en el Ecuador, una mirada a través de los ODS.

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2020). The Shadow Pandemic: Violence Against Women and Girls and COVID-19 - Infografía. Obtenido de ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS:

Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2020). Víctimas de la violencia doméstica atrapadas durante la pandemia. Obtenido de Naciones Unidas: <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/un-supporting-trapped-domestic-violence-victims-during-covid-19-pandemic>

Oquendo Madriz, C. (2019). *Adolescente: libre pero nunca solo*. Universidad de La Sabana. <https://elibro.net/es/ereader/bibliotecaupl/123890?page=53>

Organización de Estados Americanos [OEA]. (2019). El Mecanismo de Evaluación Multilateral. . Obtenido de Informe de Evaluación sobre Políticas de Drogas. : <http://fileserver.idpc.net/library/Ecuador-7thRd-ESP.pdf>

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Organización de los Estados Americanos [OEA]. (2015). Movilidad Humana Estados Interamericanos. Obtenido de COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/movilidadhumana.pdf>

Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC]. (2018). Informe Mundial Sobre Las Drogas 2018. https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_ExSum_Spanish.pdf

Organización de los Estados América [OEA]. Secretaría de Seguridad Multidimensional (SSM), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Secretaría Nacional Antidrogas (SENAD), y Secretaría de Seguridad Pública (SENASA) de Brasil. (2015). Estudio Exploratorio sobre Drogas y Violencia en una Muestra Intencional de Mujeres en Doce Países de las Américas.

Organización de los Estados Americanos [OEA]. Comisión Interamericana para el control del Abuso (CICAD), Organización Panamericana de la Salud (OPS), y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Organización de los Estados Americanos [OEA]. Comisión Interamericana para el control del Abuso (CICAD), Organización Panamericana de la Salud (OPS), y Organización Mundial de la Salud (OMS). (2005). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Organización de los Estados Americanos [OEA]. (2015). El problema de las drogas en las Américas: estudios drogas y salud pública. http://www.cicad.oas.org/main/policy/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

Organización Mundial de la Salud. *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente* [OMS]. (2017). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/

Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. [OMS]. (2017). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización mundial de la salud [OMS]. (2002). “*La violencia un problema de salud pública*”, en E. Krug, et al. (eds.) Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS, pp. 1-24.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). OMS tabaco nota descriptiva 339 Julio 2019. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). *WHO Collaborative Study on Alcohol and Injuries : Final Report Department of Mental Health and Substance Abuse*. http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_injuries_final_report.pdf

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas*. CONSEJO EJECUTIVO 140.a reunión - Punto 10.3 del orden del día provisional EB140/29, 8, 1-7. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB140/B140_29-sp.pdf

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). "World Health Statistics". <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2012). Salud mental, Prevención del suicidio. https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/.

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Prevención del suicidio: un imperativo global.* https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/es/

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2015/alcohol-Informe-salud-americas-2015.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2015. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/tobacco/global_report/2015/summary/es/

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco. doi: ISBN 978 92 4 350524

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). Depresión. <https://bit.ly/2Zxutvg>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Suicidio. Centro de Prensa. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2019). Trastornos Mentales. <https://bit.ly/2sB4kOw>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2020). Prevención de la violencia . Obtenido de Prevención de la violencia y los traumatismos. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/es/

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2005.). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Washington, D.C.: OPS; 2005.

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). Mortalidad por suicidio en las Américas: Reporte Regional. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/PAHO-Mortalidad-por-suicidio-final.pdf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. <https://bit.ly/32FMoCf>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2017). Depresión. <https://bit.ly/2TrrPos>

Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2019). América Latina y el Caribe tienen la segunda tasa más alta de embarazo adolescente en el mundo. https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1996:america-latina-y-el-caribe-tienen-la-segunda-tasa-mas-alta-de-embarazo-adolescente-en-el-mundo&Itemid=360

Our World in Data [OWID]. (2017). Suicide death rate by age, World. <https://ourworldindata.org/grapher/suicide-death-rate-by-age>

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2012). *Desarrollo Humano*.
<https://psicologoseducativosgeneracion20172021.files.wordpress.com/2017/08/papalia-feldman-desarrollo-humano-12a-ed2.pdf>

Parekh, R. (2017). *What is Depression?*. American Psychiatric Association. <https://bit.ly/2KOnUNd>

Pedreira, J. T. L. (2001). *Problemática de la adolescencia y otros aspectos de la edad evolutiva*. Laertes. Barcelona.

Peralta, D. (2018). *Guía informativa para personas en situación de movilidad humana*. Obtenido de Gobierno Autónomo Descentralizado de la Provincia de Pichincha, GADPP.
https://proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/movilidadHumana/4_movilidadhum_guiia_informativa_1.pdf

Pérez del Río, F. (2011). *Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos* (Doctoral dissertation, Unviersidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones).

Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Obtenido de Naciones Unidas, CEPAL [ONU]: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf

Plan Nacional Sobre Drogas (2011a), Informe de Comisión Clínica sobre Drogas Emergentes. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Gobierno de España.

Plan nacional de prevención integral y control del fenómeno socio económico de las drogas. Drogas, S. T. (2017). <http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wpcontent/uploads/2018/01/Plan.Nacional.de.Dorgas.pdf>.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. (2020). Peligran los avances conquistados antes de la pandemia contra las múltiples dimensiones de la pobreza.

Rai, D., Zitko, P., Jones, K., Lynch, J. y Araya, R. (2013). *Country- and individual-level socioeconomic determinants of depression: multilevel cross-national comparison*. The British Journal of Psychiatry, 202(3), 195-203. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.112482>

Revilla, L., Álvarez, A.M., & Castillo, J.L. (2007). *Factores que intervienen en la producción de los problemas psicosociales*. Atencion Primaria.

Robles, J.I., Acinas, M. P. & Pérez-Íñigo, J. L. (2013). *Estrategias de intervención psicológica en la conducta suicida*. Síntesis, S. A.

Rodríguez-Escobar, J. A., Medina-Pérez, O. A. & Cardona-Duque, D. V. (2013). *Caracterización del suicidio en el departamento de Risaralda, Colombia, 2005-2010*. Revista de la Facultad de Medicina, 61(1), 9-16.

Rueda, S. (1998 [1983]). *De la intervención del psicólogo en el trabajo de comunidad*. En VVAA. Comunitat, participació i benestar social. Barcelona: Diputació de Barcelona, p. 102. (Original en Revista de Treball Social, 90).

Sánchez, A. (2002). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Prentice-Hall

Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada* (11va ed.). Pearson Educación.

Sierra, J. C., Ortega, V., & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista mal-estar e subjetividade*, 3(1), 10-59.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Sue, D., Sue, D. W., & Sue, S. (2010). *Psicopatología. Comprendiendo la conducta anormal*. Cengage Learning Editores.

Shenge, N. A., & Babalola, O. A. (2003). *The effects of self-esteem and vulnerability to illness on perceived quality of "pure" water*. Ife Psychologia: An International Journal, 11(2), 148-159.

Szapocznik, J., & Pequegnat, W. (1995). Designing an Intervention Study. In *How to Write a Successful Research Grant Application* (pp. 113-127). Springer, Boston, MA.

Takahashi, O., & Ohde, S. (2016). Somatic symptoms in patients with undiagnosed depression: Prevalence and health care utilization in Japan. *Value in Health*, 19(7), A840.

Torres, D. M. J. P., & Torres, T. J. P. (2013). LA INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: NECESIDAD TRANSVERSAL EN LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS. *Integración Académica en Psicología*, 2(4).

Unicef. (2016). Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe.

UNICEF. (2020). Poner fin a la violencia Proteger a los niños de la violencia, la explotación y el abuso. Obtenido de Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia: <https://www.unicef.org/lac/poner-fin-la-violencia>

Uriarte, J. M. (2020). Pobreza. Obtenido de Características.co. Recuperado de: <https://www.caracteristicas.co/pobreza/>

Usunáriz, J. M. (2013). *America, la política internacional europea y las "relaciones de sucesos" españolas tras los tratados de Westfalia*. Revista chilena de literatura, (85), 179-201.

Velasco, R. (2006). *Las Adicciones: manual para maestros y padres*. México: Editorial Trillas.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Velazco, O. & Castrillón, E. (2015). *Suicidio de niños y adolescentes*. Editorial Universidad del Cauca.

Veletanga, J. (2020). Ecuador registra más de 51.000 embarazos adolescentes en 2019; la pandemia agudizará esta realidad. Obtenido de Edición médica: <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-registra-mas-de-51-000-embarazos-adolescentes-en-2019-la-pandemia-agudizara-esta-realidad--96524>

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión: generalidades y particularidades*. Editorial Ciencias Médicas.

Zeng, J. y Jian, W. (2018). *Income-related inequality and its effect on depression prevalence in China: a longitudinal, population study*. Lancet, 392, 22-22. <https://bit.ly/30c0dDl>.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos



6. Anexos

(Ubicarlos al inicio de su tarea, luego de la carátula).

Anexo 1: Oficio de asignación de la institución/dependencia en la que realizará la práctica pre profesional.

Debe ser firmado y sellado por el Coordinador de la Titulación y entregado al inicio del periodo académico en la institución donde le den apertura para realizar sus prácticas (realizar 2 documentos, uno para que deje en la institución y otro para que usted lo conserve y lo adjunte en la tarea).

Anexo 2: Carta de compromiso del estudiante.

Tendrá que ser firmada por el estudiante al inicio del periodo académico y por su tutor externo; este documento lo enviará en su tarea del primer bimestre, con el espacio de la firma del profesor tutor vacío para que este pueda firmarlo.

