



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS



2022

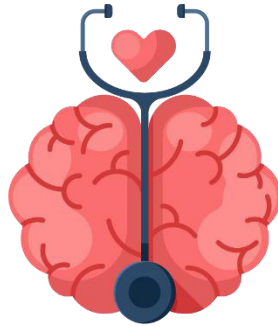
Facultad de Psicología

**Resultados de los trabajos realizados
en la primera cohorte del
Programa de Maestría en Salud
Mental Comunitaria**

Colectivo de Autores

Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

Manta, marzo de 2022



Salud Mental Comunitaria: Experiencias Investigativas



Yusel Iraklys Salazar Guerra
Inés Matilde Vera Molina

Primera Edición, marzo de 2021

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

ISBN:978-1-957271-06-4

Autores:

Yusel Iraklys Salazar Guerra

Inés Matilde Vera Molina

Editado por:

Global Knowledge - Publishing House, USA 

Miami - Florida

Móvil - (WhatsApp): (+1) 786 977 9421 (+593)99 211 8124

<https://egk.ccgecon.us>

E-mail: egk@ccgecon.us

15,24, 22,86 cm.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1 ESTUDIOS REALIZADOS POR LOS MAESTRANTES COMO PARTE DEL PROCESO DE FORMACIÓN.	3
2 SALUD MENTAL COMUNITARIA EN EL CONTEXTO ECUATORIANO: UN ESTUDIO DE REVISIÓN.	3
3 ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA DURANTE LA PANDEMIA SARS COVID ¹⁹ EN EL ECUADOR.	19
4 NECESIDADES PSICOSOCIALES DE CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA: UN ESTUDIO DE CASOS EN EL DISTRITO 13D02, MANTA, ECUADOR, 2021.	32
5 RASGOS DE PERSONALIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN SOBRE LA PERSONALIDAD COMO FACTOR MODULADOR DE CONDUCTAS ADICTIVAS EN ESTA POBLACIÓN.	45
6 CATEGORIZACIÓN DE NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON CÁNCER DE MAMA AVANZADO EN ECUADOR.	59
7 SERVICIOS DE PROTECCIÓN INTEGRAL EN ECUADOR, UNA MIRADA DESDE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA.	84
8 SALUD COMUNITARIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE EL CARMEN, ECUADOR.	97
9 AFECTACIONES DE LA SALUD MENTAL EN FAMILIARES DE PERSONAS CON CONSUMO A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.	111
10 DISFUNCIÓN FAMILIAR Y RENDIMIENTO ACADÉMICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DESDE LA PERSPECTIVA COMUNITARIA.	126
11 FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DE PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE DURÁN 2020-2021.	141

12	AFECCIONES A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN SITUACIÓN DE CONFINAMIENTO. UNA REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS SOBRE EL TEMA.	165
13	CONDUCTAS DISRUPTIVAS DE ADOLESCENTES EN CONTEXTOS EDUCATIVOS HISPANOHABLANTES: EVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CON PERSPECTIVA COMUNITARIA.	181
14	ANSIEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19 EN ESTUDIANTES DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE MANTA, ECUADOR, 2021.	203
15	ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ATENDIERON PACIENTES CRÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.	217
16	LA INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY DESDE UN ENFOQUE DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA. IBEROAMÉRICA, 2021.	232
17	IMPACTO DEL COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN DE LA UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ (2020-2021).	248
18	ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y AFECCIONES A LA SALUD MENTAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRIBUTARIOS DE HEMODIÁLISIS.	269
19	INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN FAMILIAS CON PROBLEMAS DE CRIANZA DESDE LA PERSPECTIVA COMUNITARIA.	287
20	ENGAGEMENT Y ESTRÉS DE ROL EN UNA COMUNIDAD DE DOCENTES UNIVERSITARIOS DE ECUADOR.	299
21	PERSPECTIVA COMUNITARIA DE NECESIDADES EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE SALUD MENTAL LATINOAMERICANA. REVISIÓN SISTEMÁTICA.	323
22	SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE GINECOLOGÍA HOSPITAL GENERAL MANTA, JUNIO 2020 A JUNIO 2021.	340

23	SALUD MENTAL POSITIVA EN UNA COMUNIDAD DE DOCENTES EN ECUADOR.	357
24	IMPACTO DE LA SALUD MENTAL POR EL CONFINAMIENTO OBLIGATORIO A CAUSA DEL COVID-19 EN ADULTOS MAYORES.	383
25	LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CONDUCTAS ADICTIVAS.	394
26	UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL TEMA EN IBEROAMÉRICA, 2000-2020.	394
27	CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y PATOLOGÍA DUAL: DEFINICIÓN, MODELOS ETIOLÓGICOS Y FACTORES MODULADORES EN LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA. UNA REVISIÓN NECESARIA.	411
28	SALUD MENTAL, EN EL MARCO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL.	428
 CAPÍTULO II		
29	INFORME DE INVESTIGACIÓN REALIZADA COMO PARTE DEL TRABAJO DE VINCULACIÓN CON LA COLECTIVIDAD.	445
30	1.PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	448
31	2. DISEÑO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO.	449
32	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	477
33	ANÁLISIS DEL PATRÓN DE CONSUMO DEL ALCOHOL EN LA MUESTRA ESTUDIADA.	480
34	ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE LAS VARIABLES ASOCIADAS AL ESTADO DE ÁNIMO EN LA MUESTRA ESTUDIADA.	484
35	ANÁLISIS DE LAS VARIACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO EXPANSIVO.	487

36	ANÁLISIS DE LAS VARIABLES RELACIONADAS A NIVELES DE CONCENTRACIÓN Y ENERGÍA.	490
37	ANÁLISIS DE COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES INTENTO EN GRADO DE LESIONES Y LETALIDAD POTENCIAL.	495
38	ANÁLISIS DE LAS VARIABLES RELACIONADAS AL SUICIDIO: CONTRIBUYENTES AL RIESGO Y COMPORTAMIENTO SUICIDA.	496
39	ANÁLISIS DE LAS VARIABLES CONTRIBUYENTES AL RIESGO.	496
40	ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA.	500
41	ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES VARIACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO Y DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA EN EL GRUPO DE ESTUDIO.	504
42	3. CONCLUSIONES.	507
43	BIBLIOGRAFÍA.	508
44	ANEXOS.	515

INTRODUCCIÓN

En enero de 2020, la OMS declaró la alerta sanitaria internacional, ocupó todos los medios informativos y redes sociales. Excepcional resulta también la inédita medida de aislamiento social preventivo y obligatorio utilizada por varios países. En Ecuador, se ha implementado un protocolo de actuación, con alcance nacional, con vistas a la prevención, control, mejor manejo de los casos, así como a la protección de los trabajadores de la salud y la población. Este incluye el distanciamiento social y la información a la población por representantes del Ministerio de Salud Pública (MSP) acerca del avance epidemiológico de la enfermedad y las diferentes medidas adoptadas al respecto.

En este nuevo contexto, caracterizado por una total alteración de la rutina socio-familiar y el enfrentamiento a una enfermedad con altos niveles de contagio, se hace necesario profundizar sobre sus efectos psicológicos, así como las estrategias a desarrollar para favorecer la salud mental personal y comunitaria.

El programa de maestría en salud mental comunitaria tiene previsto como parte de las actividades de investigación y vinculación con la sociedad, una propuesta denominada Promoción y educación en salud Mental. Esta propuesta se ha diseñado con el propósito de implementar un sistema de acciones para promoción y prevención de las principales alteraciones del estado de salud mental en la población en el periodo 2020-2021.

Tomando en consideración que esta propuesta fue planteada antes de surgimiento de la pandemia de Covid-19, en la actualidad se hace necesario realizar algunos ajustes en el diseño inicial, que permita dar mayor pertinencia y viabilidad a la actividad de investigativa de como parte del proceso de formación de los maestrantes.

Dentro de las principales limitaciones para el desarrollo de la actividad investigativa se encontraron, la imposibilidad de que los maestrantes se movilicen hacia el sitio previsto inicialmente, así como cuestiones radica en que, dada la situación epidemiológica, se ha generado un escenario diferente en el cual, las medidas adoptadas han afectado significativamente el estado de salud mental de la población.

En tal sentido para esta primera etapa se propuso ampliar el universo de estudio, dando la posibilidad de que los maestrantes puedan desarrollar sus actividades investigativas en diversos

escenarios, dando respuesta con estos a la necesidad de profundizar en el estado de salud mental de la población en el contexto actual.

El material SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS: Resultados de los trabajos realizados en la primera cohorte del Programa de Maestría en Salud Mental Comunitaria, tiene como objetivo evidenciar las memorias de los resultados de las actividades investigativas realizadas por los maestrantes durante el proceso de formación. De esta forma crear un precedente que sirva de línea base para el posterior diseño de acciones de educación en salud mental, así como promoción y prevención de estas.

El material que se presenta se organiza en dos capítulos, Un primer capítulo denominado ESTUDIOS REALIZADOS POR LOS MAESTRANTES COMO PARTE DEL PROCESO DE FORMACIÓN, en que se registran los resultados de los principales trabajos investigativos realizados durante el desarrollo de la maestría, el segundo capítulo denominado INFORME DE INVESTIGACIÓN REALIZADA COMO PARTE DEL TRABAJO DE VINCULACIÓN CON LA COLECTIVIDAD, resume los resultados de una aproximación a las principales variaciones en el estado de salud mental de la población. Ambos capítulos no constituyen un análisis exhaustivo, su pretensión ha sido desarrollar una aproximación a los fenómenos psicológicos y psicopatológicos más significativos, realizados a través de Revisiones Sistemáticas o Estudios Empíricos.

Psí. Clin. Inés Vera Molina
Coordinadora Académica



CAPÍTULO I

ESTUDIOS REALIZADOS POR LOS MAESTRANTES COMO PARTE DEL PROCESO DE FORMACIÓN

SALUD MENTAL COMUNITARIA EN EL CONTEXTO ECUATORIANO: UN ESTUDIO DE REVISIÓN.

Anchundia López Eder Alberto

RESUMEN

El concepto de salud mental hace referencia a un estado de bienestar en el cual el individuo reconoce sus capacidades y puede enfrentar las situaciones conflictivas normales de la vida, ser productivo y realizar contribuciones en su comunidad. La Salud Mental Comunitaria (SMC) considera a la salud mental como el resultado de la interacción del individuo y sus características, con su entorno. El constructo establece que salud mental se ve influida por factores como la presión y el aislamiento social, la convivencia en un ambiente hostil, la baja tolerancia a la frustración, la ansiedad, el estrés, las inseguridades y las situaciones negativas cotidianas. El objetivo de esta investigación documental es reconocer los ámbitos de la investigación desarrollados en el contexto ecuatoriano alrededor de las preguntas ¿qué se conoce?, ¿qué se ha investigado? y ¿qué hace falta por investigar? Se escogieron como fuentes bibliográficas artículos científicos y tesis publicadas entre los años 2017-2021, que forman parte de base de

datos indexadas o repositorios de universidades ecuatorianas. Como resultado se encontró que la investigación en el campo es escasa y se relaciona con aspectos como la satisfacción de los usuarios, reflexiones del modelo integral de salud, experiencias en la educación superior, adicciones y consumo de drogas, factores sociales y funcionalidad familiar. Se concluye en la necesidad de fortalecer la investigación en los campos de diagnóstico y rehabilitación de enfermedades y trastornos mentales, experiencias de formación y profesionalización, fortalecimiento de la oferta académica y participación familiar y rehabilitación.

Palabras Clave: atención primaria de salud, Ecuador, salud mental, salud mental comunitaria.

INTRODUCCIÓN

La salud mental es parte relevante del concepto de salud integral. La Organización Mundial de Salud (OMS) expresa que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 2006). De esta manera, la salud mental comprende las acciones derivadas en la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Cedillo & Correa (2018) y Niño, Díaz, & Ramírez (2017) acuerdan que el concepto hace referencia a un estado de bienestar en el cual el individuo reconoce sus capacidades y puede enfrentar las situaciones conflictivas normales de la vida, ser productivo y tener una vida fructífera, así como realizar contribuciones en su comunidad, por lo cual se considera parte integral de los sistemas de la salud pública. Porras (2017) afirma categóricamente que “no hay salud sin salud mental” (pág. 167).

De la misma forma, la Asamblea Mundial de la Salud (2013) la define como “un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (Pág. 3). En esta definición, agrega que el énfasis en el caso de los menores de edad, se debe dar en los aspectos de desarrollo de identidad, cognición y las áreas emocionales y la educación.

Para Riboit, Chang y Gonzáles (2020), la salud mental es “un constructo multidisciplinario que integra condiciones personales, determinantes sociales y políticas públicas” (pág. 5). Para Valencia (2007) “la salud mental puede asociarse con palabras como: tranquilidad, estabilidad, equilibrio, prudencia, tolerancia,

madurez, sensatez y búsqueda de la felicidad” (pág. 79). Para Okasha (2005), la salud mental es “a state of well-being whereby individuals recognize their abilities, are able to cope with normal stresses of life, work productively and fruitfully and make a contribution to their communities [un estado de bienestar en el cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de enfrentarse con los estresantes normales de la vida, pueden trabajar de una manera productiva y fructífera y hacer contribuciones en sus comunidades]” (s/n).

La salud mental es un concepto que ha estado asociado al campo de la evaluación, diagnóstico y tratamiento de patologías de tipo mental, examinados por la psicología clínica (Porras, 2017).

Velásquez, hace hincapié a los manifestado por Houtman y Compier, en la ampliación del concepto de salud mental. Recuerda que para los autores la salud es tanto un estado, como un proceso y un resultado.

Como estado incluye aspectos negativos o positivos de la relación del individuo con el entorno. Como proceso se refiere a una conducta de afrontamiento de circunstancias. Y, como resultado, se refiere a un estado crónico que puede incluir, para ciertos casos, características como el agotamiento, depresión, presencia de trastornos y conductas autodestructivas (Porras, 2017).

La Salud Mental Comunitaria (SMC) considera a la salud mental como el resultado de la interacción del individuo y sus características, con su entorno. La vida en comunidad se fundamenta en aspectos relacionados con la creación de una identidad común y la compartición de códigos culturales o una visión espiritual, ideológica o política. De esta manera, en los grupos pequeños, grupos familiares o grupos comunitarios se forman redes de apoyo emocional, material e informativo (Chiriboga, Arboleda, Murillo, & Caicedo, 2019) cuya funcionalidad queda manifiesta en el nivel de flexibilidad que tienen para adaptarse y para responder a problemas de la cotidianidad (Chiriboga, Aguirre, Murillo, & Caicedo, 2018).

La SMC parte desde las necesidades comunitarias, incorporando la participación, con énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS), que involucra la prevención de enfermedades y trastornos mentales y la promoción de la salud mental (Baena, 2018). Se considera así que, para la atención y rehabilitación, se debe tomar como referencia la vida común con sus semejantes en su entorno (Medrano, 2019).

A través de acciones de prevención y promoción de la salud, la SMC propone potenciar la protección del usuario quien debe

desarrollar la capacidad de comprender sus propias habilidades y los recursos que tiene disponibles para mejorar en su interacción con el entorno familiar y comunitario.

Para ello, la población, en conjunto con diversas instituciones, participa en procesos educativos, formativos y de capacitación, así como en campañas sociales que propician valores, actitudes y actividades individuales y colectivas en pro de la salud mental (Briones, Gilces, & Escobar, 2018).

La SMC establece que salud mental se ve influida por factores como la presión y el aislamiento social, la convivencia en un ambiente hostil, la baja tolerancia a la frustración, la ansiedad, el estrés, las inseguridades y las situaciones negativas cotidianas (Bonilla, 2017). En este sentido, para Chiriboga, Arboleda, Murillo, & Caicedo (2019), la funcionalidad familiar es uno de los constructos más relevantes y que tiene influencia en el bienestar subjetivo de las personas.

Por otro lado, es importante reconocer el concepto de APS. Esta busca dar respuesta a las necesidades que aquejan a la población, de una manera oportuna y continua y exenta de todo tipo discriminación (Baena, 2018). Desde 1987, el uso del término ha sido ampliamente debatido. Se alude a su potencial desestimado y su potencial en costo-efectividad que permite el empleo dual, la elaboración el fortalecimiento de programas de intervención vertical y universal (Montesinos & Simancas, 2019).

Naranjo, Delgado, Rodríguez & Sánchez (2014) consideran que las condiciones históricas del sistema de salud en el Ecuador lo caracterizaban por mantenerlo en situación precaria, con una atención de baja calidad lo que contribuía a la disminución. Actualmente, la salud en el país está regida por la constitución de la república del Ecuador, que expresa que la salud mental es parte del derecho a la salud de los ciudadanos ecuatorianos (Asamblea Constituyente, 2008) y el Código Orgánico de Salud (Asamblea Nacional del Ecuador, 2020).

En este sentido, una importante mejora en el sistema de salud ha sido la incorporación del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS, FCI). Este recoge las diferentes perspectivas que atienden a los conceptos de SMC y APS.

Entre ellos, la epidemiología comunitaria, la participación social en la salud y el enfoque de interculturalidad (Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 2012). A pesar de ello, en la práctica su aplicación cuenta con una gran cantidad de limitaciones que deben ser consideradas (Baena, 2018).

El objetivo del trabajo es reconocer los ámbitos de la investigación desarrollados en el contexto ecuatoriano alrededor de las siguientes preguntas: ¿qué se conoce? ¿qué se ha investigado? ¿qué hace falta investigar?

METODOLOGÍA

Para la realización de esta investigación se acudió a la metodología documental para la construcción de un estado del arte. Se partió desde una postura teórica-crítica que permite análisis tanto explicativo como comprensivo, como lo menciona George (2019). Se acudió al esquema planteado por García (2017), quien considera que este tipo de trabajos se diferencia de las investigaciones originales en su unidad de análisis (los textos) y no en la rigurosidad en la aplicación del método científico.

Las fuentes bibliográficas revisadas fueron seleccionadas acorde a los siguientes criterios:

- Artículos científicos, tesis de grado, publicados entre los años 2017-2021, desarrollados en el contexto ecuatoriano y encontrados con la palabra clave salud mental comunitaria.
- Trabajos publicados en revistas indexadas en las bases de datos Scopus, Scielo, Latindex.
- Tesis de grado y maestría desarrolladas en el contexto ecuatoriano y alojadas en repositorios universitarios sobre la temática de salud mental comunitaria.
- Publicaciones encontradas en las bases de datos a partir de las palabras clave salud mental comunitaria y atención primaria de salud.
- Trabajos publicados en idioma inglés o español

DESARROLLO

La búsqueda en la base de datos Google Académico, Scopus y Scielo se registraron 15.300, 49 y 1 resultado, respectivamente. Como se observa en la tabla 1, un total de veintitrés (23) trabajos cumplieron con los criterios. De estos trabajos el mayor número (8) pertenece a repositorios universitarios y trabajos publicados en la base de datos Latindex (8), seguidos de la base de datos Scielo (5) y con únicamente dos (2) trabajos en Scopus.

Se evidencia también que, de los trabajos presentados en la tabla 1, el mayor número son de tipo investigación-acción (7) y de

cuantitativos (6), seguido de los cualitativos (4) y mixtos (4) y en menor medida los estudios documentales (2). Resulta relevante que los estudios de investigación-acción están relacionados, en su mayoría, con experiencias en programas y servicios en la educación superior.

Autor(es) y año de publicación.	Base de datos o repositorio.	Tipo de Investigación.	Ámbito general de la investigación.
González, Molina, & Granizo (2017)	Scopus	Investigación-acción	Programas y servicios de Educación superior
Rivadeneria y otros (2020)	Scielo	Investigación-acción	
Grondona & Rodríguez (2020)	Scielo	Cualitativo	
Bonilla (2017)	Latindex	Investigación-acción	
Michilena & Molina (2019)	Repositorio	Investigación-acción	
Ortiz (2018)	Repositorio	Investigación-acción	
Ortiz & Rivera (2019)	Repositorio	Mixto	
Baena (2018)	Scielo	Documental	Reflexión y descripción sobre el sistema de salud y sus participantes
Moreta (2018)	Repositorio	Documental	
Briones, Gilces, & Escobar (2018)	Latindex	Cualitativo	
Fariño, y otros (2018)	Latindex	Cuantitativo	Satisfacción de los usuarios
Matute (2020)	Repositorio	Cuantitativo	
(Medrano, 2019)	Repositorio	Cualitativo	Adicciones y consumo de drogas
Moreta, López, Gordón, Ortíz, & Gaibor (2018)	Scielo	Cuantitativo	Factores asociados a la salud mental
Zambrano (2019)	Repositorio	Cuantitativo	
Rosado, Párraga, & García (2018)	Latindex	Mixto	
Chiriboga, Arboleda, Murillo, & Caicedo (2019)	Scielo	Mixto	Funcionalidad familiar
Chiriboga, Aguirre, Murillo, & Caicedo (2018)	Latindex	Cualitativo	

Autor(es) y año de publicación.	Base de datos o repositorio.	Tipo de Investigación.	Ámbito general de la investigación.
Salazar (2021)	Repositorio	Mixto	
Gamboa, Castro, Bustos, Grandón, & Saldivia (2021)	Scopus	Cuantitativo	
Hernández, Jumbo, Tenemaza, Palacios, & Flores (2018)	Latindex	Cuantitativo	Salud mental comunitaria para grupos de atención a prioritaria
Heredia (2019)	Repositorio	Investigación-acción	
Ledesma & Vargas (2018)	Latindex	Investigación-acción	

Elaborado por el autor.