Cuando le sea devuelta su tarea del primer bimestre, tendrá que escanear este documento y subirlo al EVA.

Anexo 3: Certificación de prácticas pre profesionales.

Deberá contener el número de horas estipulado por cada Gestión Productiva en cada uno de los bimestres y estar firmado por el psicólogo tutor externo (o el director del centro) con el respectivo sello de la institución.

Anexo 4: Registro y control de asistencia a la institución/ dependencia en la que realiza la práctica pre profesional.

El estudiante llenará este certificado y lo legalizará con la firma del tutor externo (o el director del centro) y con sello de la institución.

Anexo 5: Informe bimestral de prácticas pre-profesionales

Tendrá que redactar las actividades extras solicitadas por el centro de práctica, mismas que deben estar detalladas en el “Informe bimestral de prácticas pre-profesionales”. (Se debe presentar un informe por cada uno de los bimestres).

Anexo 6: Informe de contextualización del centro de práctica

Tendrá que redactar las características, población, misión, visión., etc; del centro de práctica, mismas que están detalladas en el “Informe de contextualización del centro de práctica”

Anexo 7: árbol de problemas

Tendrá que elaborar un árbol de problemas para desarrollar su plan de intervención

Anexo 8: Formato para informe básico de evaluación psicológica

Tendrá que elaborar el informe de la evaluación psicológica de los casos obtenidos en su centro de práctica, misma que están detalladas en “Formato para informe básico de evaluación psicológica”

Anexo 9: Formato programa de intervención primaria

Tendrá que consolidar toda la planificación, actividades, desarrollo y resultados del plan de intervención ejecutado en el centro de prácticas.

Anexo 10: Formato de evaluación del programa de intervención

Tendrá que evaluar el programa de intervención aplicado en su centro de práctica

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Anexo 1: Oficio de solicitud de plaza (o asignación de la institución) en la que realizará la práctica pre profesional GP ____ (Debe ser firmado y sellado por el Coordinador del Centro Asociado UTPL al que usted pertenece). Borrar este párrafo.

Sr.(a) o título que corresponda

Nombre del director (a)

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN EN LA QUE REALIZARÁ SU PRÁCTICA

En su Despacho.-

De mis consideraciones:

Reciba un cordial saludo de quienes conformamos la planta docente de la Titulación de Psicología de la UTPL, le deseamos los mejores augurios de éxito en sus funciones, y a la vez le expresamos nuestros más altos sentimientos de reconocimiento y estima por su alta preparación y su gran espíritu de colaboración y servicio a los estudiantes de nuestra querida Universidad.

Por medio del presente queremos solicitarle a Ud. muy comedidamente, se digne autorizar a nuestro estudiante:

....., realizar sus actividades de práctica pre profesional Gestión Productiva_____, correspondiente al período académico..... en su prestigiosa institución.

Por la favorable atención que se digne dar a la presente, desde ya le reitero mi más grato sentimiento de consideración y estima personal.

Atentamente

DIOS, PATRIA Y CULTURA

Mgtr. Geovanny Cuenca Puma

COORDINADOR DE LA TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA

Anexo 2: Carta de compromiso del estudiante (borrar esta oración).

Loja, _____ de 201____

Mgtr. Geovanny Cuenca Puma.

COORDINADOR DE LA TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA DE LA UTPL

Estimado Magister:

Yo, _____, con cédula número _____, estudiante de la titulación/carrera de Psicología General, de la Universidad Técnica Particular de Loja, manifiesto mi interés por participar en los procesos de aprendizaje que conllevan las prácticas pre profesionales, correspondientes al Gestión Productiva _____

Estas prácticas las desarrollaré en (Nombre institución/dependencia) _____, a la vez que me comprometo a:

- Cumplir con las normas establecidas por la institución/dependencia asignada.
- Cumplir con los horarios establecidos y el número de horas para las prácticas preprofesionales así como con las actividades asignadas.
- Trabajar en un ambiente de respeto y compañerismo con mi tutor y compañeros.
- Mantener reserva y confidencialidad en la información generada dentro de la institución/dependencia a la que he sido asignado.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

- Cuidar los equipos e instrumentos que me sean entregados en los tiempos y plazos que permanezcan bajo mi responsabilidad.
- Conocer y respetar los procedimientos operativos y las políticas de desempeño del lugar asignado, bajo el principio de corresponsabilidad que permitan alcanzar los objetivos y fines planteados por la institución/dependencia.

Atentamente,

f) _____
[Nombre del estudiante]

f) _____
Nombre del Tutor Externo

El profesor del componente colocará su firma
cuando presente su tarea del primer bimestre

Tutor académico del
Gestión Productiva_____

Anexo 3: Certificación de prácticas pre profesionales (borrar esta oración).

TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA CERTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES

Yo.....(nombre de la persona que certifica, es decir su tutor de la institución donde realiza su práctica) .., en calidad de (cargo que ocupa en la institución) ..de la institución (colocar el nombre del colegio, centro, o lo que corresponda) certifico que el/la estudiante(colocar sus nombres completos), realizó sus prácticas desde hasta, completando un total de (indicar el número de horas que realizó durante el primer bimestre "lo recomendable es que complete 56 horas por cada bimestre") horas de práctica pre profesional, en el horario que se anota a continuación:

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Horarios	De 00h00 a 00h00				

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente.

f.-----

Nombre:

CI:

(Firma de la persona que certifica la realización de las prácticas y sello de la institución)

Nota: Tiene que contener el sello de la institución y la firma del tutor(a),y/o el director del centro (Todos aquellos certificados que no contengen el sello institucional, o en su defecto, el sello profesional del psicólogo (tutor del centro) con su número de registro Senescyt, no serán válidos). (borrar esta oración).

Anexo 4: Registro y control de asistencia a la institución.

Carrera de Psicología

Registro y control de asistencia del Gestión Productiva ____

Prácticas Pre-profesionales ciclo académico ____

Institución: Escribir el nombre completo

Dependencia: Escribir el nombre del departamento, laboratorio o dependencia en la que realiza las actividades.

Tutor externo: Escribir los nombres y apellidos completos y el cargo

Estudiante: Escribir los nombres y apellidos completos

Periodo Académico (.....completar)

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Fecha						

Hora de entrada

Hora de salida

Firma

Actividades realizadas:

Observaciones:

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Fecha	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
-------	-------	--------	-----------	--------	---------	--------

Hora de entrada

Hora de salida

Firma

Actividades realizadas:

Observaciones:

Fecha	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
-------	-------	--------	-----------	--------	---------	--------

Hora de entrada

Hora de salida

Firma

Actividades realizadas:

Observaciones

Fecha						
-------	--	--	--	--	--	--

Hora de entrada

Hora de salida

Firma

Actividades realizadas:

Observaciones

(f) NOMBRES Y FIRMA DEL TUTOR EXTERNO (Incluir el sello de la institución/dependencia, ampliar semanas si hace falta)



Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Anexo 5: Informe bimestral de prácticas pre-profesionales.

MODALIDAD DE ESTUDIOS: Distancia

ÁREA ACADÉMICA: Área Sociohumanística.

TITULACIÓN / CARRERA: Psicología

PRÁCTICAS PREPROFESIONALES DE LA CORRESPONDIENTE A LA
Gestión Productiva_____

INFORME

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Apellidos y nombres completos.

FECHA:

TUTOR ACADÉMICO: Apellidos y nombres con su respetivo título.

PERIODO ACADÉMICO:

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

INFORME BIMESTRAL

DATOS INFORMATIVOS DE LA INSTITUCIÓN/DEPENDENCIA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN DONDE REALIZA LA PRÁCTICA PRE PROFESIONAL GESTIÓN PRODUCTIVA / PRÁCTICUM	Escribir el nombre completo de la empresa o institución
SIGLAS DE LA INSTITUCIÓN	Si no tiene, dejar el espacio en blanco
NOMBRE DE LA AUTORIDAD MÁXIMA O RESPONSABLE DE LA INSTITUCIÓN	
TIPO DE INSTITUCIÓN	Indicar si se trata de una empresa o institución pública o privada
SECTOR ECONÓMICO DE LA INSTITUCIÓN	Seleccionar entre las siguientes opciones: Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca. () Explotación de minas y canteras. () Industrias manufactureras. () Comercio. () Servicios. ()
SERVICIOS QUE OFERTA LA INSTITUCIÓN	
DEPARTAMENTO O DEPENDENCIA DONDE REALIZA LA PRÁCTICA	Escribir el nombre completo
TUTOR EXTERNO	Escribir el nombre del responsable dentro de la institución/dependencia y su cargo
NÚM NÚMERO DE CONVENIO	Escribir el número de convenio (en la mayoría de los casos, el convenio no existe, así que deberá colocar "Sin convenio")



Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

FECHA DE INICIO	Señalar la fecha de inicio de las actividades dentro de la institución/ dependencia. (Utilizar el siguiente formato: día / mes / año)
FECHA DE FINALIZACIÓN	Señalar la fecha de finalización de las actividades (Utilizar el siguiente formato: día / mes / año)
NÚMERO DE HORAS DE PRÁCTICA	Indicar el número total de horas que realizó hasta la presentación de la tarea correspondiente

Fecha: Loja, 23 de febrero de 2018

Anexo 6: Contextualización centro de práctica

1. CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE PRÁCTICAS:

1.1. Descripción del Centro:

- Tipo:
- Objetivos, prestaciones y servicios.
- Distribución horaria.
- Estructura organizacional, organigrama, recursos profesionales y de espacio o material.

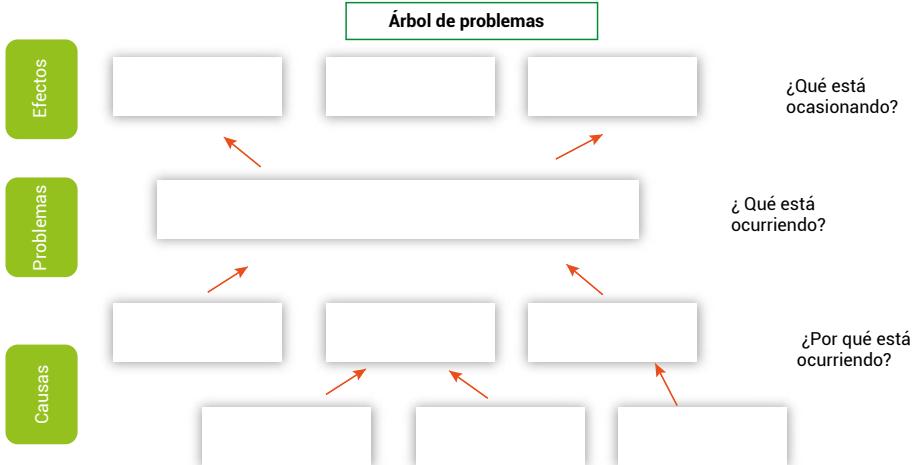
1.2. Perfil de los Usuarios

- Tipo de problemática
- Edad
- Perfil socioeconómico-cultural

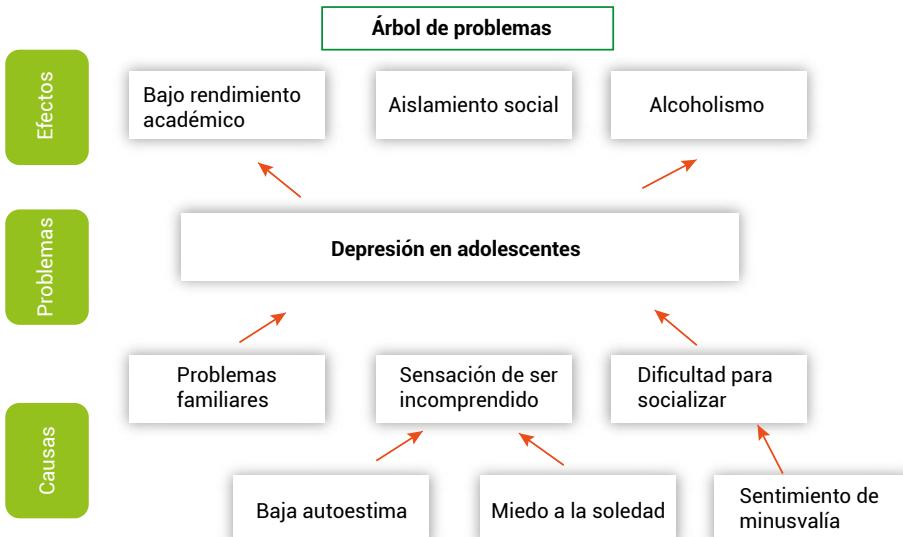
1.3. Equipo del centro

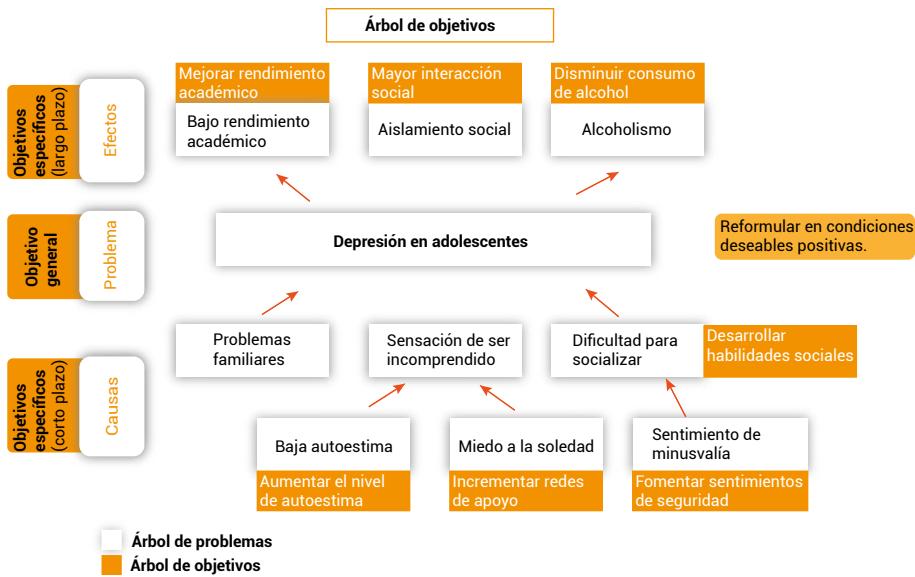
- Funciones de cada profesional y actividades que realizan
- Rol del psicólogo
- Métodos o técnicas de trabajo más utilizadas

Anexo 7: árbol de problemas



Ejemplo:





Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Anexo 8: Formato para informe básico de evaluación psicológica

FORMATO PARA INFORME BÁSICO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Informe Psicológico de:

1. Datos personales:

Nombre: Marco

Sexo: Varón **Edad:** 30 años **Estado civil:** Soltero

Dirección: DDD. **Teléfono:** TTT

Ocupación:

Realizado por: YYYY, estudiante de Psicología

2. Motivo por el cual se realiza la evaluación psicológica: (Señalar los motivos por los cuales ha sido derivado a evaluación psicológica, por ejemplo: conductas disruptivas en la sala de clases, bajo rendimiento, problemas de aprendizaje, etc.) y quien señala tales motivos (por ejemplo: el paciente, la madre, el padre, la directora del colegio, etc.) Debe colocar, además, el tiempo por el cual se ha mantenido esta (s) conducta (s).

3. Breve historia bibliográfica

1. Área familiar
2. Área Social
3. Área Académica

4. Historia clínica

5. Resultados y conclusiones

5.1. Información obtenida mediante entrevistas

5.2. Información obtenida con cuestionarios

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

1.3.1. Pruebas o tests aplicadas (enlistar los tests que se aplicaron al paciente y el constructo que evalúa cada uno de ellos)

Test: _____

Constructo Evaluado_____

RESULTADOS (coloque los resultados de cada uno de los tests o pruebas aplicadas)

Observaciones conductuales (Escriba las observaciones que se pudieron apreciar en la evaluación de la conducta del sujeto evaluado. Por ejemplo, lo relacionado con la concentración, ansiedad, estado de ánimo, entre otros)

Conclusiones diagnóstica y pronósticas (se redactan en función de los resultados de los aspectos evaluados y de las observaciones que realizó durante la evaluación)

RECOMENDACIONES (Surgen luego del proceso de evaluación, deben tener coherencia con los resultados obtenidos, pueden enfocarse a: remitir a otro especialista, iniciar algún proceso de intervención psicológica, entre otros.)

Lugar y fecha:

Firma del evaluador:

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo en calidad de representante
de autorizo al o la estudiante
..... para que realice la evaluación psicológica
a mi representado con la aplicación del test, escala o
cuestionario.....
.....
los días

Y autorizo, para que esta información sea utilizada para los fines
didácticos que me fueron informados.

Fecha:

.....
Firma del padre/madre o representante del evaluado

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Anexo 9: Formato programa de intervención primaria



MODALIDAD DE ESTUDIOS: Presencial

ÁREA ACADÉMICA: Socio-Humanística

TITULACIÓN / CARRERA: Psicología

INFORME

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRIMARIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: Apellidos y nombres

FECHA:

TUTOR ACADÉMICO: Mgtr.....

PERIODO ACADÉMICO:

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

INFORME DE PRÁCTICAS PRE PROFESIONALES

GESTIÓN PRODUCTIVA 3.2

INTRODUCCIÓN

El presente informe tiene como finalidad exponer el trabajo realizado en el Practicum 3 (SERVICIO COMUNITARIO); (análisis, evaluación de problemas psicosociales, prevalencias, elaboración de programa de intervención)

DESARROLLO

- **TÍTULO:** referente a la problemática abordada

Primera Fase: Detección de necesidades

- **INTRODUCCIÓN**

Identificación de problemáticas psicosociales (describir sobre la problemática designada: definiciones, prevalencias a nivel mundial, nacional y local, consecuencias. Máximo una hoja y media, citar con normas APA).

- **JUSTIFICACIÓN**

En función a los estudios debe justificar porque es necesario implementar un programa de intervención y considerar los resultados que obtuvieron al aplicar los instrumentos. Argumentar porqué es importante diseñar el programa de intervención primaria (La finalidad de un proyecto es más bien una aspiración a solucionar un problema bastante general. El objetivo fija unos resultados perfectamente alcanzables mediante la realización del proyecto). Máximo dos párrafos de 5 líneas cada uno.

- **MARCO REFERENCIAL**

Fundamentación teórica sobre la problemática trabajada (definición, prevalencias, causas, efectos, tipologías en función a las variables y población de estudio) Mínimo 5 hojas máximo 10 hojas.