A partir de esta revisión, se procede a responder las preguntas planteadas al inicio de este estudio. La primera pregunta es ¿qué se ha investigado sobre SMC en Ecuador? Los trabajos académicos publicados sobre la temática en el país están direccionadas a los siguientes ámbitos.

- Reflexiones sobre la aplicación del modelo integral de salud.
- Experiencias y desafíos de la educación superior para el desarrollo de la SMC.
- Satisfacción de usuarios
- Adicciones y consumo de drogas.
- Factores sociales asociados a la salud mental
- Funcionalidad familiar
- Salud mental comunitaria para grupos de atención a prioritaria.

Para responder a la pregunta sobre qué se sabe de SMC en el Ecuador, a continuación, se esquematizan los resultados por cada ámbito.

En cuanto a las reflexiones sobre la aplicación del modelo integral de salud se expresa que el sistema nacional de salud ha sido reorganizado en las últimas décadas. En la actualidad, se trabaja desde el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Colectivo e Intercultural, que integra aspectos biomédicos y sociales en la atención a pacientes, fomenta la participación de las familias y

organizaciones sociales y dan énfasis a la atención primaria (Baena, 2018).

Desafortunadamente, en la práctica, la insuficiente dotación presupuestaria, la escasez de profesionales en los centros de atención primaria de salud, especialmente psicólogos especialistas en campos específicos área de la salud mental, (Moreta R. , Ingeniería de precisión para el ejercicio de la psicología en el Ecuador., 2018), las concepciones funcionales desde el modelo médico-biologicista-asistencialista que predomina en el país (Baena, 2018), la estigmatización en la atención a la salud mental, la limitada participación familiar y la falta de centros de atención comunitarios se integran como principales limitaciones para la aplicación del modelo (Matute, 2020).

Se reconoce, de igual manera, las manifestaciones de diferentes sesgos praxeológicos, metodológicos y teóricos en la determinación de diagnósticos que conllevan a falsos positivos sobre trastornos y enfermedades mentales y errores en la intervención de los pacientes. Estos resultados se derivan por el escaso uso de instrumentos validados y estandarizados, predilección por pruebas proyectivas en el diagnóstico, problemas en la tipificación en la salud mental de los usuarios, la presencia del diagnóstico “al ojo” (Moreta R. , Ingeniería de precisión para el ejercicio de la psicología en el Ecuador., 2018)

De esta manera, se reconoce que la puesta en marcha de las prácticas de salud preventiva y comunitaria son escasas (Moreta R. , Ingeniería de precisión para el ejercicio de la psicología en el Ecuador., 2018).

En cuanto a experiencias y desafíos de la educación superior para el desarrollo de la SMC, es evidente que los cambios en la política de salud se ha vinculado, también, con la incorporación y replanteamiento de la oferta académica en el sistema de educación superior en áreas como la enfermería, la psicología y la medicina (González, Molina, & Granizo, 2017), así como programas de vinculación con la sociedad (Bonilla, 2017; Michilena & Molina, 2019; Rivera & Ortíz, 2019; Ortiz, 2018) y la ejecución de programas de investigación acción participativa para el desarrollo de servicios a la comunidad universitaria (Rivadeneira, y otros, 2020; Ledesma & Vargas, 2018). En la misma línea, en una reflexión sobre los currículos universitarios en la formación de psicólogos comunitarios, Grondona & Rodríguez (2020) explican que se requiere fortalecer los componentes éticos y políticos, así como construir códigos deontológicos para la profesión en el contexto nacional.

En este sentido, existen estudios como los de (Rojas & Noboa, 2020) y Moreta & Guerrero (2019) hablan sobre la pertinencia y la empleabilidad de los profesionales de la salud mental. Teniendo en consideración lo mencionado, la oferta actual y futura deberá forjar mayores conocimientos, habilidades y actitudes hacia SMC.

La satisfacción de usuarios del sistema de salud pública evidencia falencias en el servicio. Los usuarios se encuentran insatisfechos en aspectos como el tiempo de espera, la confiabilidad de los medicamentos y el trato del personal de enfermería. Sin embargo, variables como la infraestructura y equipamientos en los centros de salud, la respuesta y atención recibida por parte del personal médico y administrativo, la sencillez de los trámites, el uso de indumentaria de protección médica es calificados como aceptables (Fariño, y otros, 2018; Matute, 2020).

En el tema de funcionalidad familiar se considera que es un factor determinante en la percepción que tiene el individuo sobre el bienestar subjetivo y los servicios comunitarios prestados (Chiriboga, Arboleda, Murillo, & Caicedo, 2019).

La SMC toma en consideración que, en el contexto ecuatoriano, la tipología familiar es nuclear y responde a características de desigualdad de género, con una percepción de moderada con niveles medios de satisfacción de sus miembros (Chiriboga, Aguirre, Murillo, & Caicedo, 2018). También existen hallazgos sobre la salud mental de los adultos mayores. Se han encontrado moderados niveles de bienestar subjetivo, con baja participación en decisiones importantes (Salazar, 2021). Al momento no existen estudios que se permitan reconocer cuál es la participación familiar en el ámbito de la salud mental.

En cuanto las adicciones y consumo de drogas el estudio de Medrano (2019) permite reconocer algunas representaciones sobre el rol comunitario. Los participantes del estudio lo consideraban como un estilo de vida diferente, que implica la recreación a través de sustancias socialmente reprobadas. Aluden a que la comunidad, amigos y otros miembros del círculo social, suelen mermar la decisión de dejar de consumir.

También se han reconocido algunos factores que influyen en salud mental. Entre ellos se encuentra la calidad de educación recibida (Zambrano, 2019), el sexo y la predisposición individual a tener problemas de salud mental (Moreta, López, Gordón, Ortíz, & Gaibor, 2018). Estas afirmaciones tienen correspondencia con varios estudios realizados en otros contextos, como el español (González & Jariego, 2020) y el peruano (Castro, 2021).

Al respecto del trabajo con grupos de atención prioritaria, los

trabajos de Salazar (2021) y Ortiz (2018) examinan el rol del trabajador social en la intervención con adultos mayores, concluyendo que los procesos de salud mental comunitaria deben incluir el reconocimiento in situ de las personas. En el caso de los niños, el estudio de Hernández, Jumbo, Tenemaza, Palacios, & Flores (2018) permite reconocer una incidencia moderada de síntomas como agorafobia, la ansiedad por separación y trastornos obsesivo compulsivos en una muestra de 80 niños.

En la experiencia relacionada con un proyecto direccionado a mejorar el bienestar mental de adolescentes, Heredia (2019) muestra resultados positivos en la promoción desde espacios virtuales de educomunicación. Ledesma & Vargas (2018) relata la experiencia acontecida con Terapia Comunitaria Sistémica en diferentes centros urbanos y rurales, con el involucramiento de mujeres, jóvenes y niños. Del mismo modo, el estudio de Gamboa, Castro, Bustos, Grandón, & Saldivia (2021) correlacionó las variables sociodemográficas, económicas, sociales en una muestra de 297 adultos mayores con trastornos mentales con un 37.46% de casos de discapacidad.

CONCLUSIONES

- Hasta aquí, el presente trabajo ha respondido a las preguntas ¿qué se conoce? y ¿qué se ha investigado? En el presente apartado (conclusiones) se responderá a la pregunta ¿qué hace falta por investigar?
- Antes de ello, se debe aclarar que, en términos generales, en esta revisión se ha hecho evidente la escasez de investigaciones en materia de salud mental comunitaria en el contexto ecuatoriano, especialmente en cuanto a una mínima en bases de datos indexadas en revistas de alto impacto. Ante ello, debe considerarse que la investigación de salud mental en el país requiere de grandes esfuerzos por parte de los profesionales y las instituciones de educación superior.
- La mayoría de los trabajos relacionados al área expresan la existencia de serios problemas en el sistema de salud. Esto, a pesar de la implementación del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.

A partir de los resultados del presente trabajo de revisión se recomienda fortalecer (e iniciar) el camino de investigación en los

siguientes campos.

El primer aspecto a tomar en consideración es la realización de trabajos relacionados con el diagnóstico y la rehabilitación de enfermedades y trastornos mentales desde una perspectiva de la SMC. Es necesario que los investigadores trabajen en la validación o aplicación de pruebas estandarizadas, así como en la aplicación cuasiexperimental de modelos de atención centrados en la comunidad.

Se debe, del mismo modo, generar y sistematizar experiencias relacionadas con la formación y profesionalización. Bajo el requerimiento de evolucionar desde las concepciones biomédicas-asistencialistas en el campo de la salud hacia la SMC, se recomienda rediseñar la oferta académica en las universidades del país. Acorde a los resultados obtenidos, a pesar de la existencia de psicólogos, hace falta la especialización en temas de salud mental comunitaria, intervención con perspectiva de género, entre otras ramas.

Dada la importancia del núcleo familiar en la sociedad ecuatoriana, es también fundamental fortalecer la investigación con estudios que reconozcan su participación en la salud. Estas investigaciones deben complementarse con intervenciones psicosociales que se deriven en la mejora relativa y absoluta de la salud mental desde este contexto fundamental. Pero también deben trabajarse en las particularidades de grupos específicos, como los de atención prioritaria, dando énfasis a los requerimientos de los niños, adolescentes, mujeres embarazadas, personas privadas de libertad, entre otras, por sus características particulares en el contexto ecuatoriano.

Para finalizar, es importante hacer énfasis en la importancia que tiene SMC para el país. Como se ha reconocido, existe un gran potencial en su aplicación en el sistema nacional de salud, pero esto depende de la renuncia que debe hacer el Ecuador del modelo biomédico-asistencialista, la ampliación de la oferta académica y, según lo explicado en el presente estudio, el fortalecimiento de la investigación en el campo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Asamblea Constituyente. (2008). Constitución de la República del Ecuador. Quito: Tribunal Constitucional del Ecuador.: Registro oficial Nro, 449, 79-93. Recuperado el 09 de 07 de 2021, de <http://www.estade.org/legislacion/normativa/leyes/constitucion2008.pdf>
2. Asamblea Mundial de la Salud. (2013). WHA66.8. Plan de

- acción integral sobre salud mental 2013-2020. En O. M. Salud (Ed.), WHA66.8. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020 de la 66° Asamblea Mundial de la Salud. (págs. 1-29). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. Recuperado el 22 de 06 de 2021, de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/151028>
3. Asamblea Nacional del Ecuador. (2020). Código Organico de Salud., (págs. 0–220). Quito.
 4. Baena, V. C. (2018). Community mental health, primary health care and health promoting universities in Ecuador/Salud mental comunitaria, atencion primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 42(1). doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.162>
 5. Bonilla, D. J. (2017). El Cuidado de la Salud Mental en la Comunidad, Vista como un Modelo de Negocio, en el Ecuador. *Empresarial*, 11(43), 7-15. Obtenido de <https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-empresarial/index.php/empresarial-ucsg/article/view/97/86>
 6. Briones, Y., Gilces, V., & Escobar, M. (2018). Prevención de la salud mental. *Caribeña de Ciencias Sociales*, en línea. Obtenido de: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/psicologo-clinico-saludmental.html>
 7. Castro, R. &. (2021). Factores asociados al impacto de la COVID-19 en la salud mental de los profesionales de enfermería, Lima, 2020 [Tesis de Grado]. Lima: Universidad María Auxiliadora. Obtenido de <https://66.94.121.249/handle/UMA/427>
 8. Cedillo, L., & Correa, L. E. (2018). PSQUIATRÍA: UNA NECESIDAD PARA EL SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ Y DEL MUNDO. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 18(1). Recuperado el 04 de 05 de 2021, de <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1275>
 9. Chiriboga, E. A., Aguirre, L. M., Murillo, V. G., & Caicedo, E. V. (2018). Funcionalidad familiar. Un estudio en las comunidades periféricas de Guayaquil Ecuador. *Espirales Revista Multidisciplinaria de investigación*, 2(23). Obtenido de <https://n9.cl/uc3lb>
 10. Chiriboga, E. A., Arboleda, E. O., Murillo, V. G., & Caicedo, E. V. (2019). Funcionalidad familiar y apoyo social percibido. Abordaje desde la intervención comunitaria en

- Ecuador. *Revista Venezolana de Gerencia*, 24(88), 1249-1261. Obtenido de:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/290/29062051016/29062051016.pdf>
11. Fariño, C. J., Cercado, M. A., E., L., V., F., V., & Ocaña, O. A. (2018). Satisfacción de los usuarios y la calidad de atención que se brinda en las unidades operativas de atención primaria de salud. *Revista Espacio*, 39(32). Obtenido de <http://ww.revistaespacios.com/a18v39n32/a18v39n32p22.pdf>
 12. Gamboa, P., Castro, A., Bustos, C., Grandón, P., & Saldivia, S. (2021). Evaluación de la discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en el Distrito Metropolitano de Quito (Ecuador). *Revista Ciencias de la Salud*, 19(1):1-21. Obtenido de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/10149/9342>García, P. F. (25 de 01 de 2017). Revisión sistemática de literatura para artículos. Salamanca, España. doi:10.13140/RG.2.2.15223.42403
 13. George, R. C. (2019). Estrategia metodológica para elaborar el estado del arte como un producto de investigación educativa. *Praxis educativa*, 23, (3), pp. 1-14. doi:<https://dx.doi.org/10.19137/praxiseducativa-2019-230307>
 14. González, A. P., & Jariego, J. C. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Revista española de salud pública*, (94), 82. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7721455>
 15. González, C. G., Molina, A. H., & Granizo, Y. E. (2017). Programa de especialización en Enfermería Familiar Comunitaria. Una realidad en Ecuador. *Educación Médica*, 18(1), 44-48. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2016.06.012>
 16. Grondona, G., & Rodríguez, M. (2020). Dimensión ética y política en la psicología comunitaria: Análisis de la formación académica y la praxis profesional en Ecuador. *Psykhé*, 29(1), 1-17. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S071822282020000100104&script=sci_arttext&tlng=en
 17. Heredia, S. C. (2019). Proyecto de Aprendizaje y Servicio para la promoción de la salud mental y bienestar emocional de los adolescentes [Trabajo de fin de Máster]. Barcelona:

- Universitat de Girona y Universitat Pompeu Fabra. Obtenido de https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/16873/HerediaSilvaCindy_Treball.pdf?sequence=1
18. Hernández, Y., Jumbo, E., Tenemaza, M., Palacios, N., & Flores, E. (2018). Manifestaciones de ansiedad en niños de 8 a 10 años de la ciudad de Cuenca Ecuador. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(3), 292-306. Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi2017/pi173q.pdf>
 19. Ledesma, C. Z., & Vargas, S. D. (2018). La Terapia Comunitaria Integrativa Sistémica: experiencias socio-comunitarias y aprendizajes de su aplicación en Ecuador, Argentina y Chile. *Trenzar. Revista de Educación Popular, Pedagogía Crítica e Investigación Militante*, 1(1), 48-64. Obtenido de: <https://www.revista.trenzar.cl/index.php/trenzar/article/view/3/7>
 20. Matute, G. I. (2020). Evaluación de la calidad de atención y su influencia en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud mental de la zona 8 [Tesis de Maestría]. Guayaquil: Universidad Católica Santiago de Guayaquil. Obtenido de: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/15746/1/TUCSG-POS-MGSS-267.pdf>
 21. Medrano, G. D. (2019). Prácticas culturales del consumo habitual de cannabis desde una perspectiva de Salud Mental Comunitaria, Estudio de Caso: Quito [Tesis de Grado]. Quito: Universidad Central del Ecuador. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/20143/1/T-UCE-0007-CPS-208.pdf>
 22. Michilena, P. A., & Molina, D. R. (2019). SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA DEL: APOYO SOCIAL Y PARTICIPACION COMUNITARIA DENTRO DEL SECTOR “ECUADOR UNO” DE LA ISLA TRINITARIA DE GUAYAQUIL [Tesis de Grado]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil Facultad de Ciencias Psicológicas. Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/39109>
 23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2012). Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS, FCI). Quito: Ministerio de Salud . Obtenido de https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/publicaciones/Manual_Modelo_Atec

24. ion_Integral_Salud_Ecuador_2012-Logrado-ver-amarillo.pdf
25. Montesinos, C., & Simancas, D. (2019). Reflexiones sobre bioética y la atención primaria de la salud en el Ecuador. *Práctica Familiar Rural*, 4(3). Obtenido de <https://www.practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/artic le/view/123/163>
26. Moreta, H. R., López, C. C., Gordón, V. P., Ortíz, O. W., & Gaibor, G. I. (2018). Satisfacción con la vida, bienestar psicológico y social como predictores de la salud mental en ecuatorianos. *Actualidades en Psicología*, 32(124), 112-126. doi:<https://dx.doi.org/10.15517/ap.v32i124.31989>
27. Moreta, R. (2018). Ingeniería de precisión para el ejercicio de la psicología en el Ecuador. Ambato: Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de <https://n9.cl/k41h7>
28. Moreta, R., & Guerrero, E. (2019). Análisis sobre la formación académica y el ejercicio profesional del psicólogo clínico en Ecuador. *Pensamiento Psicológico*, 17(1), 33-43. doi:<http://www.scielo.org.co/pdf/pepsi/v17n1/1657-8961-pepsi-17-01-00033.pdf>
29. Naranjo, F. J., Delgado, C. A., Rodríguez, C. R., & Sánchez, P. Y. (2014). Considerations on the Model of Comprehensive Health Care in Ecuador. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=SO864-21252014000300011&lng=es&tlng=en
30. Niño, A., Díaz, M. D., & Ramírez, N. L. (2017). Trastorno mental en el contexto carcelario y penitenciario. *Carta Comunitaria.*, 25(143), 77-88. doi:<https://doi.org/10.26752/ccomunitaria.v25.n143.85>
31. Okasha, A. (2005). Globalization and mental health: a WPA perspective. *World Psychiatry*, 4: 1-2. Obtenido de <https://europepmc.org/article/PMC/1414710>
32. Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Asamblea Mundial de la Salud (págs. 1-20). Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. doi:https://www.who.int/governance/eb/who_constituti on_sp.pdf
33. Organización Mundial de la Salud. (2017). Salud mental. Obtenido de Organización Mundial de la Salud.: https://www.who.int/topics/mental_health/es/

34. Ortiz, A. I. (2018). El manejo de redes institucionales para el fortalecimiento de la intervención del Trabajo Social frente a casos de salud mental en la Mancomunidad de la Bio-Región del Chocó Andino del Noroccidente de Quito, periodo octubre 2017. Quito: UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR. Obtenido de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/17943/1/T-UCE-0013-CSH-085.pdf>
35. Porras, V. R. (2017). Análisis de la relación entre la salud mental y el malestar humano en el trabajo. *Equidad y Desarrollo*, (29), 161-178. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6151763>
36. Ribot Reyes, V. D. L. C., Chang Paredes, N., & González Castillo, A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 19. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000400008
37. Rivadeneira, G., Sola, V., Chuquimarca, M., Ocaña, N., León, G., Dávila, V., . . . Córdor, S. (2020). Experiencia y resultados de un proceso educativo interdisciplinario para la promoción de salud en universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 25(2):109-23. Obtenido de <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/2364>

ESTUDIO DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA DURANTE LA PANDEMIA SARS COVID19 EN EL ECUADOR.

Barrezueta Pico Manuel Víctor
Caballero Moreno Antonio

RESUMEN

Introducción: La pandemia por coronavirus 2019 (COVID-19) es una emergencia de salud pública de preocupación internacional, con impactos sin precedentes en el siglo XXI y hoy representa un gran desafío a la salud mental. **La Comisión del Derecho a la Salud de Ecuador** considera que sería pertinente que se declarara emergencia sanitaria, ya que son múltiples los casos de suicidio, donde los factores de riesgos van en aumento, comenzando a ser una preocupación en el país latinoamericano.

Objetivo: Recabar y exponer los diversos factores de riesgo suicida generados por el desarrollo de la pandemia por Covid 19 en el Ecuador.

Metodología: La presente investigación se lleva a cabo a través de una revisión sistemática de literatura, procedente de diversos artículos científicos, páginas web, libros y con el apoyo de distintos datos estadísticos recolectados con metodología documental.