- **EVALUACIÓN DE LA PROBLEMÁTICA O NECESIDAD**

En este apartado, se requiere que apliquen técnicas como instrumentos de evaluación a la población o personas con la problemática, de modo que nos arroje datos confiables y cuantificables de la dinámica y características específicas de la población a intervenir. Mínimo 2 hojas máximo 5

Segunda Fase: Proceso del programa de intervención primaria

- **TÍTULO:** referente al programa de intervención. Llamativo para las beneficiarios.
 - **OBJETIVOS**
 - **Objetivo General:** del programa de intervención trabajados en la asignatura de Técnicas e instrumentos (árbol de objetivos)
 - **Objetivos Específicos:** del programa de intervención trabajados en la asignatura de Técnicas e instrumentos (árbol de objetivos). Máximo 4 objetivos
 - **METODOLOGÍA**
 - **Beneficiarios:** describir los beneficiarios directos e indirectos
 - **Localización:** dónde se llevará a cabo (macrolocalización: Loja)
 - **Operacionalización de las actividades**
1. **Nombre de la actividad:** las actividades se deben proponer en base a los objetivos (mínimo dos actividades por objetivo).
- **Objetivo de la actividad**
 - **Número de participantes:**
 - **Tiempo de aplicación:**
 - **Recursos humanos:**

- **Recursos materiales:**
 - **No. de capacitadores:**
 - **Desarrollo:**
2. **Nombre de la actividad:** las actividades se deben proponer en base a los objetivos (mínimo dos actividades por objetivo). El mismo formato será para todas las actividades.
- **Objetivo de la actividad**
 - **Número de participantes:**
 - **Tiempo de aplicación:**
 - **Recursos humanos:**
 - **Recursos materiales:**
 - **No. de capacitadores:**
 - **Desarrollo:**
 - **Temporalización: Tiempo establecido para el desarrollo de las actividades**
- **RECURSOS**
 - **Humanos:**
 - **Técnicos:**
 - **Materiales:**

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

■ FINANCIACIÓN

Tercera Fase: Evaluación del programa de intervención primaria

Diseñar un formato de evaluación en función a los objetivos (tomar como modelo base el anexo 10)

CONCLUSIONES

Realizar en función a todo el Practicum

RECOMENDACIONES

Realizar sugerencias que sean constructivas de todo el practicum

BIBLIOGRAFÍA

En normas APA séptima edición

Anexo 10: Evaluación del proceso de intervención

Preguntas	Respuestas (interventor)	Observaciones
¿La intervención se ejecuta como se había planeado?		
¿Se está atendiendo a la población prevista?		
¿Todos los participantes se benefician de la misma forma?		
¿Qué grado de participación y satisfacción se está logrando?		
¿Cuál es la demanda?, ¿qué tanto se atiende?, ¿qué factores inciden en la fluctuación de la demanda?		
¿Es adecuada la importancia relativa que se da a cada una de las actividades del programa?		
¿Quiénes son los beneficiarios directos e indirectos del programa?		
¿Cuántos son y qué características tienen?		
¿Cómo se realizan las actividades?		
¿Los recursos del programa son suficientes y adecuados?		
¿Cómo se puede optimizar la utilización de los recursos?		
¿Cómo funciona el equipo del programa?		
¿Cómo es la comunicación entre sus miembros y cómo resuelven los conflictos?		
¿Están bien organizadas y distribuidas las actividades y tareas del programa?		

Índice

Solucionario

Referencias bibliográficas

Anexos

Recursos

Índice
Solucionario
Referencias bibliográficas
Anexos
Recursos

Preguntas	Respuestas (interventor)	Observaciones
¿Cómo es la interacción de los miembros del equipo con los beneficiarios del programa?		
¿Cómo fueron ejecutadas las actividades del programa?		
¿Quiénes participaron en el proceso de implementación?		
¿Cómo se invirtieron los recursos destinados al programa?		
¿Contaba con la capacitación requerida para ejecutar las acciones y responsabilidades asignadas el personal responsable del programa?		
¿Los responsables del programa tenían claros los objetivos?		
¿Compartía el equipo el marco de referencia teórico o conceptual que fundamentaba el programa?		

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Necesidades identificadas	Objetivos propuestos	Actividades planteadas	Resultado esperado	Resultado del programa

ANEXO 10

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

Nombres:.....

Edad:..... Estado civil:..... Nivel de Instrucción:.....

Ocupación..... La siguiente encuesta tiene por objetivo conocer su opinión acerca del programa de intervención DENOMINADO..... Por favor conteste sinceramente y tenga en cuenta que esta información se utilizará únicamente para fines académicos. Consideré que no existen respuestas buenas ni malas. Marque con una (X) la respuesta que usted considera la más adecuada.

PREGUNTA	MUY MALO	MALO	BUENO	MUY BUENO	EXCELENTE
----------	----------	------	-------	-----------	-----------

- 1 Los medios de difusión utilizados para este programa usted los considera:
- 2 La socialización de los objetivos del programa/proyecto por parte de los instructores, han sido:
- 3 Usted considera que el tiempo y espacio físico (aulas, salón, auditorios, etc.); donde se desarrolló el proyecto, que han sido:
- 4 El desarrollo de las actividades y metodología, por parte del instructor/s fueron:

PREGUNTA	NADA	MUY POCO	POCO	MUCHO	TOTALMENTE
----------	------	----------	------	-------	------------

- 5 Las actividades realizadas, le han ayudado a usted en la problemática abordada:
- 6 Los recursos utilizados (trípticos, videos, etc.), por las personas, a cargo le parecen adecuados.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

PREGUNTA	NADA SATISFECHO	POCO SATISFECHO	SATISFECHO	MUY SATISFECHO	TOTALMENTE SATISFECHO
7 Califique su satisfacción general con el programa; en el cual, participó.					
8 Califique el desempeño de la persona a cargo de la ejecución del programa involucrada.					

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Índice

Solucionario

Referencias bibliográficas

Anexos

Recursos

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos



7. Recursos

Consideraciones de la ansiedad

The slide features a dark blue background with a faint, light blue thought bubble pattern. In the top left corner, the UTPL logo is displayed, consisting of a crest and the text "UTPL La Universidad Católica de Loja". A yellow rectangular box contains the title "Nombre de la diapositiva ANSIEDAD". Below the title, the text "Elaborado: Mgtr. Marco Jiménez" is visible. In the bottom right corner, there is a small yellow square containing the text "soy+ utpl".

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

LA ANSIEDAD es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura y está más a menudo asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos **cautelosos o evitativos**.



EL MIEDO es una respuesta emocional a una amenaza inminente, **real o imaginaria**, frecuentemente asociado a accesos de activación automática necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida.

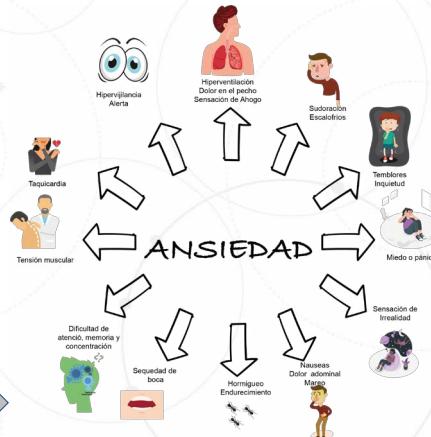


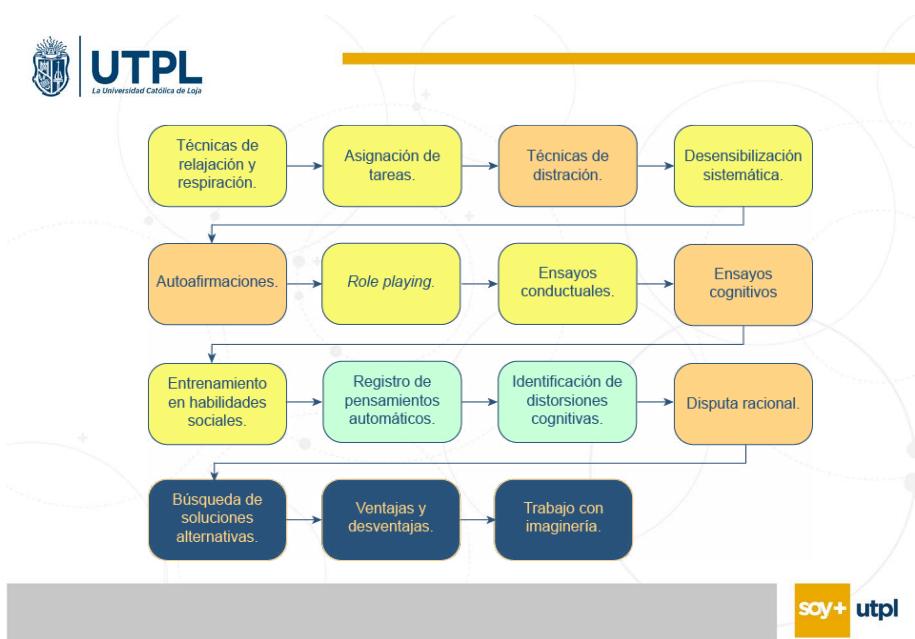
Dimensiones relacionadas con la ansiedad

Cogniciones o pensamientos.

Motores o de conducta

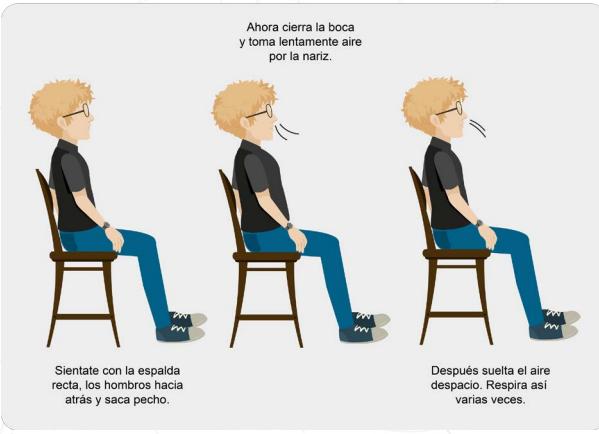
Fisiológicos







Relación y respiración



Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos



UTPL
La Universidad Católica de Loja

TÉCNICAS DE DISTRACCIÓN



Dedicar tiempo a nuestras aflicciones nos va a ayudar. Es decir, la distracción va a ser mayor si lo que hacemos atrae nuestro interés.

- Hacer operaciones matemáticas, contar hacia atrás del 100 al 0 (de dos en dos de tres en tres)



soy+ utpl



UTPL
La Universidad Católica de Loja



Centrarnos en las sensaciones que se producen al sentir las texturas, bien sean de un papel, de la ropa que llevamos puesta o del volante del coche mientras conducimos, entre otras.



- Podemos saborear aquello que tengamos en la boca o prestar atención a los olores que nos rodean. Priorizar la información que entra por cualquiera de nuestros sentidos puede ser una distracción perfecta si entrenamos la técnica lo suficiente.

soy+ utpl

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

AUTOAFIRMACIONES

Las autoafirmaciones son frases que puedes tener pensadas de antemano y utilizar para sentirte mejor en un momento determinado.



FISIOLÓGICO



ALPRAZOLAM	ansiolítico	0.25-0.5mg 3/d	Vía oral
CLONAZEPAM	Anticonvulsivantes	1.5mg/día/en dosis fraccionadas	
DIAZEPAM	Ansiolítico	2-10mg 3/d-4d	Vía oral
	Anticonvulsivante	5-20mg en bolo	Vía Intravenosa
LORAZEPAM	Ansiolítico	2-6mg/día/en dosis fraccionadas	
	Preoperativo	2-4mg	Vía Intramuscular / intravenosa
	Insomnio	2-4mg p/n durante dos semanas o menos	Vía oral
TRIAZOLAM	Sedante hipnótico	0.13-0.5mg p/n	Vía oral



Apóyalo



Evita burlas y señalamientos



Acompañamiento



¿Qué hacer si un compañero presenta ansiedad?



soy+ utpl

[Ir al contenido](#)

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Evaluación del suicidio



La Universidad Católica de Loja

Evaluación del riesgo suicida

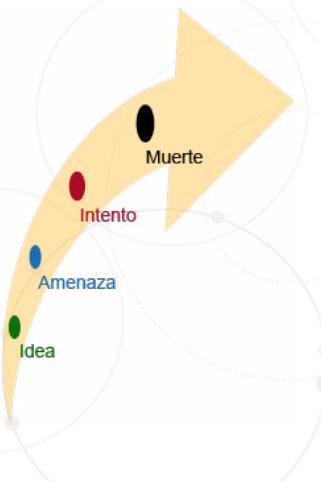
Elaborado:
Marco Jiménez

soy+ utpl



El comportamiento suicida pasa por un proceso sistemático. Según Pérez (2015) comienza desde los pensamientos o ideas sobre la muerte o deseos de morir, conocida como "ideación suicida", cuya finalidad del individuo es terminar con su propia existencia, que puede presentarse con planeación del lugar, método, tiempo, precauciones que ha de tomar para lograr el propósito.

Al contrario, la ideación sin planeación, en esta instancia el individuo expresa deseos de matarse, aunque no sabe como, cuándo ni dónde hacerlo. Luego de los pensamientos viene la "amenaza suicida" que es la expresión verbal o escrita del deseo de matarse o morir, luego el "Intento suicida", acto destructivo, auto infringido, no fatal con el deseo de intención de quitarse la vida; por último, está la "muerte por suicidio, o suicidio consumado", que es el acto autodestructivo que conduce a la muerte.



PREVALENCIA

Según la OMS (2017), más de 800000 personas se suicidan cada año, lo que representa una muerte cada 40 segundos y corresponden al 1,6 de todas las muertes.

El suicidio es la segunda causa principal de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años.

Un 75% de los suicidios ocurren en países de ingresos bajos y medianos.

En particular, el suicidio es la segunda causa de defunción en el grupo etario de 15 a 29 años en todo el mundo.

Índice

Solucionario

Referencias bibliográficas

Anexos

Recursos



UTPL
La Universidad Católica de Loja

PREVALENCIA-NACIONAL

Aspectos epidemiológicos de los suicidios en Ecuador: un informe de 8 años

Fabrizio González-Andrade, Ramiro López-Pulles, Santiago Gascón, Javier García Campayo

Publicado en 2010 en Journal of Public Health

Cada año en Ecuador 801 personas mueren por suicidio, con una tasa de prevalencia de 60,55 muertes por millón de habitantes.

El 76,79% de todos los casos involucraban individuos entre 15 y 50 años de edad.

El suicidio es la causa del 1,4% de todas las muertes en Ecuador. Por género, los hombres representan el 70,96%, mientras que el porcentaje en las mujeres es sólo del 29,04%.

El método más común de suicidio es el ahorcamiento, el estrangulamiento o la asfixia (44,35%), seguido de productos químicos no especificados (20,37%) y de intoxicación por plaguicidas (20,07%).



soy+ utpl



UTPL
La Universidad Católica de Loja

SERIE HISTÓRICA DE INDICADORES PARA LA AGENDA 2030

OBJETIVO

3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades

META

3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar.

INDICADOR

3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio

UNIDAD DE MEDIDA

Tasa (por 100.000)

INSTITUCIÓN RESPONSABLE

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)

FUENTE DE INFORMACIÓN

Estadística de Defunciones Generales (EDG)

3.4.1 TABLA

Altos	Nacional	Hombre	Mujer	Proyecciones Población	Tasa
2015*	1.073	607	266	16.278.644	6,59

Nota:

La información corresponde a las muertes ocurridas en el año 2015 e inscritas en el mismo año ya que aún no se cuenta con la información de las muertes ocurridas en el año 2015 e inscritas en el año 2016.

Fuente: Agenda de Desarrollo 2030 Salud y Bienestar, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/salud-y-bienestar/>

soy+ utpl

Índice

Solucionario

Referencias bibliográficas

Anexos

Recursos



Fuente: Manual de Atención Primaria en Salud Mental (MSP)

ENFERMEDAD	CASOS	TASA/100000 habt.
1. Víctimas de Violencia y Maltrato	7081	53.58
2. Depresión	6107	46.21
3. Epilepsia	3400	25.73
4. Alcoholismo	3124	23.64
5. Intento de Suicidio	2024	15.32
6. Retardo Mental	1318	9.97
7. Demencias	175	1.32
8. Psicosis	172	1.30
9. Suicidio Consumado	101	0.76
10. Farmacodependencia	96	0.73

soy+ utpl

FACTORES DE RIESGO

Suicidio consumado		Tentativa de suicidio	
Varón		Mujer	
Mayor de 65 años		Menor de 45 años	
Viudo/divorciado/soltero		Divorciado/conflictos conyugales	
Aislamiento/desarraigamiento social (pareja/familia)		Problemas interpersonales	
Jubilación/desempleo		Desempleo	
Enfermedades somáticas		Trastornos de adaptación/de personalidad	
Trastornos afectivos/psicosis		Abuso de sustancias	
Abusos de sustancias		Tentativas de suicidio previas	
Tentativas de suicidio previas		Medio urbano	
Medio urbano/rural		Sobreingestión de medicamentos.	
Método "violento"			

Sexo		
CEPAL/CELADE Redatam+SP 10/11/2017		
Base de datos		
Ecuador - Censo de Población y Vivienda 2010		
Área Geográfica		
Toda la Base de Datos		
Título		
Sexo		
Frecuencia		
de Sexo		
Sexo		
Casos		
Hombre	7,177,683	49.56
Mujer	7,365,816	50.44
Total	14,543,499	100.00

Procesado con Redatam+SP
CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2010
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO - INEC, ECUADOR

Estado conyugal		
CEPAL/CELADE Redatam+SP 10/11/2017		
Base de datos		
Ecuador - Censo de Población y Vivienda 2010		
Área Geográfica		
Toda la Base de Datos		
Título		
Estado conyugal		
Frecuencia		
de Estado conyugal		
Estado conyugal		
Casados	3,520,424	25.48
Convivientes	22,156,657	20.43
Separados	520,860	4.66
Divorciados	203,393	1.88
Estatus no conyugal	413,298	3.61
Solteros	3,805,653	38.54
Total	10,839,663	100.00

NSA : 3,643,803
Procesado con Redatam+SP
CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA 2010
INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSO - INEC, ECUADOR

soy+ utpl

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos



Pacientes con ideación suicida. Probabilidad de paso al acto suicida

Mayor riesgo	Menor riesgo
Ideación suicida recurrente. Ideas de muerte. Comunicación indirecta de idea suicidio. Planificación del método y lugar "negación" de la ideación suicida.	Ideación suicida esporádica. No tiene ideas de muerte. Comunicación directa de idea suicidio Impulsividad. Demanda de ayuda .

Pacientes que han realizado una tentativa de suicidio. Riesgo de repetición.

Mayor riesgo	Menor riesgo
Tentativas de suicidio previas. Planificación. Método "violento". Nota de despedida o testamento. Negación de la intención suicida "tranquilidad". Intervención del entorno improbable.	Primera tentativa. Impulsividad. Método "suave". Ausencia de nota de despedida. Ambivalencia. Irritabilidad. Intervención del entorno probable.

soy+ utpl



[REV. MED. CLIN. CONDES - 2012; 23(5) 607-615]

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO: ENFOQUE ACTUALIZADO

UPDATE ON ASSESSMENT OF SUICIDAL RISK

DR. ALEJANDRO GÓMEZ C. (i) (s)

1. PROFESOR ASOCIADO, UNIVERSIDAD DE CHILE.

2. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL CAMPUS SUR, UNIVERSIDAD DE CHILE.