Resultados: Mediante el desarrollo de la investigación se determinó que las principales causales de suicidio durante la pandemia, fueron los siguientes problemas: económicos, violencia doméstica, aumento de pacientes con trastornos suicidas que padecen de problemas mentales con anterioridad.

Conclusión: Se concluyó que el aumento de la tasa de suicidios tiene una relación de proporcionalidad directa con la pandemia por covid 19, esto se debe a la gran cantidad de factores de riesgo generados por una población totalmente vulnerable, siendo un gran problema capaz de alarmar a todos los países generando que estos a su vez, aumenten sus esfuerzos para disminuir las cifras de suicidios.

Palabras clave: Suicidio, Pandemia, Salud Mental, Investigación, Confinamiento.

INTRODUCCIÓN

Durante enero del 2020, la OMS, dio a conocer a la población

mundial, la noticia del rápido esparcimiento de una nueva enfermedad, su principal característica de afectar de manera directa el funcionamiento del sistema respiratorio factor que aumenta su tasa de mortalidad considerablemente. En reacción a la problemática generada por la enfermedad, los gobiernos de todo el mundo declararon la situación como emergencia sanitaria en marzo del 2020. En relación a las medidas por la emergencia sanitaria, se determinaron políticas de bioseguridad con el principal objetivo de disminuir el impacto epidemiológico del agente patógeno, estas normas se mantienen hoy en día (Niederkrotenthaler, 2020).

El suicidio en Ecuador comienza a ser una preocupación en el país latinoamericano. La Comisión del Derecho a la Salud de Ecuador considera que sería pertinente que se declarara emergencia sanitaria. El Observatorio Social de Ecuador ha dado a conocer que entre 2014 y 2019 se produjeron en el país 5.300 suicidios (entre dos y tres al día). A ello se le suman los intentos, unos 20 por cada suicidio consumado. Los casos de suicidio en Ecuador han aumentado desde el inicio de la pandemia, siendo la región más afectada el departamento de Guayas, uno de los que han sufrido más duramente la COVID-19. Se estima que durante los primeros 10 meses del año 2020 han ocurrido 977 suicidios, más de tres al día. Preocupan especialmente los casos de personas jóvenes, incluso niños, niñas y adolescentes. De hecho, el suicidio es la principal causa de muerte entre adolescentes en Ecuador (Sotomayor-Preciado, 2020).

El objetivo principal dentro del progreso de la investigación, es el análisis de las variables más significativas que influyen en la psiquis de los pacientes con comportamiento suicidas y su relación con la emergencia sanitaria producto de la pandemia por Covid 19, del mismo modo exponer el cómo el aislamiento agrava síntomas en individuos propensos al suicidio, por consiguiente, determinar una terapia de asistencia para pacientes con un estado mental desfavorable con la finalidad de disminuir los juicios por la pandemia en el Ecuador. En la actualidad la emergencia sanitaria tiene consecuencias que no se limitan a un grupo específico de individuos (McIntyre, 2020)

La ansiedad, paranoia y la inseguridad que genera la emergencia sanitaria, pueden afectar a individuos con una estabilidad mental relativamente buena (John, 2020).

El estudio de alteraciones que la pandemia ha originado en la estabilidad mental, es fundamental para el desarrollo de futuras terapias relacionadas al encierro y sus posteriores consecuencias (Sher, 2020)

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los los diversos factores de riesgo suicida generados por el desarrollo de la pandemia por Covid 19 en el Ecuador?

METODOLOGÍA

Para esta investigación, se definió como objetivo principal recabar y exponer los diversos factores de riesgo suicida generados por el desarrollo de la pandemia por Covid 19 en el Ecuador, con la finalidad de generar recomendaciones para la prevención de la alta tasa de los suicidios. Esto se logró mediante la revisión y análisis de estudios realizados con anterioridad en Latinoamérica desde marzo del 2020, capaces de favorecer y fortalecer la investigación de interés. Por lo tanto, la metodología se basó en una revisión sistemática de literatura, con el fin de establecer un enfoque descriptivo y cualitativo del estudio.

Se usaron motores de búsqueda para encontrar divulgaciones científicas adecuadas como: Pubmed, del cual se rescataron 10 artículos, los mismos fueron de gran utilidad; Google académico, donde se tomaron 4 artículos de revisión y Scielo sitio en el cual se utilizaron 4 investigaciones. Las palabras clave de la búsqueda utilizadas fueron: Covid-19, Sars-Cov-2, 2019nCov, salud mental, depresión, ansiedad, autolesión, suicidio.

Se utilizaron referencias pertenecientes a investigaciones de revisión bibliográfica primaria, del mismo modo sitios web certificados, trabajamos con el idioma español e inglés. El proceso de investigación sistemático se realizó por medio de la recolección de estudios descriptivos con aspectos estadísticos. Para la realización de la investigación bibliográfica se descartaron artículos que no cumplen con características relacionadas con el tema o se salen del contexto en cuestión, de este modo se establecieron varios criterios de inclusión y exclusión, así cada uno de los estudios que se tomaron en cuenta debían: a) estar relacionado con el análisis de las afectaciones a la salud mental de la población ecuatoriana en situación de confinamiento, b) haber sido realizados en un país de Latinoamericano y en idioma español; c) artículos publicados entre marzo del 2020 y septiembre del 2021.

Se pudieron obtener cientos de artículos como resultados de la búsqueda, pero gracias a estos criterios se pudo obtener un filtro de calidad para garantizar la información que formara parte del trabajo, dando como resultado 18 artículos, estas referencias usadas son más precisas y se logró una exploración con datos más específicos. Estudios que se encuentren completos y sean de acceso

gratuito. Finalmente, se excluyeron todos aquellos trabajos que no cumplieran satisfactoriamente con los criterios de inclusión antes descritos.

LIMITACIONES

Se originan varias limitaciones que determinan la investigación, entre ella se reconoce el corto periodo de tiempo, esto hace referencia en que son muy pocas las publicaciones de artículos que se pueden encontrar referente a este estudio, ya que se está basando en una problemática que aun forma parte de la sociedad, y esta debe ser estudiada en un enfoque a largo plazo, para poder llegar a conocer todas las consecuencias y factores de riesgos asociados.

Otra limitación sería el idioma, ya que existen muchos artículos sobre la afectación de la salud mental en el tiempo del confinamiento, pero originarios de otros países, en Latinoamérica son muy pocos los estudios realizados referente a la alteración de salud mental. A su vez, no se pudo evidenciar tantos artículos de origen ecuatoriano que puedan fortalecer la investigación y mostrar una mejor evidencia ante la respectiva temática.

RESULTADOS

- El suicidio como una pandemia paralela: resultados de la revisión

Las investigaciones realizadas por Jerónimo (2021), indican que los sentimientos negativos como el estrés, paranoia y la ira aumentan a medida que el encierro se extiende, por otro lado, emociones positivas como la satisfacción vital disminúan. También, determinó que el sueño también se afecta en individuos aislados, en comparación a individuos que no pasaban por un encierro.

Las alteraciones del sueño se relacionan con la ansiedad, depresión, síndrome paranoide y conductas suicidas. Los trastornos del sueño son una variable de riesgo independiente de los pensamientos suicidas, tentativas de suicidio y la mortalidad por suicidio (Wasserman, 2020).

A pesar de esto identificar y tratar los trastornos del sueño es un aspecto de suma importancia para disminuir síntomas propios de trastornos psiquiátricos progresivos. Es imperativo regular el sueño de manera positiva en pacientes psiquiátricos y en individuos que no tienen trastornos mentales. Los pacientes con trastornos del

sueño deben ser diagnosticados para determinar la ideación suicida. Los profesionales de la salud mental tienen que tener las debidas capacidades para poder detectar pacientes con tendencias suicidas a tiempo (Bastiampillai, 2020).

La pandemia por COVID-19 obligó a diversas entidades establecer medidas de bioseguridad pertinentes, las mismas tienen una relación negativa con la tasa de empleo debido a los efectos significativos en la economía. Lo que se traduce al aumento en la tasa de desempleo.

Estudiamos el efecto del desempleo en relación al suicidio en base a datos públicos, globales de 63 países, y determinamos que el riesgo de suicidio se elevaba en un 20-30% en relación al desempleo durante 2000-11 (incluida la crisis económica de 2008).

Es correcto informar a la población acerca de la relación que existe entre el suicidio y el desempleo, y el dónde acudir si se identifican con ciertos síntomas para su posterior tratamiento. El deplorable estado de la economía y del mismo sistema de salud, puede ocasionar que pacientes propensos al suicidio, agraven sus síntomas al no disponer del tratamiento y la medicación adecuada (Banerjee, 2021).

Según la organización mundial de la salud, 700.000 personas se suicidan por año, la muerte por suicidio es la causa de mortalidad más común entre individuos de 15 a 19 años. El 77% de los suicidios se origina en los países de ingresos inferiores y medianos. La deglución de plaguicidas, la estrangulación y la descarga con armas de fuego son algunos de las técnicas más comunes de suicidio en el mundo. En relación a la pandemia por Covid 19 Hans Kluge, director de la OMS en Europa afirma que "Las psicopatologías están afectando a una gran cantidad de pacientes con tendencias suicidas. La organización mundial de la salud corrobora que la pandemia logró que la mitad de individuos de entre 18 y 29 padezcan de ansiedad y depresión del mismo modo el 20% de obreros sanitarios.

Los datos de epidemias anteriores sugieren que las tasas de suicidio pueden parecer inicialmente disminuir durante las epidemias, pero pueden aumentar a partir de entonces.

Basado en una revisión sistemática de datos sobre suicidios de 21 países y áreas dentro de los países, este estudio encontró que las tasas de suicidio no aumentaron durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19 (8). Según los autores, el reconocimiento temprano de los problemas de salud mental durante la pandemia puede haber ayudado a aumentar el apoyo y los servicios disponibles. Sin embargo, también señalaron que la asistencia

financiera y el apoyo para los servicios de salud mental ahora se están reduciendo o retirando, lo que puede afectar las tasas de suicidio con el tiempo (Weems, 2020).

La OMS indica que, los suicidios presentes en una determinada población vienen precedidos de más de 20 intentos de autolesión, Es decir, el número de individuos con trastornos psicológicos puede aumentar entorno a la presente pandemia (Niederkröthaler T. G., 2020). La información originaria de la crisis del 2008 muestra que el aumento de los casos de mortalidad por suicidios tiene tendencia a aumentar en función al desempleo. Esto se debe al estrés psicológico al que se somete el paciente al no tener suficiente capital para costearse su estilo de vida y pagar sus deudas (Sotomayor-Preciado, 2021).

- Factores de riesgo. Principales aportes en las investigaciones revisadas

Las particularidades de los factores de riesgo asociados a todo tipo de variable que agrave la situación del paciente al punto de llevarlo a atentar en contra de su vida, de este modo el desequilibrio mental se ve aumentado, y en su defecto la tasa de aumento en suicidios.

Por lo tanto, podemos evidenciar un conjunto de factores que tienen un peso significativo en la vida del paciente, entre los más notables encontramos: luto por pérdidas humanas, trastornos mentales previos, antecedentes suicidas, aislamiento social, problemas intrafamiliares, carencia de ayuda por parte de amigos y familiares, problemas económicos, dificultad para acceder a servicios psicológicos de ayuda (Ortega-Vivanco, 2020).

Múltiples líneas de evidencia indican que la pandemia de COVID-19 tiene profundos efectos psicológicos y sociales. Las secuelas psicológicas de la pandemia probablemente persistirán durante meses y años. Los estudios indican que la pandemia de COVID-19 se asocia con angustia, ansiedad, miedo al contagio, depresión e insomnio en la población general y entre los profesionales de la salud.

El aislamiento social, la ansiedad, el miedo al contagio, la incertidumbre, el estrés crónico y las dificultades económicas pueden conducir al desarrollo o exacerbación de trastornos depresivos, ansiedad, uso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos en poblaciones vulnerables, incluidas personas con trastornos psiquiátricos preexistentes y personas que padecen trastornos psiquiátricos. residen en áreas de alta prevalencia de

Covid-19.

Los resultados concluyentes indican que las condiciones psiquiátricas relacionadas con el estrés, incluidos los trastornos del estado de ánimo y por uso de sustancias, están asociadas con la conducta suicida. Los sobrevivientes de la pandemia también pueden tener un riesgo elevado de suicidio.

La crisis sanitaria puede aumentar las tasas de suicidio durante y después de la pandemia. Es probable que las consecuencias para la salud mental de la crisis del encierro, incluida la conducta suicida, estén presentes durante mucho tiempo y alcancen su punto máximo después de la pandemia real. Para reducir los suicidios durante la crisis del Covid-19 es imperativo disminuir el estrés, la ansiedad, los miedos y la soledad en la población en general. Debería haber campañas tradicionales y en las redes sociales para promover la salud mental y reducir la angustia. El alcance activo es necesario, especialmente para personas con antecedentes de trastornos psiquiátricos, sobrevivientes de Covid-19 y adultos mayores. Se necesitan estudios de investigación sobre cómo se pueden mitigar las consecuencias para la salud mental durante y después de la cuarentena producto de la pandemia.

DISCUSIÓN

Los individuos que atraviesen crisis suicidas, solicitan una atención especial. Es probable que ciertos pacientes no busquen asistencia, por miedo a no poder costear el tratamiento psicológico y farmacológico. Una buena opción para este tipo de pacientes son las líneas de apoyo telefónico en casos de crisis involuntarias, estas tienden a estar ocupadas por que normalmente se excede la capacidad de la línea en sí. La solución ante esta problemática sería mejorar las características del servicio de ayuda por medio de capacitación del personal y la implementación de horarios flexibles. Se deben destinar más recursos al desarrollo de métodos de ayuda para pacientes con tendencia suicida.

El estudio de la psicopatología que interviene en el suicidio tiende a ser relativamente compleja, esto se debe a que engloba importantes criterios de diagnóstico psiquiátrico, existen diversos factores que pueden desencadenar pensamientos suicidas en un individuo.

En el caso de la pandemia por Covid 19 es correcto afirmar que una gran cantidad de suicidios tienen relación con el encierro y los problemas que el individuo tiene que lidiar comúnmente en casa, puede ser el caso de una persona abusada psicológica y físicamente

o incluso el caso de personas con trastornos de la conducta relativamente graves no diagnosticados, que por el estrés producido por la cuarentena se llegan a debutar síntomas característicos y consecuentemente terminan atentando en contra de sus vidas (MJ, 2021).

El aislamiento afecta de manera negativa a variables relacionadas con el suicidio. Por ejemplo, la violencia doméstica y el consumo de alcohol pueden acrecentar durante el encierro.

La respuesta del sistema de salud pública tiene la obligación de garantizar la seguridad de individuos que pasen por casos de autolesión y se realicen campañas de concientización acerca del consumo seguro de sustancias.

El encierro y la soledad son variables que influyen de manera significativa en el suicidio y cabe la posibilidad de que los mismos aumenten durante la pandemia, particularmente las personas que atraviesan un proceso de duelo por la pérdida de un ser querido. Es de suma importancia apoyar a las personas que tienen un estilo de vida solitario (Rosero, 2020).

Ante la pérdida de un ser querido el duelo se reconoce como un apoyo fundamental en los individuos, es debido a esto que se debe facilitar al paciente los medios suficientes para su correcta recuperación, por otro lado, se debe procurar que el mismo no disponga de herramientas que le permitan hacerse daño a sí mismo, como lo son armas cortopunzantes, armas de fuego, sogas, acceso indiscriminado a fármacos, entre otros. Los vendedores menores deben prestar especial atención, con las compras que realizan pacientes con síntomas de riesgo psicológico (Izurieta, 2021).

Las entidades públicas responsables del cuidado de este tipo de pacientes deben considerar la implementación de restricciones transitorias de ventas y comunicar de manera delicada a los pacientes afectados el cómo se les va a reducir el acceso a determinados productos con los que puedan producirse autolesión. La desinformación acerca del fenómeno suicida, tiende a ser uno de los factores más importantes entorno a esta problemática. Los medios de información tienen el deber de informar a la población general acerca de los principales síntomas de las tendencias suicidas y del cómo ayudar a los individuos cercanos que los presenten.

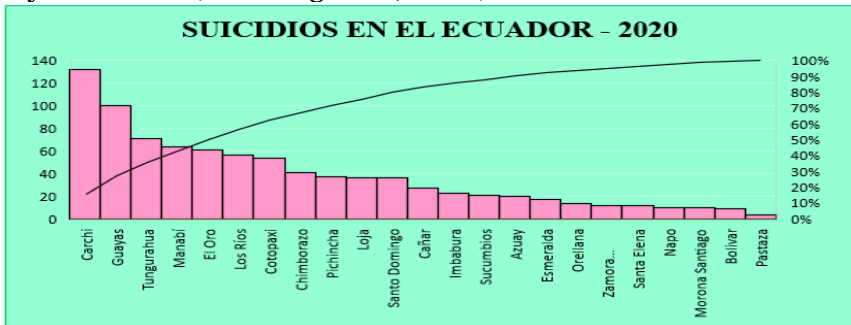
Las investigaciones relacionadas con las tendencias suicidas y su relación con la pandemia por Covid19 favorecerán la creación y mejora de terapias adecuadas para pacientes con esta afección en específico. Por último, se recomienda a las pertinentes entidades gubernamentales realizar una mejor distribución de recursos a las

líneas de ayuda psicológica para pacientes con tendencias suicidas y psicopatologías que aumenten la probabilidad de autolesión, esta acción ayudara a disminuir el impacto y la tasa de mortalidad ligada a esta problemática (Velasguy, 2020).

Los suicidios en Ecuador aumentaron entre enero y agosto del 2021 un 17 %, en relación al mismo periodo del año 2020, ya que, en los primeros 8 meses del año se registraron en el país andino un total de 253 suicidios, frente a los 220 que se reportaron en 2020 al sistema de emergencias nacional.

Las provincias con el mayor índice de suicidios en el 2020, son: Carchi y Guayas, mientras que, en el 2021 las provincias más afectadas son Azuay y Manabí, sin embargo, destaca que quienes terminan cometiendo el acto son los hombres. Y las cifras lo corroboran, en este año 681 varones se han suicidado frente 178 mujeres (Ver Figura 1 y 2), las variables de riesgo pueden variar dependiendo de las políticas de control implementadas por determinado país, las circunstancias de la pandemia generan una situación incierta, al no estar claro a dónde conducirán los eventos, lo que causa un alto estrés y una mayor percepción de peligro, siendo la depresión y la ansiedad las principales emociones presentadas por los individuos en el momento de la pandemia, por ejemplo, en países de primer mundo existe una mayor disponibilidad de ayuda para pacientes con tendencias suicidas a diferencia de países de tercer mundo como Ecuador. Aquí también intervienen factores como lo son la prohibición de celebraciones religiosas o funerales, violencia doméstica y trabajadores desempleados en situaciones vulnerables (Velasguy, 2020).

Las soluciones anteriormente propuestas son fácilmente aplicables en ciertos países, a pesar de esto es correcto mencionar que es relativamente complejo aplicar dichas medidas en países de bajos recursos (García-Iglesias, 2020).



Nota. El gráfico representa los suicidios efectuados en el año 2020, en las

diferentes provincias del Ecuador, dando en total 1207 casos efectuados, siendo Carchi la provincia con más suicidios en el año. Tomado de Efectos de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la salud mental de hombres y mujeres de la zona 3 del Ecuador (p.50), por Velastegui, D. et. al., 2020, Investigación & Desarrollo.

Figura 2. Suicidios en el Ecuador en el año 2021

Emergencias relacionadas con suicidios reportadas al 9-1-1		
Todas las emergencias relacionadas con SUICIDIOS desde enero hasta noviembre del 2021		
	859	
Cantón	Nº Emergencias	% Participación
Azuay	122	14,20%
Manabí	89	10,36%
Tungurahua	71	8,26%
Guayas	63	7,33%
El Oro	61	7,10%
Otros	453	52,73%
Total	859	100%

Nota. La tabla representa los suicidios efectuados en el año 2021, Enero-Noviembre, en las diferentes provincias del Ecuador, dando en total 859 casos efectuados, siendo Azuay la provincia con más suicidios en el año. Tomado de The dual pandemic of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention (p.295), por Banerjee, D et. al., 2021, Suicide research, prevention, and COVID-19.

CONCLUSIONES

El mundo entero se ha visto paralizado por un enemigo invisible, que surgió en medio de una serie de discusiones respecto a su origen. En un corto periodo de tiempo el Covid-19 llegó a afectar todos los procesos relacionados con la producción de bienes y servicios; así como, los procesos comerciales de todos los países, y las pérdidas de centenares de personas, generando crisis emocionales y económicas capaces de influir en la conducta estable de un ser humano. Después de una revisión de información confiable de fuentes oficiales gubernamentales y de una serie de investigaciones realizadas al respecto, las conclusiones de esta investigación sostienen que el desempleo, la depresión, la ansiedad, la soledad, y la pérdida de familiares generan enfermedades sujetas al estado mental, moldeando la conducta de los individuos, capaces de generar trastornos de tipo suicidas capaces llegar a afectar

directamente en el entorno familiar.