Email: algomezham@gmail.com

soy+ utpl

EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA SUICIDA

Dimensiones relevantes son la frecuencia y duración de los episodios de ideación. La frecuencia puede ser tan elevada que la ideación es descrita como practicante continua. Puede presentarse en episodios breves, fugaces (como "rachas"), con una duración de segundos, o persistir durante períodos de minutos a horas. En general los episodios de mayor duración (una o más horas) o muy frecuentes (varias veces al día) son más severos. Asimismo, la intensidad de la ideación puede ser variable.



Preguntas apropiadas al respecto pueden ser

"¿Cuándo piensa hacerlo?", "¿cómo lo haría?", "¿dónde?"

Tras la detección de ideas o planes autodestructivos, se debe indagar acerca del propio sentido de "capacidad" o "coraje" para llevarlas a efecto, así como la de la existencia de factores disuasivos y capacidad de autocontrol

Es útil preguntar por el "peor" momento vivido: "¿cuándo ha estado más cerca de intentar el suicidio?, ¿qué pasó?, por qué no realizó el acto suicida"

Para evaluar la propia capacidad percibida de autocontrol, pueden servir preguntas como

"¿qué haría si vuelve a sentir en estos días deseos de suicidarse?", "¿cree que lo podría evitar?", "¿cómo?"

[Índice](#)[Solucionario](#)[Referencias bibliográficas](#)[Anexos](#)[Recursos](#)

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

DIMENSIONES RELEVANTES DE LA IDEACIÓN

DIMENSIONES DE LA IDEACIÓN SUICIDA	DESCRIPTORES
Frecuencia	Infrecuente/frecuente/continua
Relación con estímulos	Clara; evidente; dudosa; inexistente
Duración de los episodios	Segundos/minutos/horas
Formato	Verbal/en imágenes
Ideación activa o pasiva	"Ojalá que me ocurra algo" vs. "quiero ..."
Afecto concomitante	Miedo/angustia/dolor/alegría o alivio/rabia/culpa/vergüenza
Nivel de concreción	Vaga o abstracta/concreta
Evolución	Aguda/crónica
Posición del Yo frente a la ideación suicida	Activa/pasiva/variable u oscilante
Actitud	Rechazo/indiferencia/aceptación/ambivalencia
Planes suicidas	Sí/no/dudosos
Asociación a otras variables	Situacionales/interpersonales/emocionales/síntomas
Percepción de capacidad	Se siente capaz ("coraje para hacerlo") y no se considera capaz
Presencia de disusivos	P. ej., dañaría otras personas; razones religiosas
Control perdido	Presente/ausente/inseguro
Severidad relativa	Peor episodio el actual/ otros han sido peores
Relación con conducta suicida	Sin relación/ se ha asociado a conducta suicida/se podría asociar a conducta suicida
Intención suicida	Intención suicida presente/ intención suicida ausente
Percepción de capacidad o coraje para efectuar un intento	Se siente capaz/no se siente capaz/inseguro
Actitud frente al clínico	Revela abiertamente sus ideas suicidas/intenta ocultarlas o es renuente a revelarlas

Fuente: Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicidal ideation. J Consult Clin Psychology 1979; 47: 343-352.

soy+ utpl

SUICIDIO

Los intentos suicidas se definen como actos cuyo propósito es provocar la propia muerte pero que no alcanzan su objetivo.

Son heterogéneos en cuanto al método (violento, o no violento; único o múltiple), la letalidad, y la motivación o propósito. La severidad puede asegurarse según la letalidad del método y el grado de intención suicida.

Ambas dimensiones se correlacionan débilmente, dado que una tentativa que una tentativa con elevada intención suicida puede realizarse con un método de baja o moderada letalidad.

soy+ utpl

Índice

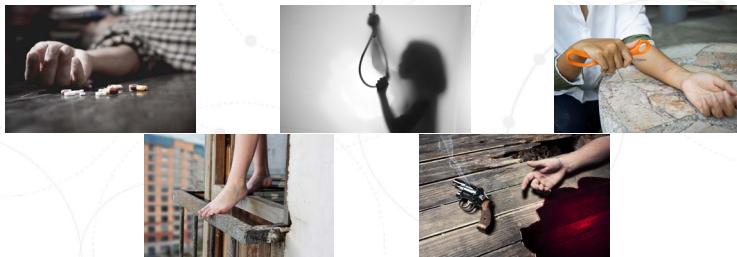
Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Cuando se clasifican los intentos según la letalidad del método, se emplean escalas de tres, cinco o siete niveles. En una escala de tres niveles habrá intentos de alta letalidad (p. ej. lanzarse de una altura; suspensión; arma de fuego), mediana letalidad (p. ej. ingestión de paracetamol; cortes profundos), y baja letalidad (p. ej. ingestión de benzodiacepinas; cortes superficiales).



soy+ utpl

INDICADORES DE ELEVADA INTENCIÓN SUICIDA EN EL INTENTO SUICIDA

Intento fue cometido en situación de aislamiento
Intento fue cometido de tal forma que la intervención de terceros era improbable
El paciente tomó precauciones contra la intervención de otras personas
Preparó detalladamente el intento
Dejó nota o carta suicida
Mantuvo su intención en secreto
Existió premeditación
Tomó alcohol para facilitar la ejecución del intento

Fuente: Pierce DW. The predictive validation of a suicide intent scale: a ve-year follow-up. Br J Psychiatry 1981; 139: 391-3.

soy+ utpl

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos



UTPL
La Universidad Católica de Loja

Al considerar los criterios de letalidad e intención suicida, se pueden clasificar como intentos severos todos aquellos en que la letalidad del método fue al menos moderada y/o hubo indicadores de una elevada intención suicida.

Otras características, como el empleo simultáneo de más de un método (por ejemplo, ingerir una sobredosis y auto infierirse cortes), un método violento y la existencia de un pacto suicida o un intento cometido en una situación de violencia también llevarán a clasificar el intento como severo.

Al considerar los criterios de letalidad e intención suicida, se pueden clasificar como intentos severos todos aquellos en que la letalidad del método fue al menos moderada y/o hubo indicadores de una elevada intención suicida.



soy+ utpl



UTPL
La Universidad Católica de Loja

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LA CRISIS SUICIDA

Circunstancias que demandan una evaluación del riesgo suicida

La situación más evidente es la existencia de una crisis suicida (un intento de suicidio o la comunicación de ideas o propósitos suicidas). Aparte de ella debe indagarse la presencia de indicadores de riesgo en las siguientes circunstancias

Crisis suicida
Paciente que es visto por primera vez o ingresa a tratamiento
Cambio en el encuadre de tratamiento (hospitalizado a ambulatorio o viceversa; post alta)
Brusco cambio anímico
Anticipación de una crisis mayor o amenazante

Fuente: American Psychiatric Association. Practice Guidelines for the Assessment and Treatment of Patients with Suicide Behaviors. Arlington VA: American Psychiatric Publishing; 2003:31.

soy+ utpl

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Clasificación del riesgo suicida y sus indicadores

FACTORES	RIESGO LEVE	RIESGO MODERADO	RIESGO SEVERO	RIESGO EXTREMO
IDEAS SUICIDAS	Infrecuentes, poco intensas, fugaces, sin plan.	Frecuentes, intensidad moderada, planes vagos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.	Frecuentes, intensas, duraderas, planes definidos.
INTENCIÓN SUICIDA	No hay.	No hay.	Indicadores indirectos.	Indicadores directos.
SÍNTOMAS	Leves.	Moderados.	Severos.	Severos.
CONTROL DE IMPULSOS	Buen autocontrol.	Buen autocontrol.	Autocontrol deteriorado.	Autocontrol deteriorado.
DESESPERANZA	Leve.	Moderada.	Severa.	Severa.
CONTEXTO	Medio protector confiable.	Medio protector confiable.	Medio protector inseguro.	Medio protector ausente.

Fuente: Bryan CJ, Rudd MD. Advances in the assessment of suicide risk. J Clin Psychol 2006; 62: 185-200.

soy+ utpl

Revista de la Facultad de Medicina

DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>

Rev. Fac. Med., Volumen 63, Número 4, p. 707-716, 2015. ISSN electrónico 2357-3848. ISSN impreso 0120-0011.

ARTÍCULO DE REVISIÓN

DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>

Escala de evaluación de riesgo suicida en atención primaria

Risk scales for suicide in primary care

Clasificación: Kimberly Rangel-García • María Fernanda Suárez-Betrión • Franklin Escobar-Córdoba*

Recibido: 26/05/2015 | Aceptado: 02/10/2015

* Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá - Facultad de Medicina - Departamento de Psiquiatría - Bogotá, D.C. - Colombia.

Correspondencia: Franklin Escobar - Códoba, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Carrera 30 No. 45-03, edificio 471, oficina 202. Teléfono: +57 1 3165000, Correo electrónico: franklin.escobar@unal.edu.co

[Resumen]

Abstract: Las escalas de riesgo suicida en atención primaria que están en uso tienen una alta sensibilidad para detectar el riesgo suicida en la vida o manifiesta ideación suicida.

Potencialmente poseen limitaciones para la psiquiatría, sin embargo, ocasionalmente esto se difiere.

Objetivo: Contrastar un instrumento de evaluación del riesgo suicida en adultos que pueda ser aplicado por el médico general en el servicio de urgencias.