Otro factor de riesgo de carácter social que se ha visto capaz de afectar a los individuos es el entorno familiar, que no solo debe cumplir con medidas radicales de distanciamiento social y una serie de restricciones, que alteran el estado mental de las personas al tener que estar en total aislamiento, solo, sin sus familiares, tornando el ambiente depresivo.

Además, el fenómeno del desempleo, donde centenares de personas no cuentan con un ingreso per cápita familiar, generando una serie de trastornos que afectan su salud y generan conductas no apropiadas en el núcleo familiar, capaces de desestabilizar mentalmente a una persona, poniendo como único recurso de salida el suicidio.

RECOMENDACIONES

Dado el resultado se toma como punto de partida la integración comunitaria de tanto individuos con tendencias suidas como de aquellos que no en actividades que en cierta forma logran por unos instantes disolver la presencia de la sombra de la pandemia vivida, esto con el fin de evitar en cierta forma los factores de riesgo que puedan suscitarse ligados a el ámbito social y afectivo, el acercamiento a la familia, así como evitar el distanciamiento entre personas cercanas es vital para evitar este tipo de incidentes.

El uso de canales de ayuda y las señales de auxilio son otro punto clave para evitar el aumento de cifras en este segmento, a nivel comunitario se plantea el no marcar un distanciamiento total, siempre en cuanto se mantenga las medidas de bioseguridad, es recomendable momentos de esparcimiento ya sea mediante herramientas digitales como también la integración de actividades que procuren la constante comunicación sin arriesgar la salud y así mantener un control epidemiológico.

Además, la importancia de reconocer los signos de alerta que difieren en la depresión y la ansiedad, entre ellos: persistente estado de ánimo triste, alteración del sueño, pérdida de apetito, pérdida o aumento de peso, pérdida del interés por actividades que antes disfrutaba, fatiga, sentimientos de culpa, pensamientos de suicidio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Niederkrotenthaler, T., Gunnell, D., Arensman, E., Pirkis, J., Appleby, L., Hawton, K., ... & International COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. (2020). Suicide research,

- prevention, and COVID-19.
2. McIntyre, R. S., & Lee, Y. (2020). Preventing suicide in the context of the COVID-19 pandemic. *World psychiatry*, 19(2), 250.
 3. John, A., Pirkis, J., Gunnell, D., Appleby, L., & Morrissey, J. (2020). Trends in suicide during the covid-19 pandemic.
 4. Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707-712.
 5. Wasserman, D., Iosue, M., Wuestefeld, A., & Carli, V. (2020). Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. *World Psychiatry*, 19(3), 294-306.
 6. Inoue, K., Hashioka, S., & Kawano, N. (2020). Risk of an increase in suicide rates associated with economic downturn due to COVID-19 pandemic. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(6-7), 367-367.
 7. Bastiampillai, T., Allison, S., Looi, J. C., Licinio, J., Wong, M. L., & Perry, S. W. (2020). The COVID-19 pandemic and epidemiologic insights from recession-related suicide mortality. *Molecular psychiatry*, 25(12), 3445-3447.
 8. Banerjee, D., Kosagisharaf, J. R., & Rao, T. S. (2021). 'The dual pandemic' of suicide and COVID-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry research*, 295, 113577.
 9. Weems, C. F., Carrion, V. G., McCurdy, B. H., & Scozzafava, M. D. (2020). Increased risk of suicide due to economic and social impacts of social distancing measures to address the Covid-19 pandemic: A forecast. *Res Prepr Preprint posted online March*.
 10. Niederkrotenthaler, T., Gunnell, D., Arensman, E., Pirkis, J., Appleby, L., Hawton, K., ... & International COVID-19 Suicide Prevention Research Collaboration. (2020). Suicide research, prevention, and COVID-19.
 11. Sotomayor-Preciado, A. M., Espinoza-Carrión, F. M., del Rosario Rodríguez-Sotomayor, J., & del Roció Campoverde-Ponce, M. (2021). Impacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro Ecuador. *Polo del Conocimiento*, 6(1), 362-380.
 12. Ortega-Vivanco, M. (2020). Efectos del Covid-19 en el comportamiento del consumidor: Caso Ecuador. *RETOS. Revista de Ciencias de la Administración y Economía*, 10(20), 233-247.
 13. Erazo, E. E. P., Velásquez, M. J. A., Chávez, I. G. S., & Pullas, D.

- E. P. (2021). Factors associated with psychiatric adverse effects in healthcare personnel during the COVID-19 pandemic in Ecuador. *Revista Colombiana de Psiquiatría (English ed.)*, 50(3), 166-175.
14. Rosero, M. L. T., Almeida, D. G. V., & Herrera, M. A. R. (2020). La crisis económica del COVID-19 en el Ecuador: implicaciones y proyectivas para la salud mental y la seguridad. *Investigación & Desarrollo*, 13(1), 102-124.
 15. Izurieta, I. L., & Izurieta, I. L. (2021). LA SALUD MENTAL DEL PERSONAL SANITARIO ANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19. *Enfermería Investiga*, 6(1), 47-50.
 16. Velastegui, D., Bustillos, A., Flores, F., & Lascano, M. M. (2020). Efectos de la emergencia sanitaria por COVID-19 en la salud mental de hombres y mujeres de la zona 3 del Ecuador. *Investigación & Desarrollo*, 12(1), 38-50.
 17. Jácome Llumipanta, A. R. (2020). Salud mental y trabajo: estudio de depresión y ansiedad ante el covid-19 en el personal de cajas de un hospital privado de Quito-Ecuador 2020.

NECESIDADES PSICOSOCIALES DE CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA: UN ESTUDIO DE CASOS EN EL DISTRITO 13Do2, MANTA, ECUADOR, 2021.

Estrada Cantos Octaviano Sigifredo
Gómez Cabezas Enrique Javier

RESUMEN

Introducción: Los cuidadores de personas con discapacidad severa experimentan situaciones de emociones, cansancio, estrés, hasta definirlo como el síndrome de sobrecarga del cuidador primario. El diagnóstico de las necesidades psicosociales por un profesional del campo de la psicología, es fundamental para estos casos. Como objetivo del estudio se define: Identificar necesidades psicosociales insatisfechas de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidades. La muestra del actual estudio se compone por 70 cuidadores que residen en el distrito 13Do2 Manta. El enfoque metodológico aplicado es cuanti-cualitativo, de tipo exploratorio cómo se manifiesta el síndrome del cuidador en la muestra seleccionada y sentar las bases para una estrategia de atención comunitaria a sus necesidades psicosociales, Los resultados obtenidos de la investigación, de la aplicación y análisis del Test escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF --escala de sobrecarga del cuidador ZARIT-- y de las Entrevistas a profundidad, demuestran la existencia de necesidades psicosociales insatisfechas. Conclusiones: Los propios cuidadores (as) subestiman sus necesidades insatisfechas y se centran en la atención de las personas a su cargo. Se evidencia la existencia de una demanda de atención a necesidades psicosociales insatisfechas dada la compleja tarea social que desempeñan y las tensiones emocionales que ellos suponen.

Palabras Claves: Necesidades Psicosociales, Cuidadores, Discapacidad Severa

INTRODUCCIÓN

Los cuidadores de personas con discapacidad severa están sometidos al riesgo de sufrir el síndrome de sobrecarga del cuidador. Sin embargo, los sistemas de protección centran la

atención en la persona con discapacidades y no son atendidas las necesidades de los cuidadores (as). El nivel de dependencia de las personas con discapacidades severas, la tensión que supone su atención, las elevadas cuotas de tiempo que exige esta actividad, la falta de reconocimiento de las labores de cuidados en general y las limitaciones de quienes se ocupan de los cuidados para preocuparse por sí mismos, definen una situación de vulnerabilidad psicosocial que demanda atención de los sistemas de protección, particularmente en el orden psicosocial.

La afectación a la salud mental de las personas dedicadas a los cuidados de pacientes ha sido descrita en la literatura clínica y reconocida como síndrome del cuidador. Este comprende un conjunto de alteraciones físicas, psíquicas, psicosomáticas, laborales y familiares que presentan los cuidadores y cuidadoras. Estas manifestaciones pueden llevar a un estado denominado como burnout, donde se evidencia un estado de fatiga física y mental extrema, agotamiento emocional, disminución de la motivación y aislamiento social (Cardona, Echeverría, & Gil, 2020).

El instrumento que se ha establecido utilizar para identificar y comprobar las necesidades psicosociales de la población de cuidadores de personas con discapacidad severa, es el Test Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT. En el Ecuador desde el 2015 existen derechos y programas para la salud mental, sin embargo, es un tema que incluso el paciente siente temor abordarlo. El estrés, la sobrecarga laboral, el cansancio, y las necesidades psicosociales afectadas de un cuidador deben ser tratados a tiempo para que no lleguen a más complicaciones tanto en la salud mental como en salud general. El Estado ecuatoriano tiene programas de salud mental para la atención gratuita de su población. En el caso de la muestra del presente estudio -los cuidadores (as) de personas con discapacidad severa- son vulnerables a padecer de síndrome de sobrecarga del cuidador, y ello es expresión de una demanda de atención comunitaria a la salud mental de estas personas.

La población de personas con discapacidad aumenta cada año según el Instituto Nacional Ecuatoriano de Normalización (INEN, 2020).

Al subir el índice también la población de cuidadores aumentará, por lo cual, el promover la atención comunitaria en salud mental contribuirá a suplir las necesidades psicosociales de los cuidadores y a brindar una adecuada e inmediata atención para ellos.

El estrés emocional es un compañero de rutina diaria que convive con las personas que se dedican a los cuidados. Sin

embargo, frecuentemente no es reconocido por estas personas, ni tampoco debidamente identificada por los sistemas de protección para brindar el apoyo psicosocial requerido.

En correspondencia con esta situación, el problema que se plantea en la presente investigación es ¿Cuáles son las necesidades psicosociales insatisfechas de las personas que asumen el rol de responsables o cuidadores de personas con discapacidad severa? En consecuencia, el objetivo planteado identificar necesidades psicosociales insatisfechas de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidades.

La atención a las necesidades psicosociales de las/los cuidadoras (es) de personas con discapacidades severas es fundamental para cuidar su salud mental, prevenir el síndrome de sobrecarga y evitar las consecuencias en las tareas de cuidados que realizan. El crecimiento de la población con discapacidades severas exige visibilizar mejor la figura del cuidador(a) y desarrollar mecanismos de atención a sus necesidades, en particular de sus necesidades psicosociales.

METODOLOGÍA

En el presente artículo se ha manejado el diseño cuantitativo y cualitativo, de tipo exploratorio, aplicando a setenta cuidadores el Test Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. Este cuestionario sirve para indagar acerca de la calidad de vida, salud y otras áreas de vida del cuidador (a) como sus emociones sentimientos, nivel de satisfacción personal, entre otros elementos. Consta de 27 preguntas cerradas con un gradiente de opciones que incluyen: “Nada”, “Uno Poco”, “Lo Normal”, “Bastante”, “Totalmente”, “Extramente”, “Muy Insatisfecho”, “Poco”, “Lo Normal”, “Bastante”, “Satisfecho”, “Muy Satisfecho”, “Nunca”, “Raramente”, “Moderadamente”, “Frecuentemente”, “Siempre”. Los resultados serán expuestos en las tablas en forma general de lo más relevante y acorde al objetivo del estudio.

El otro instrumento utilizado es la Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT. Este test mide la sobrecarga del cuidador evaluando dimensiones como calidad de vida, capacidad de autocuidado, red de apoyo social y competencias para afrontar problemas conductuales y clínicos del paciente. Consta de 22 preguntas de la escala sin tipo Likert de 5 opciones: Nunca, Rara vez, Algunas veces, Bastantes veces, Casi siempre.

Las técnicas fueron aplicadas a una muestra de 70 cuidadores de personas con discapacidad severa como criterio de inclusión el

tener familiar al cuidado y como criterio de exclusión cuidadores que no quisieron participar, o simplemente no tenían personas con discapacidad severa dentro del entorno del hogar, o laboral.

La información obtenida con la aplicación de estas herramientas diagnósticas, se combina con los resultados de un análisis cualitativo. Fueron aplicadas entrevistas en profundidad concebidas desde una perspectiva fenomenología. Estas entrevistas permitieron conocer las percepciones e interpretaciones de los cuidadores y cuidadoras, y contrastarlos con los test aplicados. Ello contribuye a develar la naturaleza de la dinámica del fenómeno objeto de estudio desde la perspectiva de los sujetos (Hernández, Cote, & Cueto, 2015).

Dentro de la selección de las 70 personas que participaron en esta investigación, se seleccionaron 6 cuidadores (as) para participar a la entrevista con profundidad, las cuales fueron seleccionadas, de manera intencional a partir de los criterios de inclusión siguientes: estar activo en el cuidado, ser mayor de edad, la voluntad de participar, tener más de un año en los cuidados de una persona con discapacidad severa, se tuvo en consideración la diversidad de género, relación filial con la persona con discapacidad, grupo etario, edad, tiempo laboral. Se presentan los resultados de manera independiente en un solo reporte.

RESULTADOS

Las necesidades psicosociales fueron exploradas a través de la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF. A continuación, se presentan los principales resultados de acuerdo con los propósitos declarados en la investigación. Tablas

Tabla No. 1 Satisfacción con su salud psicosocial del cuidador (a) de personas con discapacidad severa.

Aspectos autoevaluados	Frecuencia	Porcentaje
<i>Calidad de vida /muy mala, regular</i>	41	58%
<i>Apoyo de otra persona /nada, un poco</i>	55	72%
<i>Satisfacción en salud/ nada, un poco</i>	28	40%
<i>Dolor físico/ bastante, extremadamente</i>	45	57%
<i>Disfruta la vida/ nada, un poco</i>	40	57%

Aspectos autoevaluados	Frecuencia	Porcentaje
<i>Sentido de la vida/nada</i>	56	81%
<i>Seguridad de la vida d/nada, un poco</i>	30	43%
<i>Información para la vida/nada/un poco</i>	40	57%
<i>Tiempo para actividades de ocio/nada,</i>	42	61%
<i>Capacidad de concentrarse/nada, un P.</i>	40	58%
<i>Energía suficiente vida diaria/nada, un</i>	40	57%
<i>Aceptación de la apariencia física/nada</i>	41	70%
Tamaño de la Muestra	70	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de encuesta aplicada a la muestra de estudio.

Según la aplicación de las encuestas del cuestionario Escala de calidad de vida WHOQOL-BREF, sobresale que el 81% de los casos no tienen una visión del sentido de sus vidas. Ese vacío de fines y metas supone bajos niveles de motivación y expectativas. La respuesta del 72% refleja insatisfacción con el apoyo de otras personas: un 33% refiere no recibir ningún apoyo, mientras un 22% considera que es poco. El reconocimiento de no disponer de información necesaria para su vida diaria por un 57% de los encuestados, es también un indicador que refleja necesidades psicosociales básicas insatisfechas.

Tabla No. 2 Sentido de Satisfacción en aspectos de su vida psico social del cuidador (a) de personas con discapacidad severa.

Aspectos autoevaluados	Frecuencia	Porcentaje
Satisfecho de sí mismo/ muy insatisfecho(a)	30	43%
Relaciones personales/ muy insatisfecho(a)	40	57%
Satisfacción del sueño/ insatisfecho (a)	61	85%
Sentimientos negativos/ frecuentemente,	25	35%
Vida sexual/ muy insatisfecha (o)	34	51%
Apoyo amigos/ muy insatisfecho/un poco	41	56%

Aspectos autoevaluados	Frecuencia	Porcentaje
Actividades diarias/un poco satisfecho (a)	44	61%
Tamaño de la Muestra	70	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de encuesta aplicada a la muestra de estudio.

Los cuidadores de personas con discapacidad severa, deben cuidar de sus propias necesidades psicosociales, en lo que respecta al sueño diario refleja una insatisfacción que es representado por el 85%, debido a su labor diario del cuidado a la persona con discapacidad severa no le permite descansar las horas recomendada para un ser humano, en lo que respecta a la actividad o vida sexual el indicador “Insatisfacción”, con el 51% todo esto es atribuible a la falta de tiempo por las actividades que se ejerce como cuidador (a).

Identificación de los servicios/recursos disponibles para atender las necesidades psicosociales del grupo de cuidadores/as de persona con discapacidad severa, algunos resultados obtenidos se presentan en la siguiente tabla:

Tabla No. 3. Servicios y recursos psicosociales del cuidador (a) de personas con discapacidad severa

Aspectos autoevaluados	Frecuencia	Porcentaje
Accesos a servicios sanitarios /Insatisfecho	51	76%
Servicios de transporte /Insatisfecho	51	76%
Condición del lugar vive/insatisfecho (a)	44	61%
Dinero para las necesidades/nada, un poco	28	40%
Capacidad laboral/ muy insatisfecho(a)	51	76%
Preparación personal/ninguna, primaria	42	61%
Tratamiento médico/nada, un poco	29	42%
Ambiente físico alrededor/nada, un poco	30	42%
Desplazarse lugar a otro/nada, un poco	28	40%
Tamaño de la Muestra	70	

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados de encuesta aplicada a la muestra de estudio.

En la tabla tres se muestra la población de estudio con relación a los servicios y recursos psicosociales disponible externamente, obteniéndose como respuestas al acceso a servicios sanitarios de

manera Insatisfactoria, se ve comprometida en un 76%, por las labores que realiza con la persona que está bajo sus cuidados, con el mismo porcentaje la capacidad laboral. Según (García, 2020) en un estudio similar, manifiesta que los cuidadores se ven comprometidos en el tiempo de relacionarse con sus amistades, tiempo de dedicación personal, por lo general este grupo de personas se aíslan de la sociedad debido a muchos factores como es el cansancio, estrés, o simplemente falta de tiempo por la persona con la obligación y responsabilidad de cuidar a persona que se encuentre a cargo de ellos.

En este estudio de casos, de las necesidades psicosociales de cuidadores de persona con discapacidad severa, en los datos demográficos refleja que 97% de quienes ejercen el cuidado son mujeres, oscilando sus edades en mayores de 41 años como lo indica el 58% de los encuestados (as), el 90% corrobora su parentesco de familiaridad con la persona a quien cuidan, la mayoría ya tienen más de 5 años en el cuidado diario. El otro instrumento utilizado la Escala de sobrecarga del cuidador ZARIT indica que el 48% padecen de SOBRECARGA LIGERA E INTENSAS. En lo que corresponde a las ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD, los resultados obtenidos de los participantes son los siguientes:

Con referencia al tiempo que ejerce los cuidados de persona con discapacidad severa ¿Su vida ha cambiado, podría expresar cómo? ¿Se siente sobrecargado con las tareas como cuidador?

“Bueno le cuento que sobrecargada sí. Por los quehaceres de la casa” (E1)

El cuidador entrevistado manifestó que se sentía sobrecargado, exteriorizando la existencia de una necesidad, la cual podría llevar a otras bajo esta misma rutina diaria, lo anterior surge por el desconocimiento del trabajo que realiza una persona como cuidador, sintiéndose invisibilizados socialmente, por esto mismo ellos crean mentalmente mecanismos de afrontamiento y estrategias de resiliencia, debido a que no encuentran el cuidado, apoyo emocional, económico, relacional, social, entre otros aspectos; por lo tanto desarrollan a favor de ellos mismos y de su bienestar experiencias y situaciones en su cotidianidad (Cleto, 2019).

Otras de las respuestas obtenida en la entrevista a profundidad, con relación al objetivo ¿Considera que su estilo de vida (hábitos de alimentación, higiene personal, ocio, modos de relaciones sociales, sexualidad, vida relacional y de familia y mecanismos de afrontamiento) ha cambiado desde que asumió los cuidados de su familiar?

“antes tenía tiempo, trabajaba tenía vida social, pero ahora debo cuidar al niño, pesa mucho y mi esposa sufre de dolores de espalda. No importa, yo aún puedo cuidarlo, ya no importa lo que hacía antes, ahora importa el cuidado de mi familiar” (E2).

Hay necesidades psicosociales insatisfechas que son expresión de afectaciones de la salud mental de los cuidadores (as), el entorno de vivencia diaria, las situaciones de convivencia, más la atención y alta demanda para los cuidados de personas con discapacidad severa que se encuentran bajo la responsabilidad total de los cuidadores (as) son factores que alteran su estado emocional. Considerando que todo ser humano tiene derecho a tener su espacio, tiempo y dedicación para su propia vida, no obstante, cuando se demanda la sobrecarga de cuidado y trabajo, las necesidades psicosociales surgen, tomando un papel fundamental en sus vidas y en la salud mental, de ahí que los problemas llegarán a corto plazo para cada ser humano.

En relación con el objetivo: ¿Qué actividades sociales realizaba antes de asumir las tareas de cuidador/a? ¿Estudiaba, trabajaba, participaba en clubes, actividades culturales, deportivas, encuentros frecuentes con amigos, visitaba lugares...? ¿Cuáles realiza ahora? ¿Con qué personas comparte normalmente? ¿En qué tipo de actividades? ¿Disfruta de tiempo libre? ¿Tiene alguna afición preferida? ¿Puede disfrutar de tiempo para dedicarle a esa afición?

“Cuando era independiente tenía más tiempo para dedicarme a mi persona ahora ya no importa mi apariencia física ni nada, todo el tiempo lo dedico a cuidarlo, tiene discapacidad severa, entonces tengo que estar atenta a todo, aunque a veces me canso, pero es mi responsabilidad” (E3).

Entre las acciones más relevantes de las personas que ejercen como cuidadores está el poder identificar los servicios y recursos disponibles para atender las necesidades psicosociales de ellos, desde esta perspectiva están reconociendo que el factor “tiempo”, o “no importa” expresión es muestra de una baja autoestima, de una subordinación de la satisfacción de sus necesidades a la atención de los pacientes bajo su cuidado, Esta perspectiva puede explicar que no se busque apoyo, que no se aprovechen servicios o recursos disponibles, más allá de que puedan resultar insuficientes.

DISCUSIÓN

Este estudio muestra como los cuidadores (as) tienen necesidades psicosociales insatisfechas que afectan su calidad de

vida, aunque con frecuencia son subvaloradas en interés de priorizar la atención a las personas a su cargo. Esto coincide con el análisis de Cueto (2014) donde se reconoce que estas necesidades pasan a un segundo puesto, ante la exigencia de los pacientes. Mientras en otro estudio Cleto (2019), defiende que la psicología tiene como desafío metodológico contribuir al derecho de todo ser humano de recibir apoyo cuando sus necesidades psicosociales se encuentren afectadas. En tanto la situación de los cuidadores (as) en riesgo o afectados por el síndrome del cuidador, demanda de una acción desde los servicios psicológicos y el modelo de la salud mental comunitaria se considera pertinente para ello.

Los cuidadores/as de personas con discapacidad severa cuentan con una responsabilidad que en muchos casos les hace olvidar sus propias necesidades psicosociales, por el simple hecho de no tener tiempo para ellos. Cardona, Echeverría & Gil (2020) defiende la importancia de los recursos psicológicos para el desarrollo individual. Las afectaciones en la esfera psicosocial de los y las cuidadores (as) conllevan a un desgaste psíquico que puede repercutir incluso en la calidad de las tareas de cuidado a su cargo un estudio que relaciona la falta de tiempo en las personas (Cleto, 2019) hace énfasis en la necesidad de que estas personas dispongan de tiempo para sí. Precisa este autor que necesitan del descanso y también de tiempo para estar consigo mismo.

Los resultados del estudio muestran falencias en la población de necesidades psicosociales, que se supone mayor que en la media de la población (Cardona, Echeverría, & Gil, 2020). Por esta razón, los grupos de cuidadores (as) deberían estar en el centro de interés de los profesionales de la psicología, en particular en el ámbito comunitario, por ser allí donde se pueden fortalecer redes de apoyo para las tareas de cuidados y la atención a los cuidadores (as).

CONCLUSIONES

La investigación pudo constatar la presencia del síndrome del cuidador en el grupo estudiado. Los hallazgos coinciden con otras investigaciones en el hecho de que los propios cuidadores (as) subestiman sus necesidades insatisfechas y se centran en la atención de las personas a su cargo. Los cuidadores carecen de atención psicosocial adecuada dada la compleja tarea social que desempeñan y las tensiones emocionales que ellos suponen.

Se requiere de una red de servicios sociales y de apoyo psicológico para cuidadores (as), que diagnostique debidamente la afectación en este orden que sufren los cuidadores (as).

El modelo de salud mental comunitaria se considera pertinente para dar respuesta de manera sistemática y contextualizada a las necesidades psicosociales de los cuidadores (as), potenciar sus capacidades, fortalecer su resiliencia, articular redes de apoyo humanas e institucionales, así como promover formas más saludables de realización de las tareas de cuidado y fomentar comunidades de cuidadores (as) para su autodesarrollo.

RECOMENDACIONES

1. Dar continuidad a este diagnóstico con una propuesta de programa de acción desde la perspectiva comunitaria para la atención a las necesidades psicosociales de cuidadores (as) de personas con discapacidades severas
2. Divulgar este resultado entre los profesionales de la salud mental, con vistas a incrementar la sensibilidad en relación con la necesidad de atención de las necesidades psicosociales de cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidades severas.

APORTE CIENTÍFICO

Este trabajo identifica las necesidades psicosociales de los cuidadores(as) que muchas veces no son tomadas en cuenta. Esta población requiere ser considerada como centro de atención de los profesionales de la salud mental en el ámbito comunitario. La investigación da cuenta de la existencia de una demanda de salud mental por parte de las personas dedicadas a tareas de cuidado. El cuidado de su salud mental requiere de una acción de orientación y acompañamiento profesional desde la perspectiva de la salud mental comunitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta & Garcia. (2017). Psicología comunitaria necesidades psicosociales del síndrome de sobrecarga del cuidador. Usa: Planeta.
2. America Retail. (13 de Marzo de 2015). Evolución del consumidor: ¿Cómo han cambiado nuestros hábitos? Obtenido de <https://www.america-retail.com/>: <https://www.america-retail.com/>
3. Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. (2020). Guía de apoyo psicosocial para cuidadores de

- personas con discapacidad severa. *Salud mental*, 89.
4. Avigail, P. C., & Aracelly, R. R. (2019). Funcionalidad familiar y la sobrecarga del cuidador de niños/as y adolescentes de 4 a 19 años con discapacidad física o intelectual leve, moderada y severa asistentes al Centro de Desarrollo Integral “El Niño” CDI, Centro de Atención Integral para adolecsc. Quito: Repositorio Universidad Gyaquil. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/17198>
 5. Cardona, Echeverria, & Gil. (2020). Síndrome de sobrecarga del cuidador y personalidad de cuidadores de personas dependientes. *Universidad Antioquia*, 98.
 6. Charlessi, H., Reyes, C., & Mejía, K. (2018). Manual de terminos en investigación, científica, tecnológica y humanística. Perú: Universidad Ricardo Palma.
 7. Cleto, J. T. (2019). Síndrome de sobrecarga del cuidador familiar de pacientes geriátricos hospitalizados en HAC Virgen de la Puerta - EsSalud, Trujillo, 2019. *Universidad de Trujillo*, 110.
 8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). El cuidado como cuestión social desde un enfoque de derechos. CEPAL, 4. Obtenido de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/5809-cuidado-como-cuestion-social-un-enfoque-dere>.
 9. Cote, Velez, & Sampieri. (2016). El planteamiento del problema en una investigación. *Mexico*.
 10. Cueto, A. (2014). Salud mental comunitaria. Vivir, pensar, desear. En A. M. Cueto, *Salud mental comunitaria. Vivir, pensar, desear* (pág. 90). Argentina: Fondo de cultura económica de Argentina.
 11. García, Hanson, Salazar, & Escobar. (2017). *Métodos de Administración y Evaluación de Riesgos*. Primavera, Chile: Universidad Chile.
 12. Garcia, J. (2019). “Percepción del personal de salud ante el estrés laboral”. *Repositorio cayetano*, 78.
 13. Hernández, Cote, & Cueto. (2015). Metodología de la investigación. *Metodología de la Investigación*, 543.
 14. Hernández, R., Collado, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación (Vol. Sexta)*. México D.F: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
 15. Herredia, C., & Regalado, O. (2018). PROGRAMA DESDE EL ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL EN

- SINDROME SOBRECARGA. Universidad de Sidan, 99.
16. Herrera, P., & Lorena, V. (2015). Percepción de la sobrecarga del cuidador sobre la calidad de atención que brinda al paciente con discapacidad severa. Facultad de medicina. Obtenido de hdl.handle.net/20.500.12672/13277
 17. INEN. (2020). INEN. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>
 18. INEN. (22 de junio de 2020). INEN. Obtenido de INEN: inen.com.gov.ec
 19. Infante, E. (2012). La Violencia Familiar Actitudes y Representaciones Sociales. Editorial fundamentos., 101.
 20. Ministerio de Salud Publica. (2016). Guía de Práctica Clínica. [Online]. Repositorio de Machala. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guias/Guia_lupus.pdf.
 21. Ministerio de Salud Publica. (2016). Seguridad del paciente- Manual-. (Primera, Ed.) Ministerio Salud Publica del Ecuador, 80. doi:<http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2017/08/MANUAL-DE-SEGURIDAD-DEL-PACIENTE.pdf>
 22. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2016). Modelo de Atención Integral de salud. Quito: MSP.
 23. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. MSP, 106. Obtenido de https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/8_Modelo_integral_de_atencion_drogas.pdf
 24. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2017). Protocolos de Atención Prehospitalaria para Emergencia Medicas. En M. d. Ecuador, & MSP (Ed.), Protocolos de Atención Prehospitalaria para Emergencia Medicas (pág. 171). Quito: El telegrafo.
 25. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2019). Ley organica de la constitucion de Ecuador (Secretaria de la Presidencia de la Republica del Ecuador. ed.). (Telegrafo, Ed.) Quito: Republica EC.
 26. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2020). Organizacion hospitalaria para la atencion a pacientes con sobrecarga del cuidador. Guayaquil: MSP.
 27. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2020). Programa

- del MAIS salud mental comunitaria. MSP, 245.
28. OMS. (2016). Guía, salud mental comunitaria. Europa: Madrieña.
 29. OMS. (2017). La importancia de la salud mental de cuidador de personas con discapacidad. Panama: OMS.
 30. Organización Mundial de la Salud. (2017). Estudio sobre la salud mental de indigencia en América Latina. OMS, 22.
 31. Pereira-Victorio, C., Saldivar-Tapia, T. L., & Valladares-Garrido, M. J. (2020). Coberturas de vacunación en tiempos de COVID-19. Revista del Cuerpo Médico del HNAAA, 13(2).
doi:<https://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/668>
 32. Psicología Clínica y de la Salud. (05 de 12 de 2020). Estrés por síndrome del cuidador de cuidados de personas con discapacidad.
 33. Sampieri, R. (2015). Metodología de la investigación. Mexico: McHill Grant.:
 34. doi:<http://observatorio.epacartagena.gov.co/>
 35. Sampieri, R. (2016). Metodología de la Investigación. Mexico.
 36. Tamayo, T. &. (2015). Definición de Variables Metodología de investigación Roberto Sampieri. Mexico.
 37. Valenzuela, & Tapia. (2020). Sobrecarga y modos de afrontamiento al estrés en cuidadores de niños con discapacidad atendidos en el Centro de Estimulación y Terapia San José Misericordioso, Tacna 2018. Universidad Privada de Tacna, 99.
 38. Vallejo, I. (2020). Proceso y cuidado de atención en paciente con síndrome del cuidador de 28 años. UTB, 45.
 39. Vázquez, A. G., Castillo, A. B., Moreno, M. F., & Mejía, D. A. (2019). Autoestima y violencia psicológica contra mujeres universitarias en sus relaciones de pareja. Bvsalud, 98.

**RASGOS DE PERSONALIDAD Y CONSUMO DE
SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES: UNA REVISIÓN
SOBRE LA PERSONALIDAD COMO FACTOR
MODULADOR DE CONDUCTAS ADICTIVAS EN ESTA
POBLACIÓN.**

Figueroa Villamar Isabel Guillermina
Salazar Guerra Yusel Iraklys

RESUMEN

Introducción: El consumo problemático de sustancias psicoactivas ha sido catalogado como uno de los mayores problemas sociales y de salud en la actualidad, con respecto a ello se han identificado una gran cantidad de variables que pueden influir en esta problemática, entre ellas la personalidad.

Objetivo: Caracterizar las principales características de personalidad (rasgos) que modulan el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, e influyen durante el proceso de intervención psicoterapéutica.

Método: Se llevó a cabo una Revisión Sistemática de Literatura (RSL), con enfoque cualitativo, para la cual se emplearon las directrices propuestas por la declaración PRISMA. Para la búsqueda, selección e inclusión de los artículos se definieron una serie de criterios, y se utilizaron bases de datos especializadas.

Resultados: Entre los rasgos de personalidad, que guardan estrecha relación con las conductas adictivas; la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, la irritabilidad, la desinhibición, la baja amabilidad, la extraversión, la irresponsabilidad y el neuroticismo, destacan como factores moduladores predominantes.

Conclusiones: Existen pocos estudios que aborden la personalidad adolescente como factor de riesgo para el consumo de drogas, probablemente debido a la dificultad que implica su estudio, a pesar de ello, en base a las investigaciones revisadas se pudo constatar que la presencia de determinadas características o rasgos de personalidad en la adolescencia está relacionada con la aparición y mantenimiento de conductas adictivas.

Palabras Claves: Adolescencia, Rasgos de Personalidad, Adicciones, Consumo de Sustancias, Comportamiento Adictivo, Conductas Adictivas.

INTRODUCCIÓN

El consumo problemático de sustancias psicoactivas ha sido catalogado como uno de los mayores problemas de la actualidad. Generalmente se inicia en la etapa de la adolescencia, por lo que es de suma importancia controlar y disminuir los elementos o factores que propician el consumo (Acosta Hernández & et al., 2019). Los trastornos por consumo de sustancias, así como otros trastornos mentales, son comunes y a menudo persistentes, y muchos emergen en la vida temprana, sin embargo, se ha dado menor atención a estos padecimientos en niños y adolescentes en comparación con los adultos, aunque éstos son la principal causa de discapacidad en adolescentes (Tena-Suck, 2018).

La adolescencia es un período crítico en el que los individuos comúnmente se inician y experimentan con sustancias psicoactivas. De manera preocupante, el uso de sustancias ha aumentado en los adolescentes en los últimos años y se ha convertido en una amenaza para esta población debido a las consecuencias a corto y largo plazo para su salud, ya que su inicio en edades tempranas, es un factor de riesgo para el policonsumo, complicándose la situación para el individuo y su entorno. (Vinet & Faundez, 2012).

Se describen una gran cantidad de variables que pueden influir en esta problemática como el ámbito o contexto en el que se presenta, ambiente familiar, la comunidad donde se circunscribe con mayor frecuencia el individuo, entorno social, económico, cultural, grupo de amistades, la influencia de variadas ideologías, entre otros, así como los motivos o razones de índole personal para incurrir en el consumo, sin embargo, esta investigación se centra en un factor individual de vulnerabilidad, como lo es la personalidad.

De manera que el consumo de sustancias en los adolescentes y jóvenes menores de edad representa un problema de salud pública de gran importancia en todo el mundo; distintos organismos públicos y privados han invertido esfuerzos para estudiar este creciente fenómeno de salud; asimismo, la bibliografía científica reporta asociaciones entre el consumo nocivo de sustancias de abuso y la personalidad (Tena-Suck, 2018).

Varios investigadores han referido la existencia de un número considerable de rasgos de personalidad que parecen explicar mejor o predecir el consumo futuro de los adolescentes, sin embargo, estos indicadores influyen de forma diferente en función de la sustancia.

En la actualidad, en el ámbito de las adicciones y el consumo de sustancias, se considera, de manera casi indiscutible, que existen

rasgos de personalidad que pueden influir en la predisposición a consumir sustancias en los jóvenes (Llorens, Palmer, & Perello, 2005).

Los rasgos de personalidad pueden considerarse como patrones persistentes de percibir, pensar, y relacionarse con los demás y con el entorno. En las últimas décadas, la personalidad como característica individual y factor de vulnerabilidad que puede facilitar o predisponer al consumo, es la que mayor interés ha ganado entre los investigadores (Fantin, 2006). En relación con ello, hay amplia evidencia de que los factores de la personalidad están relacionados con el consumo de alcohol y otras sustancias en la adolescencia (González & et al., 2016). La impulsividad, la búsqueda de sensaciones, el psicoticismo, la desinhibición, la extroversión/sociabilidad y el neuroticismo, son algunos de los rasgos que se asocian en mayor medida, con el inicio, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas en los adolescentes (Llorens, Palmer, & Perello, 2005).

Si bien se sabe, las drogas no solo afectan a quien hace uso de ellas sino, también a la sociedad en general ya que las demás personas están expuestas al comportamiento negativo que presenta un individuo bajo los efectos de las drogas como la violencia y la delincuencia entre otros problemas que perjudican la seguridad social (Chávez Cortez & Sánchez Martínez, 2016).

Aunque existen numerosos estudios, no es clara la relación de los factores individuales de personalidad con factores interpersonales concretos que estén presentes en el consumo de cualquier sustancia en los adolescentes, como factores moduladores a tomar en cuenta durante el proceso de intervención terapéutica. Por tal razón, resulta de suma relevancia y utilidad, la presente revisión sistemática de literatura (RSL), la cual pretende sistematizar y sintetizar, la evidencia, más actualizada, disponible sobre el tema en cuestión, a partir del análisis de investigaciones que se hayan revisado en Iberoamérica, y en idioma español, entre los años 2010 y 2021.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las principales características de personalidad que guardan relación con el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, y de qué manera influyen en dicho comportamiento?

METODOLOGÍA

El propósito del presente estudio fue desarrollar una revisión sistemática de literatura de enfoque cualitativo, cuyo objetivo consistió en caracterizar las principales características de personalidad (rasgos) que modulan el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes, e influyen considerablemente, en el proceso de intervención psicoterapéutica. En base a los resultados obtenidos, se definieron una serie de recomendaciones basadas en los principios y la lógica del modelo de salud mental comunitaria.

Para desarrollar esta investigación se asumió la propuesta metodológica presente en la declaración PRISMA. La declaración PRISMA es una guía compuesta por 27 ítems o directrices cuyo propósito es mejorar la calidad de las revisiones sistemáticas y meta análisis (Urrútia & Bonfill, 2010).

La presente revisión sistemática de literatura es de tipo cualitativa y secundaria (Análisis de fuentes secundarias). De acuerdo con Beltrán (2005) y Manterola et al. (2013), la RSL es un método de investigación utilizado para sistematizar y analizar las investigaciones en un campo disciplinar o temático determinado, en el que los datos e informaciones seleccionados de las fuentes - unidades- de información científica estudiadas, se ordenan estableciendo rigurosamente las categorías generales de estas, así como las relaciones existentes confluentes o divergentes entre ellas, según sea el objetivo principal del proceso de indagación.

Es importante destacar que la presentación de los datos en este trabajo se realizó mediante lo que Siddaway et al. (2019) denominan dentro de las RSL's como una meta-síntesis. Ya que se pretendió localizar, en las investigaciones que aborden el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y la personalidad, las principales características o rasgos personológicos relacionados con el consumo, en dicha población, además de la manera en que dichas características influyen en el adolescente para la experimentación, uso, mantenimiento, abuso y/o dependencia de las distintas sustancias, para posteriormente sintetizar la información de mayor relevancia y describirla en el apartado de resultados.

A partir de esta revisión se pretendió contestar dos tipos de preguntas, las primeras son de naturaleza descriptiva, pues informan sobre que rasgos de personalidad o características de

estas, se encuentran relacionadas en mayor o menor medida con el consumo de sustancias, y de qué manera influyen estos en la experimentación, uso, mantenimiento, abuso y/o

Dependencia de las distintas sustancias. Y la segunda, analítica, pues a partir del análisis de los resultados obtenidos a través de la presente revisión, se respondió por medio de recomendaciones a las necesidades preventivas que existen sobre el consumo de sustancias en adolescentes en la comunidad.

Los estudios revisados en la presente investigación se identificaron mediante la consulta de diversas bases electrónicas de acceso libre como Scielo, Science y BASE. Se utilizó como principales términos de búsqueda: Personalidad y adolescentes, los cuales se combinaron con los siguientes términos: Consumo de sustancias, Drogas, Adicciones. Lo que dio un total de 3 combinaciones posibles.

En cada una de las bases de datos consultadas se usaron los descriptores boléanos “o” e “y”, para la consulta y recuperación de las unidades de investigación.

De las publicaciones localizadas, se seleccionaron solo aquellas que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

1. Estudios realizados en Iberoamérica, publicados en idioma español.
2. Estudios indexados en bases de datos reconocidas para el área, y de acceso gratuito.
3. Estudios publicados en el periodo comprendido entre los años 2010-2021.
4. El estudio debe encontrarse finalizado y el documento que lo respalde debe estar completo.
5. Estudios que aborden la variable de la personalidad (y/o cualquiera de sus dimensiones), su relación con el consumo de sustancias en la población adolescente (experimentación, uso, mantenimiento, abuso y/o dependencia de las distintas sustancias), y la manera en que esta influye en dicha situación.