Materiales y métodos: Revisión de la literatura en PubMed con los términos MeSH: "suicide", "risk assessment" y "scales"; se encontraron 270 artículos a los que se les analizaron los abstracts y finalmente se incluyeron 24 estudios.

Resultados: Se encontraron nueve instrumentos y se descartaron los demás por involucrar diagnóstico específico, grupos de edad distintos, poblaciones etnográficas diferentes y/o no cumplir con las características de las escalas enfocadas en los factores protectores y en opiniones del paciente acerca del suicidio.

Conclusiones: Estas escalas se pueden usar como instrumentos de ayuda para definir una conducta en un paciente con riesgo suicida, pero no necesariamente la entrevista psiquiátrica. Se pusieron las escalas Modified Scale for Suicide Ideation y Pluschik Suicide Risk Scale para cumplir con las características de las escalas y por tener un tiempo de aplicación adecuado en el servicio de urgencias y por sus preguntas sencillas para ser utilizadas en atención primaria.

Palabras clave: Suicidio; Escalas; Riesgo; Atención primaria

Rev. Fac. Med., Volumen 63, Número 4, p. 707-716, 2015. ISSN electrónico 2357-3848. ISSN impreso 0120-0011.

DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>

Background. The primary care physician must decide what to do with a patient who has attempted to commit suicide or has shown suicidal ideas. When it is possible, they must send the patient to a psychiatrist; somehow, sometimes this must be done later.

Objective. To find a means of assessing suicide risk in adults that can be applied by general practitioners in the emergency department.

Materials and methods. A literature review in PubMed with MeSH terms "suicide" and "risk assessment" and "scales" was done. 270 articles were found and these were analyzed in their abstracts and finally 24 studies were included.

Results. There were nine instruments in line with this review. Others were discarded because they involved specific diagnosis, different age groups, other special populations, prolonged time of application and others focused on protective factors, as well as patient opinions on suicide.

Conclusions. These scales can be used as a tool to decide if a patient shows suicide risk but do not replace the interview with a psychiatrist. The "Modified Scale for Suicide Ideation" and "Pluschik Suicide Risk Scale" were chosen for their psychometric properties, the appropriate application time in the emergency department and simple questions to be used by primary care personnel.

Keywords: Suicide; Scales; Risk; Primary Care (MeSH)

Rev. Fac. Med., Volumen 63, Número 4, p. 707-716, 2015. ISSN electrónico 2357-3848. ISSN impreso 0120-0011.

DOI: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.50849>

soy+ utpl

Scale For Suicide Ideation (SSI)/Escala para la ideación Suicida

6.2. Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI) [i](#)

Cuando se clasifican los intentos según la letalidad del método, se emplean escalas de tres, cinco o siete niveles. En una escala de tres niveles habrá intentos de alta letalidad (p. ej. lanzarse de una altura; suspensión; arma de fuego), mediana letalidad (p. ej. ingestión de paracetamol; cortes profundos), y baja letalidad (p. ej. ingestión de benzodiacepinas; cortes superficiales).

1. Dese de vivir	
0. Moderado a fuerte	
1. Difícil	
2. Ninguno	
2. Dese de morir	
0. Ninguno	
1. Difícil	
2. Moderado a fuerte	
3. Ansiedad para vivir/morir	
0. Puede tener pensamientos para subestimar la vida	
1. Puede tener pensamientos para subestimar la vida	
2. Puede tener pensamientos para seguir con vida	
4. Dimensión temporal (deseos de la ideación/deseo suicida)	
0. Breve, período pasajero	
1. Breve, período de tiempo	
2. Continuo (eterno) o casi continuo	
5. Dimensión temporal (frustración del suicidio)	
0. Intermitente	
1. Persistente o continuo	
6. Criterios para la ideación	
0. Rechazo	
- Ambivalencia, indecisión	
- Aceptación	
1. Control sobre la actividad suicida de actuar now	
- Tener sentido del control	
- No tener sentido del control	
10. Dispositivo para el intento activo (familia, religión, irresponsabilidad)	
0. Puede no interferir o causar daño a las personas que pueden disuadirlo	
1. Minima o ninguna preocupación o interés por ellos	

Fuente: http://www.depresión.psicomag.com/esc_idea_suic.php



Self-Rated Scale For Suicide Ideation (SR-SSI)

6.2. Escala de Ideación Suicida de Beck (Scale for Suicide Ideation, SSI) [i](#)

Es una traducción exacta de la escala descrita, tiene 19 ítems y se califica igual. Puede llenarse con lápiz y papel o en computador. Para la escrita se encontró una validez concurrente, buena con la SSI, aplicada por psiquiatría, dada por un coeficiente de Pearson de 0.9 ($p<0.001$) y la confiabilidad medida por un α Cronbach de 0.93; la versión computarizada tiene un coeficiente de Pearson de 0.9-0.94 con la SSI.

1. Dese de vivir	
0. Moderado a fuerte	
1. Difícil	
2. Ninguno	
2. Dese de morir	
0. Ninguno	
1. Difícil	
2. Moderado a fuerte	
3. Ansiedad para vivir/morir	
0. Puede tener pensamientos para subestimar la vida	
1. Puede tener pensamientos para subestimar la vida	
2. Puede tener pensamientos para seguir con vida	
4. Dese de tener actividad o suicidio	
0. Ninguno	
1. Difícil	
2. Moderado a fuerte	
5. Deseos para vivir	
0. Puede tener pensamientos para subestimar la vida	
1. Puede decir de vivir por su control	
2. Puede tener pensamientos para seguir con vida	
6. Dimensiones temporales (deseos de la ideación/deseo suicida)	
0. Breve, período pasajero	
1. Breve, período de tiempo	
2. Continuo (eterno) o casi continuo	
7. Dimensiones temporales (frustración del suicidio)	
0. Intermitente	
1. Persistente o continuo	
8. Criterios para la ideación	
0. Rechazo	
- Ambivalencia, indecisión	
- Aceptación	
1. Control sobre la actividad suicida de actuar now	
- Tener sentido del control	
- No tener sentido del control	
10. Dispositivo para el intento activo (familia, religión, irresponsabilidad)	
0. Puede no interferir o causar daño a las personas que pueden disuadirlo	
1. Minima o ninguna preocupación o interés por ellos	



Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos



Modified Scale For Suicide Ideation (MSSI)/Escala Modificada para la Ideación Suicida

Scoring for Modified Scale for Suicide Ideation (MSSI)

1. Total Score = sum of the following items:

Item Number	Item Content	Score (0-3)
1	Wish to die	
2	Wish to live	
3	Thoughts of suicide attempt	
4	Desire – passive attempt	
5	Duration of thoughts	
6	Frequency	
7		
8	Deterrent	
9	Reasons	
10	Method - specificity	
11	Method – availability	
12	Concerns	
13	Competence	
14	Expectancy of attempt	
15	Talk of death	
16	Death wish	
17	Suicide attempt	
18	Actual preparation	

MSSI TOTAL SCORE: _____

Severity Categories based on MSSI Total Score

0-8 = Low Suicidal Ideation

9-20= Mid-Moderate Suicidal Ideation

21+ = Severe Suicidal Ideation



Plutchik Suicide Risk Scale/Escala de Riesgo Suicida de Plutchik

Instrumento autoaplicado que se compone de 26 ítems que se califican con sí o no. Se encarga de evaluar intentos suicidas previos, intensidad de ideación suicida actual, sentimientos de depresión y desesperanza y otros factores relacionados con los intentos. Es fácil y rápido de administrar —1-2 minutos—, distingue pacientes con tentativa de suicidio, con antecedentes de ideación o con intentos suicidas; tiene una confiabilidad buena (α de Cronbach=0.84).



Escala de Riesgo Suicida de Plutchik (Risk of Suicide, RS)

Nombre completo: _____ N° HCL: _____

Fecha de aplicación: _____

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que usted ha sentido o hecho. Por favor, conteste cada pregunta respondiendo con sí o no.

1. ¿Se ha sentido a menudo alucinaciones como aspirinas o pastillas para dormir?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre si mismo/a?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. ¿Tiene pensamientos recurrentes acerca de la gente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. ¿Se ve futuro con más pessimismo que optimismo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. ¿Se ha sentido alguna vez triste o inservible?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
7. ¿Se ve futuro sin ninguna esperanza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8. ¿Se ha sentido alguna vez tan fracasado/a que sólo quería morir en la cama y abandonarlo todo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. ¿Está deprimido/a ahora?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
10. ¿Está usted separado/a, divorciado/a o viudo/a?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
11. ¿Le ha ocurrido a su familia la tentativa suicida alguna vez?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
12. ¿Alguna vez ha sentido que se sentía infeliz o que habría sido capaz de matar a alguien?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Puntuación total: _____

PUNTUACIÓN

Cada respuesta afirmativa evalúa 1 punto. Cada respuesta negativa evalúa 0 puntos. La puntuación total oscila entre 0 y 15.

INTERPRETACIÓN

A mayor puntuación, mayor riesgo. Los autores de la validación en español identifican como punto de corte una puntuación igual o mayor a 6.



Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Sad Persons Scale

ESCALA SAD PERSONS

(Paterson, W.M., Dohrn, H.H. y Jones. (1952). Evaluation of suicidal patients. Psychomatics.)

La Escala de Indicadores de Riesgo de Suicidio tiene que ser heteroaplicada.

Los ítems tienen que ser cumplimentados por el profesional durante una entrevista semiestructurada.

Instrucciones: Elija y ponga una cruz en la alternativa de respuesta que mejor describe la situación y experiencia del sujeto.