Se excluyeron todos aquellos trabajos que no cumplieran satisfactoriamente con los anteriores cinco criterios señalados. Estos criterios han sido determinantes en la selección de los estudios, ya que han permitido lo siguiente: tener un primer filtro para garantizar la calidad en la información revisada y por consiguiente en los resultados expuestos en este trabajo, a partir del énfasis en uno de los grupos humanos más vulnerables con respeto

al consumo de sustancias psicoactivas debido al elevado riesgo de generar dependencia a la sustancia/as en cuestión y a los numerosos riesgos y consecuencias que lleva para la población adolescente el uso y abuso de drogas; caracterizar el tema para la región.

Inicialmente, se escogieron los estudios a través de la lectura de sus títulos, los cuales tenían que estar relacionados con los términos y combinaciones establecidas. Los estudios seleccionados se descargaron y archivaron en carpetas según las bases de datos mencionadas y, simultáneamente, se ordenaron de acuerdo a las combinaciones de términos y palabras que se empleó al momento de realizar la búsqueda.

Mediante las combinaciones disponibles se ubicaron cerca de 750 artículos, los cuales fueron encontrados durante la búsqueda realizada en las tres bases de datos consultadas. En un primer momento, se escogieron los estudios a través de la lectura de sus títulos, los cuales tenían que estar relacionados con los términos y combinaciones establecidas, y del uso de los filtros disponibles en las bases de datos. Solo 30 artículos cumplieron con aquellos criterios de inclusión que se pudieron identificar durante este primer cribado.

Finalmente, posterior a la lectura de sus respectivos resúmenes y apartados de interés, se incluyeron únicamente 15 artículos, con los cuales se consideró posible satisfacer los propósitos de la revisión, al cumplir con los criterios propuestos, en su totalidad, y abordar la temática de interés. Se analizaron todos los artículos incluidos y se agruparon las citas de relevancia que estuvieran relacionadas con la temática de interés y con los objetivos de esta investigación. Esto para luego ser expuestas en el apartado de resultados.

LIMITACIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación deben ser analizados bajo ciertas limitaciones relevantes. Como principal limitación se encuentra el idioma, en tanto que, al momento de realizar la búsqueda, empleando las combinaciones de categorías propuestas, se evidenció que, al filtrar de acuerdo al idioma (solo español), los resultados obtenidos se redujeron de manera significativa. Así mismo, con respecto a la región de Iberoamérica.

Por ende, no puede descartarse que haya una mayor cantidad de estudios que aborden las características de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes, en otros idiomas o regiones, incluso

indexadas en otras bases de datos diferentes a las establecidas.

Entre otra de las limitaciones identificadas durante la realización de la presente RSL, destaca la dificultad que entraña la evaluación de la personalidad en general, y en población adolescente en particular, tanto por la carencia de instrumentos de evaluación adecuados

como por la escasez y la heterogeneidad de los estudios con los que comparar los resultados encontrados, lo cual se ve reflejado en un número reducido de investigaciones potenciales para ser incluidas y revisadas.

RESULTADOS

El consumo de sustancias en adolescentes es un problema grave de salud pública por su elevada morbilidad, mortalidad y las numerosas consecuencias para la calidad de vida de los consumidores y personas cercanas. En la pubertad, la población adolescente se enfrenta a situaciones sociales nuevas y desafiantes, y es a menudo, durante este periodo, que los joven están expuestos a situaciones que favorecen la experimentación con drogas, ya sean legales o ilegales, lo cual, junto a características propias de la etapa en la que se encuentran y otros factores, aumenta la vulnerabilidad de los adolescentes a desarrollar conductas adictivas, tales como el uso y el abuso, y en el peor de los casos, una dependencia (Sánchez Ortiz, 2017).

Hoy en día, los investigadores plantean una visión multidimensional para comprender el comportamiento adictivo.

Esta visión trasciende el enfoque biomédico y adopta una perspectiva psicosocial, incluyendo factores como la personalidad. Sin embargo, existen pocos estudios que aborden la personalidad adolescente como factor de riesgo para el consumo de drogas, probablemente debido a la dificultad que implica su estudio o al supuesto, ampliamente aceptado, que no existe un estilo de personalidad adolescente (Faúndez & Vinet, 2010).

Los factores involucrados en el consumo de sustancias son variados, y pueden ordenarse como individuales, contextuales o una interacción de ambos (Palma & et al., 2020). Dentro de los factores individuales se encuentra la personalidad, siendo uno de los factores más comúnmente asociados al consumo del alcohol, y otro tipo de sustancias, pues existe cierto consenso en considerar a varios rasgos de personalidad como predictores de dicho consumo (Martínez Fernández, 2016). Por tanto, el estudio de la personalidad en sujetos adictos es una de las claves principales para

comprender la relación que media entre el sujeto, la droga y el ambiente.

Estos tres conceptos (Adolescencia, Personalidad y Uso de Drogas) se relacionan de una manera compleja. La adolescencia es una etapa crítica del desarrollo, en la que el joven se ve enfrentado a múltiples demandas. En esta etapa se reorganizan las estructuras cognitivas y de personalidad del adolescente que darán paso a nuevos comportamientos que le permitan afrontar las demandas y adaptarse a cada nueva situación (Faúndez & Vinet, 2010).

Los rasgos de personalidad juegan un papel relevante en la probabilidad de experimentar determinados eventos vitales, tales como el uso de sustancias, y en su recurrencia (Cuevas Carda, 2018). Por tanto, resulta factible definir la existencia de factores personalológicos, que condicionarían las diferencias individuales entre las personas, y marcarían una tendencia hacia la implicación en conductas de riesgo en el que destacaría el consumo. Es necesario apuntar además que los rasgos de personalidad que aparecen en la adolescencia a menudo no persisten de la misma forma en la edad adulta, y que algunas de las características de estos jóvenes son típicas de su estadio evolutivo (Becoña & et al. , 2011) .

Entre los factores de personalidad identificados, que guardan relación con el consumo de sustancias en adolescentes, Palma & et al. (2020); Martínez Fernández (2016); Sánchez Ortiz (2017), refieren que: los/las jóvenes consumidoras de sustancias presentan una puntuación significativamente más alta en los rasgos de impulsividad y búsqueda de sensaciones, frente a aquellos adolescentes no consumidores.

Estos jóvenes se encuentran expuestos a un mayor nivel de consumo, no solo por factores de desigualdad o contextuales, sino también por la presencia de dichos rasgos personalológicos.

Además, algunos estudios muestran relación entre las características narcisistas de personalidad en muestras de adolescentes y el consumo de drogas. Asimismo, los rasgos de personalidad como la disposición al riesgo (temeridad) y la irritabilidad también están muy relacionados con el uso de sustancias psicoactivas (Zavaleta Montalván, 2017).

La “impulsividad” es la propensión a participar en comportamientos motivacionales urgentes, con dificultad para controlar estas acciones (Palma & et al., 2020). No es una conducta que podría definirse como patológica por sí misma, pero define la tendencia a involucrarse en comportamientos inapropiados, pudiendo influenciar casi todas las etapas del ciclo de consumo de sustancias. La impulsividad se ha relacionado con la desinhibición

e inquietud motora, y en lo cognitivo supone la falta de previsión y planificación de conducta (Sánchez Ortiz, 2017).

Martínez Fernández (2016) sitúa a la impulsividad como uno de los factores más relevantes en el desarrollo de las conductas disruptivas en la adolescencia (entre ellas el consumo de sustancias). Dicho rasgo se ha empleado para explicar la temeridad del adolescente, y su pobre razonamiento probabilístico que puede derivar en un cálculo impreciso de los riesgos que conllevan sus comportamientos.

Con respecto al rasgo de “búsqueda de sensaciones”, esta se definió como la necesidad premeditada de alcanzar sensaciones y experiencias variadas, novedosas y complejas, y la voluntad de asumir riesgos físicos y sociales provocados por tales experiencias (Palma & et al., 2020). Este rasgo de personalidad se puede dividir en cuatro dimensiones: búsqueda de emoción y de aventura, búsqueda de experiencias, desinhibición y susceptibilidad al aburrimiento (Latorre Román & et al., 2014)

Está estrechamente ligada con la adopción de conductas de riesgo, e influye en la valoración que las personas realizan sobre los riesgos y sus posibles consecuencias, siendo un rasgo clave en los consumidores de drogas, pues se correlaciona con el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias en los jóvenes (Cuevas & et al., 2018; Martínez Fernández, 2016; Latorre Roman, et al., 2014).

Para Cuevas & et al. (2018); Martínez Fernández (2016), está claro que existe una correlación entre ciertos rasgos de personalidad, con respecto al uso y abuso de sustancias. Refieren que la desinhibición, la baja amabilidad, la extraversión, la irresponsabilidad y el neuroticismo, destacan como rasgos predominantes para el empeoramiento del comportamiento adictivo en el adolescente.

En lo relativo a la relación de personalidad con el consumo, Cuevas & et al. (2018) encontraron que, de forma consistente con estudios previos, la alta extraversión predijo tanto la frecuencia y cantidad de consumo como los problemas derivados del consumo de alcohol, cannabis y tabaco. Además, algunos rasgos se relacionaron con consumos específicos; mientras que la baja responsabilidad se asoció con una mayor frecuencia de consumo de tabaco, la baja apertura a la experiencia, en contra de lo hipotetizado, se relacionó tanto con una mayor frecuencia de consumo de cannabis como con una mayor cantidad de consumo del mismo. Es decir, concluyen que existe un tipo de personalidad vulnerable al consumo.

Por el contrario, cabe señalar que un patrón caracterizado por

menores niveles de extraversión, apertura a la experiencia y una mayor tolerancia al estrés se relaciona con una actitud negativa frente a la posibilidad de consumo, actuando de este modo como rasgos de protección en el consumo de sustancias (Martínez Fernández, 2016).

En el estudio realizado por Zavaleta Montalván (2017), respecto a los prototipos o rasgos de personalidad, las escalas con mayor presencia fueron las de autopunitivo, introversión y rebeldía. De manera específica, en dicho estudio, también se encontró una asociación directa y estadísticamente significativa entre los rasgos de personalidad: Rudo, conformista, opositorista, y solitario, con el riesgo de consumo de cocaína.

Desde la perspectiva de evaluación de la personalidad, se ha sugerido que el rasgo de neuroticismo podría ser la clave principal para distinguir a adictos y consumidores de sujetos sin este tipo de conducta (Guerrero & et al., 2017). Esto ha sido reiterado por otros investigadores para quienes, además del neuroticismo, existen otros factores diferenciadores, como el tesón, la afabilidad y la responsabilidad.

En el estudio realizado por Ansicha (2020), se concluyó que las dimensiones (rasgos) de psicoticismo y neuroticismo prevalecieron significativamente en las muestras estudiadas. Se encontró que el consumo de drogas, principalmente de aquellos consumidores de cannabis, más otras sustancias ilegales, se asoció con mayores niveles en las escalas que evaluaron ambos rasgos, en comparación con los no consumidores de sustancias ilegales y con los consumidores únicamente de cannabis.

Los principales resultados obtenidos en el estudio realizado por Faundez & Vinet (2010), permiten afirmar que es posible discriminar entre el perfil de personalidad de aquellos adolescentes consumidores con grupos sin antecedentes de consumo de drogas. Los Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias obtuvieron puntajes bajos en lasE escalas sumiso y ansioso, y puntajes elevados en las escalas de predisposición delictual, transgresión, e insensibilidad social.

Por su parte Becoña & et al. (2011), concluyeron en la existencia de importantes diferencias en las características de personalidad evaluadas, entre jóvenes de 14 a 17 años, que consumieron sustancias psicoactivas, específicamente cocaína y/o éxtasis y los que no lo han hecho. Los jóvenes que consumieron psicoestimulantes, ya sea alguna vez en la vida o durante el último año se caracterizaron por tener mayores puntuaciones en los prototipos de personalidad que correspondieron a rasgos como

rebelde, rudo, opositorista y Tendencia límite (este último únicamente en consumidores de cocaína) (Becoña & et al., 2011).

Por último, en el estudio realizado por Torres Carrion & Mogrovejo Mora (2016) en la ciudad de Cuenca, los rasgos de personalidad que se encontraron en mayor porcentaje entre los adolescentes consumidores evaluados fueron los rasgos de personalidad rudo, rebelde, egocéntrico, opositorista e histriónico, entre otros. Además, en este mismo estudio, se identificó la presencia de dos rasgos o más en un número considerable de adolescentes consumidores participantes.

CONCLUSIONES

Son varios factores que se asocian al consumo de sustancias psicoactivas, ya sean sociales, contextuales o individuales. Entre aquellos factores individuales, destaca la personalidad. Por medio de la revisión de literatura realizada, se pudo constatar que la presencia de determinadas características de personalidad o prototipos a una edad temprana (adolescencia) podría estar relacionada con la aparición de un trastorno por consumo de sustancias posterior, con consumos perjudiciales de este tipo de sustancias, o con la posibilidad de experimentar con ellas.

Este hallazgo tiene importantes implicaciones de cara a la prevención del consumo de drogas, ya que la detección en la adolescencia de determinados perfiles de personalidad podría influir en el diseño de programas preventivos específicos. Estos programas de prevención selectiva estarían dirigidos a reducir la probabilidad de que en el futuro estos jóvenes tengan problemas

relacionados con el consumo de drogas y otro tipo de conductas perjudiciales en las que se haya observado la influencia de la personalidad como factor de vulnerabilidad.

Se ha encontrado que los adolescentes además de presentar un rasgo específico también presentan conjuntos de varios rasgos de personalidad, los cuales podrían ser predictores de ciertos trastornos por consumo mayor de sustancias, aumentando dicho riesgo, con la presencia de un número mayor de rasgos.

RECOMENDACIONES

1. El consumo de sustancias psicoactivas continúa siendo un problema serio de salud pública, por lo tanto, es necesario seguir realizando estudios que permitan conocer la magnitud de esta problemática y la asociación diferentes

factores ya sean de riesgo o protección. Esto permite evaluar las estrategias que se han aplicado para su prevención y tratamiento, así como la creación de otras propuestas ya que la sociedad vive en constantes cambios.

2. En base a la evidencia revisada, resulta de vital importancia llevar a cabo políticas públicas y acciones que aborden esta problemática de manera integral, considerando a la personalidad como un factor de riesgo determinante para el consumo de sustancias en adolescentes, por lo que toda acción que apunte a la prevención debe valorarla.
3. Se requieren políticas preventivas aplicadas en la comunidad, las instituciones educativas y los servicios de salud para disminuir el impacto de esta problemática, en la literatura enfatizan la importancia del conocimiento del tema por parte de los padres, maestros y demás figuras de relevancia en la vida del adolescente y la orientación que son capaces de brindar a estos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vinet, E. V., & Faundez, X. (2012). Consumo de alcohol y drogas en adolescentes evaluado a trave del MMPI-A. *Salud Mental*, 205-221.
2. Llorens, N., Palmer, A., & Perello, M. J. (2005). Caracteristias de personalidad en dolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos Adictivos*, 44-55.
3. Fantin, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones.*, 285-292.
4. González, M. T., & et al. . (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones*, 108-115.
5. Chávez Cortez, H., & Sánchez Martínez, A. (2016). Rasgos de la personalidad y su incidencia en el consumo de sustancias psicoactivas en los jóvenes internos en el “Hogar de Rehabilitación del Adicto” (HODERA) en el municipio de San Marcos, departamento de Carazo, durante el II semestre del 2016. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua.
6. Acosta Hernández, R., & et al. (2019). Rasgos de personalidad en adolescentes farmacodependientes de los centros Casa de la Niñez 2, centro Pumamaquí en la ciudad

- de Quito y CETAD de Otavalo – 2017. *Revista de Psiquiatría Infanto- Juvenil.*, 31-40.
7. Beltran, O. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 60-69.
 8. Manterola, C., & et al.. (2013). Revisiones sistemáticas de la literatura. Que se debe saber acerca de ellas. *Cirugía Española*, 149-155.
 9. Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemática y metaanálisis. *Rev. Medicina Clínica*, 507-511.
 10. Palma, D., & et al. (2020). Rasgos de la personalidad asociados al consumo de sustancias en jóvenes en contexto de vulnerabilidad. *Gac Sanit.*, 1-9.
 11. Cuevas Carda, A. (2018). Asociación de la personalidad, los eventos vitales estresantes y el uso y abuso de drogas en adolescentes. *Agora de Salud*, 29-39.
 12. Martínez Fernández, V. (2016). Rasgos de personalidad predictores del consumo de drogas en adolescentes. Un estudio longitudinal. . Universidad Miguel Hernandez.
 13. Sánchez Ortiz, Á. (2017). Rasgos de personalidad asociados al consumo de alcohol, tabaco y cannabis en la adolescencia. El papel de la impulsividad y la búsqueda de sensaciones. Universidad Miguel Hernández.
 14. Zavaleta Montalván, A. (2017). Personalidad, afrontamiento y consumo de sustancias psicoactivas entre adolescentes infractores no privados de la libertad. Lima, Peru: Pontificia Universidad Católica del Peru.
 15. Guerrero, C., & et al. (2017). DOI: <https://doi.org/10.21501/24631779.2443> Consumo de sustancias psicoactivas y trastornos de la personalidad: estudio comparativo entre personas consumidoras y no consumidoras. *Drugs and Addictive Behavior*, 236-254.
 16. Anasicha, J. (2020). DIMENSIONES DE PERSONALIDAD, ANSIEDAD Y CRAVING EN ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DE DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS. Cuenca-Ecuador: Universidad del Azuay.
 17. Faúndez, X., & Vinet, E. (2010). Tipología Empírica de Adolescentes Consumidores de Drogas según el MACI. *SYKHE*, 19-35.
 18. Latorre Román, P. Á., & et al. (2014). Búsqueda de sensaciones y hábitos de tabaquismo, consumo de alcohol y práctica deportiva en estudiantes de Educación Secundaria. *Salud Mental*, 145-152.

19. Becoña, E., & et al. . (2011). ¿Tienen una personalidad distinta los adolescentes consumidores de psicoestimulantes? *Psicothema*, 552-559.
20. Torres Carrión, A. G., & Mogrovejo Mora, J. P. (2016). **PERSONALIDAD DE ADOLESCENTES EN PROCESO DE REHABILITACIÓN DE DROGAS**. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca.

CATEGORIZACIÓN DE NECESIDADES DE LAS PERSONAS CON CÁNCER DE MAMA AVANZADO EN ECUADOR.

Gangotena Costales Karla Mariela
Fabelo Roche Justo Reinaldo

RESUMEN:

Introducción: Las personas con cáncer de mama metastásico enfrentan muchos desafíos y disparidades para obtener una atención idónea contra el cáncer. El tratamiento óptimo de dicha enfermedad debería incluir no sólo los aspectos técnicos del manejo de la enfermedad, sino considerar también las necesidades de las pacientes en el terreno psicosocial, laboral, económico y espiritual.

Objetivos: Categorizar las necesidades de las mujeres con cáncer de mama avanzado en Ecuador. Para ello se valoraron los criterios de los participantes, se caracterizaron las prácticas profesionales del equipo multidisciplinario oncológico y se brindaron recomendaciones desde la perspectiva comunitaria.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio cualitativo con diseño narrativo a partir de las entrevistas semiestructuradas a 13 expertos profesionales de la salud integrantes de equipos multidisciplinarios de Oncología, se utilizaron medios tecnológicos y comunicación virtual durante el periodo de junio a septiembre 2021. La investigación comprendió la técnica de la entrevista y análisis de contenido como procedimiento esencial.

Resultados: El análisis de los contenidos de las declaraciones de los participantes y de las fuentes de revisión bibliográficas consultadas permitieron realizar una valoración de resultados desde la perspectiva cualitativa. Se identificaron necesidades referidas a cuatro dimensiones globales integradas por múltiples categorías.

Conclusiones: Las necesidades identificadas fueron categorizadas en las dimensiones: dificultades para el acceso a los servicios de salud; limitado apoyo psicosocial al paciente y a su familia; problemas socioeconómicos y laborales; y afectaciones a la calidad de vida. Las prácticas profesionales de los equipos multidisciplinarios sobrevaloran lo clínico por lo que se sugiere incorporar la perspectiva comunitaria.

Palabras claves: calidad de vida, cáncer de mama avanzado, equipo multidisciplinario oncológico, estrategias de atención comunitaria, participación de la comunidad, perspectiva

comunitaria.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Consigue aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y logra provocar metástasis en puntos distantes del organismo, afectación a la salud del individuo, con implicaciones en su funcionalidad psicosocial y potencialmente puede conducir a la muerte de la persona diagnosticada.

A nivel mundial el cáncer es la segunda causa de muerte, se aprecia que en el año 2020 se registraron 19,3 millones de casos nuevos, 10 millones de muertes y 50,5 millones de personas viviendo con cáncer. El riesgo acumulado es del 20,4% (World health organization, - International agency for research on cancer, 2020).

La Agencia internacional de investigación sobre el cáncer, al visibilizar la incidencia de cáncer al año 2020 en todo el mundo, entre ambos sexos y de todas las edades, identificó que el tipo de neoplasia de mayor incidencia es el cáncer de mama (World health organization - International agency for research on cancer, 2021).

Las personas con cáncer de mama metastásico enfrentan muchos desafíos y disparidades para obtener una atención óptima contra el cáncer. Estos desafíos se acentúan en las poblaciones de pacientes desatendidas que tienen menos probabilidades de recibir atención médica de calidad por razones que incluyen desigualdades socioeconómicas, estado educativo o cultural o ubicación geográfica. Si bien hay muchas iniciativas locales y nacionales dirigidas a abordar estos desafíos, las mismas que se han planteado y ejecutado de una forma hegemónica desde la autoridad sanitaria o política. No se considera como parte involucrada al paciente ni el enfoque comunitario referido escuchar las necesidades desde su propia experiencia de enfermar. Sigue existiendo la necesidad de reducir las disparidades y mejorar el acceso a la atención de salud de manera integral para alcanzar los resultados, con un enfoque en la participación multidisciplinaria de las partes interesadas.

En un análisis de 16 países, para comprender el desarrollo de políticas públicas para el manejo de cáncer, se evidenció que la creciente carga de cáncer de mama requiere que los gobiernos y los profesionales de la salud prioricen e implementen políticas y programas que reflejen las necesidades cambiantes de los pacientes en las diferentes etapas de la enfermedad. Como resultado, las

iniciativas de políticas y promoción impulsadas internacionalmente se han vuelto cruciales para mejorar los problemas específicos.

Las partes interesadas que desempeñan un papel clave son los gobiernos y otros organismos oficiales, los profesionales sanitarios, las organizaciones civiles (incluidas las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las sociedades oncológicas), las organizaciones de pacientes y la industria farmacéutica (Thrift-Perry et al, 2018)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una política de salud en cáncer, es un programa de salud pública diseñado para reducir el número de casos de cáncer y muertes y mejorar la calidad de vida de los pacientes. La OMS recomienda que estas políticas se diseñen para fomentar una mayor conciencia, un diagnóstico más temprano, un acceso equitativo a la atención, mejores servicios de apoyo, atención centrada en el paciente, investigación y mejor apoyo a los cuidadores. A nivel mundial, hacen hincapié en la prevención y la detección temprana vinculadas al acceso a un tratamiento eficaz en todos los tipos de cáncer. (Thrift-Perry et al, 2018)

En Ecuador el cáncer de mama fue el primer tipo de cáncer en el año 2020. En el caso específico de cáncer de mama avanzado, a pesar de los notables avances en la supervivencia y gracias a las importantes mejoras acaecidas en el diagnóstico y en los tratamientos, la supervivencia global ha alcanzado el 82,8% a los 5 años. Sin embargo, una quinta parte de las pacientes se enfrentan a un diagnóstico de enfermedad metastásica (Organización Mundial de La Salud, 2020).

El tratamiento de la enfermedad metastásica incluye el intento de prolongar la esperanza de vida y a su vez paliar los síntomas de la enfermedad, teniendo en cuenta los efectos secundarios. Lo óptimo debería incluir no sólo los aspectos técnicos del manejo de la enfermedad, sino considerar también las necesidades de los pacientes en el terreno psicosocial, laboral y económico. Además, se debe generar una buena comunicación con el equipo multidisciplinario e interdisciplinario para mejorar la calidad de vida de las pacientes.

Resulta esencial identificar las necesidades que tiene esta población para poder ajustar de manera efectiva la atención integral centrada en la persona y a su familia, para maximizar la calidad de vida, tal como expresa la Declaración Mundial sobre el cáncer de mama avanzado. (National Breast Cancer Coalition, 2020).

El presente estudio tuvo como objetivo general categorizar las necesidades de personas afectadas por cáncer de mama avanzado

que viven en Ecuador y para ello se plantearon los siguientes objetivos específicos:

1. Valorar los criterios de los participantes acerca de las necesidades de las pacientes afectadas por cáncer de mama avanzado relacionadas con la asistencia clínica y psicosocial
2. Caracterizar las prácticas profesionales del equipo multidisciplinario oncológico desde la perspectiva comunitaria.
3. Brindar recomendaciones para el perfeccionamiento de las prácticas profesionales desde la perspectiva comunitaria.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cualitativo con diseño narrativo que incluyó las entrevistas semiestructuradas a 13 expertos profesionales de la salud del equipo multidisciplinario (oncólogos clínicos, cirujanos oncólogos, docentes universitarios, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos clínicos, psicooncólogos). La investigación se basó en la aplicación de la técnica de la entrevista y el análisis de contenido como procedimiento esencial. Se llevó a cabo durante el período de junio a septiembre del año 2021.

Para desarrollar las entrevistas, se utilizaron medios tecnológicos de comunicaciones virtuales. Ello ha sido legitimado como recurso viable para la atención e investigación por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la American Psychological Association (APA). Las telecomunicaciones tecnológicas corresponden a la vía telefónica, videoconferencia interactiva, chat, texto o internet. La información que es transmitida incluye imágenes, sonidos, y otra data. Pueden ser sincrónicas y asíncronas (American Psychological Association, 2013).

La selección de los expertos participantes en el estudio se basó en su nivel de experticia, formación académica, cargo desempeñado en la institución que representa y la disposición de colaboración.

Criterios de inclusión: médicos con práctica clínica hospitalaria oncológica con más de 10 años de experiencia. Jefes de servicios de una de las especialidades de Oncología. Profesionales con trayectoria de docencia.

Criterios de exclusión: médicos que no completaron las encuestas relacionadas con la investigación o no estuvieron de acuerdo en participar en la misma.

La entrevista con los participantes permitió comprender desde

su perspectiva las necesidades de las personas con cáncer en Ecuador. Se utilizó la entrevista estructurada utilizando las herramientas tecnológicas y la virtualidad, lo cual permitió superar las limitaciones geográficas y temporales ya que los participantes fueron de varias provincias del país, agendando cada entrevista o grupo de discusión de acuerdo a la disponibilidad y conveniencia acordada.

Los diseños narrativos son de gran utilidad tanto en las Ciencias Sociales como las Humanísticas y en Ciencias de la Salud, pues que permiten conocer la secuencia de hechos, fenómenos, procesos donde yacen los pensamientos, emociones y comportamientos de las personas involucradas que los experimentan.

El estudio estuvo orientado a categorizar las necesidades de las personas con cáncer de mama avanzado en Ecuador, valorando sus necesidades psicosociales propias, de su entorno familiar como una prioridad, de sus carencias prácticas y del manejo de la enfermedad.

Instrumento: la entrevista que se utilizó fue semiestructurada, se elaboró a partir de preguntas detonantes para expresar la realidad que ha vivenciado cada experto referido a las necesidades de sus pacientes. Para interpretar los resultados se partió del análisis de contenidos expresados en las entrevistas realizadas a los expertos, encontrando coincidencias o divergencias entre este grupo y la bibliografía consultada.

Por último, para caracterizar las prácticas profesionales de los oncólogos y el equipo multidisciplinario se realizó además una revisión sistemática sobre la literatura acerca de esta temática teniendo en cuenta artículos publicados en los últimos cinco años en Ecuador. En general se tuvieron en cuenta los principios de la ética de la investigación científica, la confidencialidad en las declaraciones de los expertos y las consideraciones bioéticas exigidas por las declaraciones de Helsinki

RESULTADOS

El análisis de los contenidos obtenidos a partir de las declaraciones de los participantes y de las fuentes de revisión bibliográfica permitieron realizar una valoración de resultados desde la perspectiva cualitativa. En general se abordaron cuatro dimensiones globales: dificultades para el acceso a los servicios de salud; limitado apoyo psicosocial al paciente y a su familia; problemas socioeconómicos y laborales; y afectaciones a la calidad de vida.

1. Dimensión: dificultades para el acceso a los servicios de salud

En esta dimensión, se encontraron tres categorías:

1.1 Avances tecnológicos en la detección y tratamiento del cáncer de mama

En Ecuador se cuenta con tecnología sofisticada, talento humano y capacidad de atención en el diagnóstico e intervención en cáncer en las ciudades de mayor densidad poblacional. Sin embargo, no es suficiente para abastecer la demanda. Al respecto el experto 05 comentó que “no están suficientemente disponibles, más allá de las ciudades principales, lo que representa una concentración de casos con pocas facilidades hospitalarias y que desafortunadamente se extiendan los tiempos de consulta y por supuesto de resolución y tratamiento.”

1.2 Acceso a los servicios de atención integral (diagnóstico y tratamiento)

Una de las situaciones en la que los expertos tuvieron mayor coincidencia, fue la relativa a las dificultades que afronta el paciente para acceder al tratamiento a partir del diagnóstico, lo cual muchas veces toma meses para concretarse. Al respecto el experto 06 comentó “...al paciente le toma algún tiempo, tener la validación del código que le dé la autorización para que vaya a determinado hospital para que lo valore el médico general, que realicen todos los estudios y que finalmente acceda al oncólogo clínico. Ello suele tardar entre tres a cuatro meses durante los cuales las características de la enfermedad pueden variar”.

1.3 Diseño de políticas públicas

Ante los grandes inconvenientes referidos a las políticas de salud, se evidenció unanimidad entre los entrevistados respecto a que se debe generar desde la visión de salud pública instrumentos políticos que permitan revertir la falta de acceso tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, al respecto el experto 02, refirió “...la Asamblea Nacional, debería hacer una ley que contemple todos estos derechos y que permita que los ciudadanos tengan una mejor calidad de vida cuando se les detecte esta enfermedad. Considero que en el ámbito legal no se ha trabajado de

manera específica al abordar esta enfermedad”

2. Dimensión: limitado apoyo psicosocial al paciente y a su familia.

En esta dimensión se identificaron tres categorías:

2.1 Aceptación de la enfermedad.

La aceptación del diagnóstico es clave para vivir bien con cáncer avanzado, si bien requiere de tiempo y es un proceso de altibajos emocionales, constituye un proceso de adaptación. Al respecto Lega, Sorribes y Calvo (2017) consideran que la teoría racional emotiva, tiene como núcleo principal la filosofía la aceptación incondicional de la realidad que consiste, por un lado, en reconocer la existencia de la realidad, independientemente de lo desagradable que esta pueda ser, por otro en aceptarla, aunque pueda preferir que las cosas fueran distintas y finalmente no evaluarse, ni evaluar la vida y a los demás de manera general, aunque existan aspectos de esa realidad que no sean de su agrado. Según los autores “la mayoría de las influencias comparten una temática central que se resume bajo la premisa siguiente: «uno se crea el propio sufrimiento cuando piensa de manera irracional y disfuncional»” (Lega, Sorribes y Calvo, 2017).

El experto 01, refiere que “...primero es el rechazo, negación y culpa: ¿por qué me tocó a mí?, ¿por qué a mí y no a otras personas que son malas? y si yo soy buena ¿por qué a mí? Después de ir venciendo esas barreras viene la fase de aceptación y la fase de colaboración”

Al respecto comenta el experto 03 declaró “...El paciente con cáncer es muy maltratado, eso lo veo todos los días, es muy maltratado por todo el mundo... es un paciente que desde que llega y se ve con usted, se casa con usted porque tendrá que verlo toda la vida. No solo con usted sino con su secretaria, con su enfermera, con todo el mundo. Ello ocurre por la enfermedad que tiene, los tratamientos, ir al hospital todos los días, hacerse los exámenes, la quimioterapia e ir a consulta al médico. El profesional de la salud no sabe qué es lo que va a decir ya que es un paciente que va aterrorizado al hospital, no sabe cómo afrontar su enfermedad o si la enfermedad que tiene le regresó o no. Hay que tratar que la carga que lleva el paciente sea lo más liviana que se pueda...” y “...Tenemos un servicio de Psicología, en SOLCA, pero ¿en qué momento se envía al paciente a la psicóloga? Esa es una pregunta

que yo me hago porque debería ser reglado desde antes, desde el diagnóstico. ¿Cómo le dice usted al paciente - te voy a hacer una biopsia? Debería ser con palabras frías, pero generalmente se le dice - tienes un tumorcito malo, te vamos a hacer una biopsia, pero necesito también que vayas a la psicóloga”.

El experto 01, refirió: “...lo emocional del diagnóstico, en esta etapa, de enfermedad avanzada, es quizás más importante que la parte médica.

Dependiendo de cómo vemos nosotros el aspecto emocional, vamos a encontrar las necesidades, la disposición, la colaboración de la paciente y de la familia. El rechazo a la enfermedad, la negación de la enfermedad y finalmente el abandono de la atención médica parten de que piensan que prefieren morir en casa. A nivel emocional viene una crisis de familia, el cáncer genera dolor en el enfermo y en la familia”

2.2 Autocontrol emocional.

La enfermedad oncológica implica un desgaste de manera integral en la persona (físico, psicológico, social y espiritual). Por tanto, la prevención y el tratamiento relacionado específicamente con el diagnóstico requieren de una intervención interdisciplinaria para el fortalecimiento y mejoramiento de la calidad de vida del paciente.

Dado a que se reconocen afectaciones a la salud mental como: ansiedad, depresión, crisis de pánico y algunas menos severas como distrés, aislamiento social, baja autoestima y conflictos familiares, entre otros. Los datos reflejan que la ideación suicida y la depresión, acompañan a gran porcentaje de personas con cáncer. La depresión alcanza al 40% de los pacientes y la ideación suicida aproximadamente 10% (vinculándose a estados depresivos). Las entidades de salud activan las alarmas debido a la relación existente entre el estado emocional y la recuperación de la enfermedad oncológica, realizando un llamado a la atención integral e integrada por parte de profesionales, dirigiendo las intervenciones en la detección temprana del malestar emocional y trastornos emocionales (Forgiony – Santos, 2019), ante esta situación el experto 11, comenta “las pacientes viven su duelo, que va desde la rabia a la desesperanza. Otros intentan negociar el tema, sintonizan el tema con muerte, todo les molesta y empiezan con accesos de ira ante cualquier situación durante todo el tiempo, en el trabajo, en la familia.”

Las directrices de la National Comprehensive Cancer Network

(NCCN) constituyen el estándar mundial reconocido para la dirección clínica y la política en la atención del cáncer y las pautas de las prácticas clínicas más completas y actualizadas disponibles. En ellas se promueve que para los pacientes con diagnóstico de cáncer que presentan niveles significativos de malestar emocional relacionados con la enfermedad oncológica la utilización del instrumento Termómetro de Malestar Emocional (Distress Management)”, que es una herramienta diseñada por la NCCN para la medición del malestar emocional y que incluye la atención psicosocial en pacientes con cáncer como parte de los procesos usuales en la atención (National Comprehensive Cancer Network, 2021).

2.3 Autoestima, relación de pareja – sexualidad y relación con la familia.

El cáncer de mama es una enfermedad que tiene tanto secuelas físicas como psicológicas. Fernández (2004) considera que “el cáncer y sus tratamientos pueden alterar el aspecto físico de las personas que lo padecen. Estos cambios pueden ser temporales como la caída del cabello o permanentes, como los efectos provocados por la cirugía”, Avis, Crawford y Manuel (2004) plantean que “en los pacientes con cáncer de mama se ha observado que esos cambios están asociados con la insatisfacción corporal y el deterioro de la imagen física, además de ir acompañados de un gran impacto emocional”.

Ello coincide con el comentario del experto 12: “la verdad es que es bastante usual que los problemas de pareja no los puedo abordar en 15 minutos de consulta ... las pacientes tienen un montón de problemas sexuales y familiares, que yo nunca he preguntado porque he enfocado mi atención en el tumor.” ... “se afecta la parte erótica de la relación, al tratar de verse bonita o de seducir, se sienten impactadas y muchas tienen vergüenza al desnudarse delante de su pareja porque ya no se sienten atractivas. Esta afectación psicológica influye mucho más, si el problema fuera físico como resequedad vaginal. En esos casos les receto un lubricante o les indico hormonas y ya está, pero lo más importante sería abordar el área emocional.”

En estos casos cobra gran relevancia la intervención psicológica y emocional. Los expertos comentaron que la presencia del psicólogo clínico y de ser posible de un psicólogo especializado en psicooncología, debería ser parte del equipo terapéutico desde el inicio, es decir desde el diagnóstico de la enfermedad, pues tanto la

paciente como la familia van a requerir del soporte y el tratamiento especializado de psicólogos y a veces de psiquiatras inclusive.

Cuando se diagnóstica una enfermedad como el cáncer de mama, la persona afectada y su familia deben reorganizar su vida y aprender a enfrentarse a lo que está pasando, a los tratamientos y a las posibles consecuencias de estos, como puede ser la pérdida del/los pechos o la caída del cabello y los posibles cambios en el estado de ánimo (Fernández Hawrylak, 2018).

La forma de responder de la familia ante el desafío que supone la enfermedad tiene un gran efecto en el desarrollo y la calidad de vida de la madre enferma, a la vez que la enfermedad crea dentro de la propia familia nuevas demandas y constricciones en el comportamiento de cada miembro y fomenta la necesidad de crear nuevas habilidades y capacidades para enfrentarse a nuevos problemas desconocidos hasta el momento (Baider, 2003).

El experto 09 declaró: “...Concientizamos a la familia, es lo que hacemos como trabajo social, esta paciente los necesita. Deben estar pendiente del cuidado, hay ocasiones que ya no puede atenderse sola, pues hay que cuidarla y alimentarla. Existen casos de pacientes que llegan al hospital y no tienen familiares, en esos casos tratamos nosotros de buscar una institución donde reciben a los pacientes. Lamentablemente hay pacientes que a pesar de que tienen su familia, los han abandonado en algunos casos para que el paciente asuma la responsabilidad...pero tiene que ir algún lugar, una casa, un albergue donde reciban a la paciente en etapa terminal y estén pendientes de que reciba la medicina. Se deben crear más albergues y dar apoyo también a las instituciones de ese tipo.”

3. Dimensión: problemas socioeconómicos y laborales.

Relacionada con esta dimensión, los expertos declararon dos categorías:

3.1 Impacto laboral y económico.

Ante la nueva realidad de su proceso de salud – enfermedad, sus hábitos y actividades se modifican. Se producen alteraciones en las costumbres de la familia, impacto en las finanzas del hogar y cambio de estatus laboral. Definitivamente todos los expertos coincidieron en que esta es una dimensión que determinará sus nuevas condiciones de vida. Al respecto el experto 04 declaró “a los jefes de recursos humanos generalmente se les oculta en

diagnóstico para no perder el trabajo. Con cualquier excusa los hacen renunciar porque la compañía no quiere asumir el riesgo de asumir lo que podría pasar... aquí el problema básico está en que los jefes prefieren que renuncien para no despedirlos. En esos casos lo que van hacer es obligarte a que renuncies, lo cual es triste, porque el paciente o la paciente queda desprotegido desde el punto de vista de económico, además queda desprotegida del escape que representa ir a trabajar. Yo creo para este tipo de paciente la mayor bendición sería poder trabajar porque sienten que salen que están vivos, que existen”

3.2 Consecuencias sociales y estigmatización de la enfermedad.

Según Holland (1998) ninguna enfermedad ha soportado un estigma negativo tan fuerte a lo largo de los siglos como el cáncer, de manera que viejos mitos y actitudes han persistido a pesar de la nueva información que los invalidaba.

Es decir, pareciera que existiera una “fenomenología social del cáncer”, donde la proximidad de la muerte provoca en el paciente un proceso de impotencia y sensación de pérdida, vivencia de temor y frustración, y rechazo y sensación de inseguridad personal (Coll, de las Heras y Navarrete, 1991). En un estudio en el que se valoraron las experiencias de vida de mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia, se encontró que el aislamiento social comienza con el tratamiento, pues dado que la quimioterapia afecta el sistema inmunitario, los médicos tratantes recomiendan reducir las visitas y las salidas para evitar el riesgo de infección (Villar, 2017).

El experto 08, comenta “...de acuerdo a las necesidades de atención que genera la enfermedad, las consultas médicas, los exámenes que se deben llevar a cabo o el manejo de los efectos secundarios de los tratamientos, se modifican las rutinas que tenía el paciente, ya no podrá salir con disponibilidad física ni anímica a una reunión social o de amigos. La palabra cáncer genera una primera emoción que es el miedo, tengo cáncer es igual a me voy a morir... o piensan para qué van a hacer planes si se van a morir. Les toma tiempo aceptarlo y hacer planes de vida nuevos... en cuanto a los amigos, como generalmente tienen miedo a la palabra cáncer no saben cómo manejar la nueva situación. Muchas veces piensan ...cómo le voy a decir a un amigo que haga algo si está enfermo... y empiezan a sentir lástima. El paciente no necesita la pena o lástima sino el apoyo, a veces no tenemos las palabras, pero sí una sonrisa, un abrazo, tratar al paciente como una persona, como un amigo...se

vive el estigma ...si me ven con el pañuelon en la cabeza, piensan que tengo cáncer y me voy a morir”

4. Dimensión: afectaciones a la calidad de vida.

La Organización Mundial de la Salud, OMS (1994) define la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. En esta dimensión se reflejaron cuatro categorías:

4.1 Rehabilitación – componente del tratamiento integral a la paciente.

La rehabilitación es un aspecto esencial en la atención integral de las personas con cáncer como parte del cuidado, para disminuir las posibles secuelas físicas y psicológicas, aliviar el dolor, favorecer la reinserción-reintegración a las actividades laborales, sociales y familiares de los pacientes y vivir con dignidad, tomando en cuenta que los objetivos primordiales del tratamiento del cáncer son curar, prolongar la vida y/o mejorar la calidad de la misma (Uclés Villalobos, 2017)

Al respecto el Experto 07 declaró “...pienso que esa es una gran falencia que tenemos en este momento, pienso que nos estamos enfocando sólo en la detección temprana y tratamiento, pero estamos dejando de lado ese seguimiento a las pacientes en su rehabilitación que es fundamental... si es cierto que puede colocarse una mama e incorporarse a cursos de maquillaje, pero también es importante el tema de la reinserción a la vida cotidiana, la vida laboral.