	SI	NO
S: Sexo masculino.		
A: Edad (Años) < 20 o >45 años.		
D: Depresión.		
P: Historia médica previa.		
F: Absencia de alcoholemia.		
R: Falta de pensamiento racional (psicosis o trastornos cognitivos).		
S: Carencia de apoyo social.		
O: Plan organizado de suicidio.		
N: No pareja o cónyuge.		
E: Enfermedad somática.		
Puntuación		

Valoración

Se puntuó su ausencia o su presencia. Cada ítem puntuó 1 si está presente y 0 si está ausente.

De 0 a 2: Alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio.

De 3 a 4: Seguimiento ambulatorio intensivo, considerar ingreso.

De 5 a 6: Recomendado ingreso sobre todo si hay ausencia de apoyo social.

De 7 a 10: Ingreso obligatorio incluso en contra de su voluntad.

Suicide Assessment Scale (SUAS)/Escala de Evaluación del Suicidio

**RESTRICTED
ACCESS**

Se construyó para medir el riesgo de suicidio en el tiempo. Se compone de 20 ítems que se califican de 0 a 4 con base en una entrevista semi estructurada y tarda de 20 a 30 minutos. Al establecer el riesgo suicida tiene la ventaja de evaluar los dominios afecto, estado corporal, control y afrontamiento, reactividad emocional, pensamientos y comportamientos suicidas, a diferencia de otros instrumentos que solo evalúan un dominio.

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Modified Suicide Assessment Scale y Suicide Assessment Scale Self Rated (SUAS-S)

Compuestas por 20 ítems, cada uno está calificado en términos de gravedad, de 0 a 4 puntos, y se agrupan en cinco áreas: afecto, estado físico, autocontrol, reactividad emocional, pensamientos suicidas y comportamiento. La SUAS fue modificada por Niméus et al., al añadir puntajes a cada ítem. El objetivo fue hacer los puntajes menos dependientes de la experticia del examinador, comparado con escalas que no usan puntajes definidos en donde esta debe ser alta.

**RESTRICTED
ACCESS**

Suicide Intent Scale (SIS)/Escala de Intención de Suicidio

Busca medir el deseo de morir y la expectativa de que la muerte resulte del intento. Está conformada por 15 ítems que se califican de 0 a 2. La primera parte se compone de ocho ítems que miden las circunstancias del intento, es decir, los hechos objetivos. Los siete ítems siguientes evalúan las expectativas y percepciones relacionadas con el intento, la parte subjetiva.

PhenX Toolkit

PhenX Measure: Suicidal Intent of Suicide Attempts (#440300)

PhenX Protocol: Suicidal Intent of Suicide Attempts (#440301)

Date of Interview/Examination (MM/DD/YYYY):

SUICIDE INTENT SCALE (For Attempters)

Instructions: Interview the patient about his/her most recent suicide attempt to enable a reliable coding of the objective circumstances of the attempt, and the patient's subjective intent at the time of the attempt. The total score is computed by summing items 1-15. If an item is "Not applicable" code it "-8". Do not include "-8's" when calculating the total score.

1. Objective Circumstances Related to Suicide Attempt

1. Isolation

- Somebody present
 Somebody nearby, or in visual or vocal contact
 No one nearby or in visual or vocal contact

2. Timing

- Intervention is probable
 Intervention is not likely
 Intervention is highly unlikely

3. Precautions against Discovery/Intervention

- No precautions
 Placing precautions (leaving others but doing nothing to prevent intervention; alone in room with unlocked door)
 Active precautions (locked door)

4. Acting to Get Help During/After Attempt

- Notified potential helper regarding attempt

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ)/Cuestionario de Ideación Suicida para Adultos

Es una modificación del Suicidal Ideation Questionnaire dirigido a adultos. Evalúa ideación suicida y es auto aplicado. Se compone de 25 ítems que se califican de 0 a 7, de acuerdo con la frecuencia de aparición de las cogniciones referidas. Sus dominios son suicidio como retribución de los otros; como una forma de que los demás se percaten del valor de la persona, pensamientos de que a nadie le interesa que la persona viva, y como una forma de solucionar los problemas.

Cuestionario de Ideación Suicida para Adultos (ASIQ)



Abreviatura de producto: ASIQ
Versión en inglés: ASI
Área: SP
Páginas de respuesta: Escala Likert
Editor: Recursos de Evaluación en Psicología, Inc.
Descripción de autor: Reynolds, 1991
Administración: individual o grupo
Sesiones: 20 minutos o menos (en promedio)

soy+ utpl

CONCLUSIONES

Estas escalas se pueden usar como instrumento de medición de ayuda para definir una conducta en un paciente con riesgo suicida, pero no reemplazan la entrevistas psiquiátrica.

Es necesario diseñar escalas futura que logren evaluar el riesgo de suicidio con un alto valor predictivo, esto quizás se logre con instrumentos de medición actuarial.

soy+ utpl

Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos



Sad Persons Scale

Las competencias de los médicos de urgencias hospitalarias en la atención a un paciente con conducta suicida

Antecedentes personales y familiares de trastornos mentales.

Antecedentes previos de conducta suicida (individual y familiar).

Abuso de alcohol o drogas.

Situación personal, social y eventos estresantes.

Evaluación de la existencia de alteración del nivel de conciencia y de si afecta a su capacidad mental.

- Evaluación de enfermedades mentales graves.
- Evaluación del estado de ánimo.
- Presencia o ausencia de pensamientos y planes de suicidio.
- Evaluación del intento de suicidio: motivación, características y gravedad del intento y uso de métodos violentos.
- Valoración del riesgo de suicidio inmediato.
- Valoración de la capacidad de otorgar un consentimiento informado.
- Determinación de cuando es necesaria una evaluación especializada.
- Disposiciones específicas para el seguimiento, en caso de no derivar al especialista.



Las competencias de los especialistas en salud mental serían las siguientes:

Realizar una aproximación diagnóstica.

Evaluar conductas suicidas de repetición.

Establecer un plan de observación e intervención sobre el paciente.

Contactar con los servicios adecuados en aplicación del plan acordado.

Establecer qué pacientes tienen mayor riesgo de auto o hetero-agresividad, por lo que deben ser más vigilados.

Implementar los planes de tratamiento incluyendo las intervenciones psicofarmacológicas, psicoterapéuticas y sociofamiliares.



Índice

Solucionario

Referencias
bibliográficas

Anexos

Recursos

CREENCIAS ERRÓNEAS QUE SE HAN ARRAIGADO EN LOS QUE DESCONOCEN ESTA CONDUCTA:

"*La gente que habla de suicidarse nunca lo hace*". No es cierto, aproximadamente el 75 % de los que se suicidan lo habían intentado con anterioridad, y de cada 10 personas que lo hicieron, 9 dieron aviso de lo que ocurriría o habían hablado de ello.

"*El suicidio se comete sin previo aviso*". No es verdad, la persona da muchas señales verbales y extraverbales de sus propósitos.

"*El paciente que se repone de una crisis suicida no tiene peligro de recaer*". No es cierto, pues casi el 50 % de los que atravesaron dicha crisis, llevaron a vís de hecho el suicidio dentro de los primeros tres meses siguientes, cuando todo parecía pensar que el mayor peligro había transcurrido.

"*Todo el que se suicida está deprimido*". Aunque todo deprimido es un suicida potencial, no todo el que lo lleva a efecto lo es, pues puede ser un individuo con un trastorno de personalidad, alcohólico, etcétera.

"*El suicidio se hereda*". No es cierto, éste no se hereda, lo que puede suceder es que se herede la predisposición a padecer determinadas enfermedades en las que éste puede ocurrir (esquizofrenia, trastornos afectivos) o que se imite dicho comportamiento anormal.

"*Hablando con un individuo con riesgo suicida sobre el tema, se puede hacer que lo lleve a cabo*". No es verdad, ya que se ha comprobado que esto reduce el riesgo, y es la primera posibilidad, quizás irrepetible, de iniciar su prevención.

"*sólo los psiquiatras pueden prevenir el suicidio*". No es verdad, en párrafos precedentes recalcamos que cualquier persona puede ayudar a la prevención del mismo.

"*El abordar a una persona en crisis suicida sin preparación para ello, sólo mediante el sentido común, es perder el tiempo*".

No es cierto, si el sentido común nos hace asumir los siguientes principios, será una valiosa ayuda para el paciente potencialmente suicida:

Escuchar con atención a la persona en crisis, facilitando su desahogo.

Durante el discurso del sujeto en crisis se deben utilizar, en su momento, frases cortas que le hagan sentir que lo comprendemos y lo tomamos en serio. Estas frases pueden ser: "me imagino", "entiendo", "es lógico", "claro", "no es para menos", etcétera.

Preguntar siempre sobre el comportamiento suicida según lo indicado al inicio de este libro.

Ayudarle a que encuentre otras alternativas que no sea la autodestrucción, aunque no confíe en aquellas que no pueda realizar inmediatamente. Ejemplo: "yo voy a irme de la casa" (sin tener otro lugar donde vivir); "me voy a olvidar de él" (como si la memoria fuera como la pizarra, que se puede borrar en un momento y no quedar huellas de lo escrito); "tengo que cambiar para que ella vuelva" (a pesar de que ella no desea nada más con él y ya tiene un nuevo amante).

No dejar sola a la persona en crisis y hacer todos los esfuerzos por atraerla a los profesionales de la salud (médico de atención primaria, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, etcétera), o a los servicios de salud en cualquiera de sus modalidades (consultorios, políclínicos, hospitales).