Eso requiere de un acompañamiento permanente ...si estamos hablando de un lugar de trabajo en donde debe volver a adquirir cierta destreza y ciertas habilidades, la compañía le debe proporcionar ese espacio de capacitación” En ese sentido en Experto 10 expresó: “...Para rehabilitación, se deben crear espacios donde se incorporen elementos de apoyo físico, manejo de secuelas físicas, donde aprendan autocuidados de sus heridas o puedan rehabilitarse con fisioterapia.”

4.2 Acompañamiento terapéutico interdisciplinario y cuidados paliativos.

Los cuidados paliativos son un enfoque para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias que enfrentan los problemas asociados con enfermedades potencialmente mortales. Incluye la prevención y el alivio del sufrimiento mediante la identificación temprana, evaluación y tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales. La Organización Mundial de la Salud (2021) publicó en su página web, una entrevista con la Dra Patricia Bonilla, presidenta de la Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos donde declaró “La medicina ayuda a prevenir, curar y tratar enfermedades, pero tiene límites; el final de la vida”, donde el objetivo del equipo interdisciplinario, ya no es curar sino cuidar.

Al respecto el experto 04, relata acerca del entrenamiento como equipo interdisciplinario: “...los cuidados paliativos no son solamente medicina, cuidados paliativos es un equipo de profesionales de diferentes ámbitos. Estamos hablando de personal médico, enfermera, psicólogo, trabajadores sociales que es muy importante, porque tiene que entender absolutamente todo lo que ocurre para que puedan ayudar, nutricionista, rehabilitadores que es otra especialidad, los voluntarios a veces ni siquiera los tomamos en cuenta y ellos pueden ser un punto fundamental para este cuidador informal que esta tan desesperado... Entonces lo ideal es que nosotros tengamos educación, desde la parte no solamente de la especialidad, sino desde el pregrado en todas las carreras en todo lo que lo que he nombrado en este momento: Debería existir el conocimiento acerca de que son los cuidados paliativos. Muchas veces pensamos que sería en los últimos días de la vida. Sin embargo, cuando se tiene esta enfermedad avanzada, pero todavía hay una expectativa, nosotros deberíamos estar ya trabajando en ese sentido. Imagínate todo el trabajo que puede hacer un psicólogo desde el mismo momento en que se hace el diagnóstico”.

Por su parte el experto 07 planteó: “...creo que el equipo de trabajo, el equipo médico, el equipo multidisciplinario que debe manejar los pacientes tienen que tener dentro de sus integrantes no solamente el oncólogo que dirige la terapia innovadora sino estas personas que a veces las dejamos de lado y consideramos que no son importantes. Debería estar un equipo de Salud mental (psicóloga y psiquiatra) que tienes que estar incluyendo y te lo digo porque lo creo y trato de practicarlo”

4.3 Educación a los pacientes.

La falta de educación a las pacientes y sus familiares en el manejo del proceso de salud – enfermedad, subordina al individuo al mito (cáncer es igual a muerte) y lo atemoriza impidiendo gestionar sus emociones. Los relatos de los expertos le otorgan relevancia a la necesidad de educar al paciente, familiar o cuidador, pero también a los profesionales de salud en herramientas que sirvan para los abordajes de comunicación y programas de soporte psicosocioespiritual. Al respecto se pronunciaron los siguientes expertos:

Experto 07 “...los amigos a veces están con temor porque por cultura se piensa que puede ser contagioso. He escuchado tantas cosas que te parecerían increíbles. Los pacientes me preguntan: ¿Doctora y será que si puedo compartir la cama? ¿será que puedo compartir la mesa? ¿los cubiertos, no va a pasar nada?... eso ocurre en el segmento de pacientes con un estrato socio cultural bajo, donde la falta de información y la educación en los pacientes”

Experto 13: “...las recomendaciones claves que puedo aportar para atender mejor las necesidades de quienes padecen cáncer de mamá son la educación para los cuidadores informales. Las cosas claves son contar con tres pilares fundamentales: el apoyo psicológico a pacientes, su familiar y el tercer punto es que la paciente busque y viva con calidad. Que busque la paciente hacer ejercicios. Los ejercicios le ayudan muchísimo o también hacer algo que les guste, que tenga la mente ocupada como tejer y que se cuenten experiencias entre ellas como pacientes. Creo que estos son factores que influyen directamente en la parte psicológica, familiar y laboral. Eso ayuda a sentirse más tranquila, van mucho mejor.”

Experto 10: “...Así también crear espacios de diálogos con los familiares y cuidadores para que aprendan como cuidar a sus pacientes. Se debe incorporar espacios para dialogar con los médicos, enfermeras y psicólogas e implementar estrategias para hacer seguimiento de los pacientes”

4.4 La Espiritualidad.

La espiritualidad y religiosidad son percibidas como un soporte emocional y psicológico para afrontar la enfermedad. Por ello, es importante fortalecer la dimensión espiritual del paciente para que afronte la enfermedad, la de la familia para que afronte el sufrimiento que le produce la enfermedad del paciente, la de los profesionales de la salud para que realicen una práctica ética,

humanizada y excelente en cuanto al enfoque biopsicosocial (Duche Pérez, 2020).

La religiosidad en mujeres diagnosticadas con cáncer de seno se expresa en la mayoría de los casos como un recurso de afrontamiento hacia la enfermedad (coping religioso). Es decir, en un sentido más funcional en términos de bienestar subjetivo, más no como la estructura subyacente que rige su accionar cotidiano a partir de normas y valores de orden religioso (Mickley, Soeken & Belcher (1992). Por ello, la fe y religiosidad son herramientas de afrontamiento en mujeres con cáncer de seno (Feher, & Maly, 1999). Esto coincide con los hallazgos reportados por Cotton, Levine, Fitzpatric, Dolda, & Targ (1999) donde se evidenció que el bienestar espiritual y la calidad de vida tienen una correlación positiva y que está relacionado con cinco estilos de ajuste psicológico (el espíritu de lucha, desamparo/desesperanza, fatalismo, preocupación ansiosa y evasión cognitiva), aclarando la íntima relación entre ajuste psicológico y espiritualidad (Duche Pérez, 2020).

El experto 13 refirió “...También les ayuda muchísimo la alimentación, tomar bastante líquido y fortalecer la parte espiritual. La relación con sus creencias y buscar el apoyo en Dios es un pilar importante para ellas. Creo que estas son las tareas que tenemos pendientes y no solamente tratar la enfermedad, sino a todo lo que necesitan las pacientes con cáncer.” El experto 01 precisó: “...en cuanto a la parte espiritual podía ayudar mucho algo que desafortunadamente no le hemos sacado provecho en Latinoamérica. la mayor parte de la población es católica de religión y el refugio que se encuentra en la espiritualidad individual o colectiva. Por ejemplo, no hay grupos de apoyo de cáncer de mama, yo no he visto grupos espirituales de mujeres con cáncer de mama. Los grupos ayudan mucho, pero sabiéndolos conducir, tiene que verse la parte científica pero también la parte espiritual es un refugio muy importante de las pacientes.”

DISCUSIÓN

En el estudio “Necesidades de mujeres con cáncer de mama que viven en Chile”, de Arrighi (2018), se encontraron coincidencias con algunas de las categorías emitidas por los expertos ecuatorianos. La falta de acceso universal y diseño de políticas públicas se consideraron como la base de las necesidades de dichas pacientes.

Ello también se reflejó en las entrevistas a los expertos del estudio de Ecuador, que describieron la capacidad limitada de

acceder a un sistema centralizado en las grandes urbes, que vuelve lenta la atención para la detección, tratamiento y rehabilitación por parte de los pacientes con cáncer usuarios del sistema de salud.

Salazar (2018) en Colombia, refiere que el cáncer es un tema de interés en salud pública, debido al progresivo aumento del número de casos, los altos costos para los sistemas de salud y el número de muertes. Para controlarlo, no es suficiente con promover la salud, puesto que la implementación de estilos de vida saludables no solo requiere voluntad individual, sino también creación de políticas, leyes, programas, planes, entre otros, que favorezcan cambios de comportamiento en individuos, que además posicionen las opciones saludables como iniciativas atractivas que tomar. Colombia ha entendido el cáncer como tema de atención prioritaria, por ello, estableció un marco normativo que busca su control desde la prevención y la detección temprana, pasando por el tratamiento integral hasta la rehabilitación e incorporación a la vida laboral.

En el 2016 se cumplieron 30 años desde la publicación de la Carta de Ottawa, resultado de la Primera Cumbre Internacional sobre la Promoción de la Salud que fue llevada a cabo el día 21 de noviembre de 1986 en la ciudad canadiense del mismo nombre, con el objetivo de lograr "Salud para Todos al año 2000". Respecto a la promoción de la salud, era necesaria no solo la participación del sector sanitario, sino un esfuerzo multisectorial y multidisciplinario; teniendo el sector sanitario la responsabilidad de actuar como mediador a favor de la salud, siempre con el respaldo de políticas públicas que la favorezcan. Se debe entonces pensar si en nuestros países se cumplen todos o alguno de aquellos requisitos, y de no ser así, qué sería lo faltante para lograr la meta que se planteó entonces (Cuba María, 2017).

En cuanto a las políticas para el control del cáncer, estas buscan: "la elaboración, implementación, evaluación y actualización de estándares, objetivos y modelos básicos de atención en los ámbitos de la promoción de la salud, la prevención, la detección precoz, el manejo clínico y la rehabilitación".

Estas se han diseñado para que en: "su implementación pueda darse el equilibrio adecuado entre las actividades que permitan controlar el cáncer y garanticen a los pacientes una adecuada prevención, asistencia y seguimiento en cualquiera de las fases de la enfermedad". Lo anterior, en coordinación con los principios rectores de la reducción de inequidades, la elevación de la calidad de la atención y la información (Baider, 2003)

En cuanto a la dimensión "limitado apoyo psicosocial al paciente y a su familia", en muchas ocasiones la mujer evita la revisión

médica por diversas razones entre ellas la falta de educación en prevención, sensibilización a la importancia del autoexamen o incluso al tener un síntoma visiblemente alarmante, las mujeres lo ocultan, por miedo a enfrentar el diagnóstico de cáncer que es concebido míticamente, como cáncer igual a muerte. Según Holland (1998) ninguna enfermedad ha soportado un estigma negativo tan fuerte a lo largo de los siglos como el cáncer, de manera que viejos mitos y actitudes han persistido a pesar de la nueva información que los invalidaba. Es decir, pareciera que existiera una “fenomenología social del cáncer”, donde la proximidad de la muerte provoca en el paciente un proceso de impotencia y sensación de pérdida, vivencia de temor y frustración, y rechazo y sensación de inseguridad personal (Coll, de las Heras y Navarrete, 1991).

La palabra cáncer encierra todavía hoy una serie de connotaciones negativas y un gran impacto psicológico. “Tradicionalmente, el cáncer ha sido una enfermedad que inevitablemente conducía a la muerte. Se intentaba ocultar su diagnóstico e, incluso, mencionar la palabra cáncer para muchas personas sigue siendo complicado. Probablemente, ninguna enfermedad haya soportado un estigma negativo tan fuerte a lo largo del tiempo como el cáncer, de manera que los viejos mitos han persistido a pesar de que, en los últimos años, la investigación, la detección precoz y los tratamientos han avanzado tanto que se ha producido un notable incremento de la supervivencia” (Yélamos y Berzal, 2020).

Se debe tener en cuenta que el cáncer es una enfermedad que genera malestar emocional desde el inicio resultando complejo el proceso de adaptación, ya sea desmotivando al paciente de sus metas y la pérdida de esperanza frente a la posibilidad de superar la enfermedad (Espinoza, 2018). Según Holland (2002) y Cruzado (2003) la psicooncología es una subespecialidad de la oncología que atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que las atiende (enfoque psicosocial); y del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que influyen en la morbilidad y mortalidad del cáncer.

Cruzado, (2003) define a la Psicooncología como un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para

promover servicios oncológicos eficaces y de calidad.

La psicooncología, ofrece la posibilidad de acercarse a esta población para poder abordar el círculo interpersonal que rodea al paciente, ya sea su familia, el personal sanitario que lo esté acompañando en su proceso médico y por supuesto al mismo paciente. Se propone, recoger y analizar la información, acerca de cómo han sido las experiencias en cuanto a anteriores estrategias de afrontamiento aplicadas en ellos. De este modo promover estrategias que realmente aporten al buen funcionamiento, a nivel psicológico, a cómo adherir dichas estrategias en las familias de los diagnosticados constituye el campo de acción de la Psicooncología (Cruzado, 2003). Podría ser una propuesta incorporar la especialización en Psicooncología para que brinde talento humano idóneamente capacitado para desde su abordaje, contribuir a los aspectos psicosociales de la paciente y familiar

En cuanto a la dimensión “problemas socioeconómicos y laborales, las personas con cáncer cuando requieren del tratamiento para la enfermedad, su calidad dependerá en gran medida de sus condiciones socioeconómicas. De ello dependerá contar con un equipo interdisciplinario que alivie su dolor (físico, psicológico, social y espiritual), que le brinde bienestar y calidad de vida o adquirir la medicación. Todo esto, no estará al alcance de muchas de las pacientes, sino de aquellas que tienen seguridad social o seguro privado internacional. Los altos costos de los tratamientos inciden en la posibilidad de recibir intervención terapéutica y adherencia al tratamiento. Esta realidad socioeconómica atraviesa, de manera vinculante la calidad de vida de las pacientes que como lo define la Organización Mundial de la Salud, OMS (1994).

Por otro lado, el contexto cultural y el sistema de valores que forman parte de la calidad de vida, en el que se encuentran habitualmente las personas con cáncer, los estigmatiza como grupo vulnerable. Son vulnerables quienes tienen disminuidas, por distintas razones, sus capacidades para hacer frente a las eventuales violaciones de sus derechos básicos, de sus derechos humanos (Rueda, 2011).

Esa disminución de capacidades, esa vulnerabilidad va asociada a una condición específica que permite identificar al individuo como integrante de un determinado colectivo que, como regla general está en condiciones de clara desigualdad material con respecto al colectivo mayoritario (Peraza, 2019). Desde comienzos de este siglo, la vulnerabilidad se ha constituido en el rasgo social dominante de América Latina. El predominio en el mercado de la

vida económica, el repliegue del estado respecto a las funciones que tuvo en el pasado, provocaron un cambio de la magnitud en las relaciones económico – sociales, en las instituciones y en los valores, dejando expuestas en la inseguridad e indefensión a amplias capas de la población de ingresos medios y bajos en los países de la región (Pizarro, 2001)

El principio de la eficiencia suele asociarse en los últimos años, sólo con un buen uso de los recursos públicos. Sin embargo, debiera agregarse a ello la mejor utilización de ese conjunto de elementos que se encuentran en poder de los ciudadanos, y que, con una adecuada política pública, pudieran potenciarse para reducir la pobreza y vulnerabilidad (Rueda, 2011). Los recursos de las personas no son solo aquellos ingresos monetarios, provenientes directamente del trabajo, también incluyen el bienestar de las personas: el factor vivienda y el entorno medioambiental, la infraestructura social – territorial (agua potable, electricidad, teléfono, alcantarillas, camino pavimentados, complejos deportivos, entre otros), los servicios de salud y educación, las redes de organización, los instrumentos y herramientas acumulados y las capacidades de las familias para defender o promover el desarrollo social (Peraza, 2019)

La salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida, un objeto social compartido y una prioridad política para todos los países. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas (ODS), pusieron el relieve el vínculo entre la salud y el desarrollo sostenible. Así se pretende vincular la visión de salud con políticas que emerjan de la colectividad que le brinden sentido de pertenencia al considerar las características y recursos para dar solución a la problemática (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible: ODS, 2015).

En respuesta a esta preocupación creciente suscitada por las inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud, estableció en el 2005 la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) con el fin de mitigarlas. En la actualidad los avances tecnológicos y sociales nos llevan a optar por nuevos desafíos y responsabilidades. Eso amerita la contribución y esfuerzo individual, del trabajo y de la dedicación encaminados a cumplir metas desde la colectividad, desde la perspectiva comunitaria (Peraza, 2019). Por ello surgen las estrategias de atención comunitaria que potencian las acciones sobre problemas y necesidades de salud detectados como prevalentes en el territorio, a través de actividades comunitarias dirigidas a promover la salud, incrementar la calidad de vida y el

bienestar de la población. Se fortalece la participación y la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas. (Peraza, 2019).

La educación sanitaria debe ser complementada con los cambios necesarios en el medio ambiente y en las condiciones sociales y económicas que permitan a los ciudadanos el ejercicio efectivo de los estilos de vida saludables, así como la participación en la toma de decisiones respecto a su salud, con la participación activa de los gobiernos locales y regionales como parte que dispone de presupuesto para las tareas que le competen (Peraza, 2019).

Otro aporte desde la perspectiva comunitaria que se tuvo en cuenta son las guías desarrolladas en Reino Unido por la Institución para la Excelencia en Salud NICE (National Institute for health and Care Excellence), que tienen como objetivo formular recomendaciones basadas en la evidencia disponible para tomar decisiones dirigidas a aumentar la salud y el bienestar de la población. Se trata de conseguir que las decisiones que se toman en el ámbito de la salud se basen en criterios de evidencia y de efectividad probada. Sus documentos se han convertido en referencia internacional para la práctica basada en la evidencia (Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS, 2018).

En la elaboración de guías NICE de salud pública se parte de un marco teórico basado en el modelo de determinantes sociales y las desigualdades en salud en torno a cuatro ejes: población, medio ambiente, sociedad y organizaciones. Las guías recomiendan cómo deberían reducirse las desigualdades en salud en la población general y en poblaciones específicas, tratando de proponer intervenciones sinérgicas para lograr múltiples beneficios que aborden los cuatro ejes (National Institute for Health and Care Excellence, 2014).

Desde la Declaración de Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986), diversos organismos internacionales han señalado la participación comunitaria como fundamental para aumentar el bienestar de las comunidades y mejorar la salud de las poblaciones (The Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organization, 1986).

La escasa apuesta política por la participación comunitaria se refleja en una notable falta de formación en temas relacionados con la participación y la salud comunitaria. Ante esto la NICE, propone una clasificación y definición de participación comunitaria de 5 niveles: 1) Información; solo se comunica el mensaje – no hay participación comunitaria. 2) Consulta; se recogen opiniones e

información de la población acerca del contexto de un proyecto o sobre las etapas del mismo. 3) Decisión – acción conjunta; población y profesionales toman decisiones de manera conjunta y ambos se implican de manera activa. 4) Liderazgo múltiple y compartido; la población toma algunas decisiones de manera autónoma, se desarrolla en parte o por sí sola las acciones establecidas. 5) Control Comunitario; la población toma las decisiones de manera autónoma y controla las fases del proceso.

Desde el equipo de coordinación del proyecto de adaptación de la guía NICE NG44 «Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities», se ha considerado como procesos de participación comunitaria aquellos que reflejaban como mínimo el nivel tres (decisión-acción conjunta), entendiendo así, que participar no es ser beneficiario de un programa sino implicarse en el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación. (Guía adaptada de la Guía NICE NG44: «Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities») (Cassetti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ, por el Grupo de Trabajo del Proyecto Adapta GPS, 2018).

CONCLUSIONES

Los criterios de los participantes acerca de las necesidades de las pacientes afectadas por cáncer de mama avanzado relacionadas con la asistencia clínica y psicosocial fueron categorizados en las dimensiones: dificultades para el acceso a los servicios de salud; limitado apoyo psicosocial al paciente y a su familia; problemas socioeconómicos y laborales; y afectaciones a la calidad de vida.

Las prácticas profesionales del equipo multidisciplinario oncológico se caracterizan por priorizar la asistencia clínica y se enfocan en la observación técnica del tumor. El poco tiempo que tienen para atender cada caso, ha llevado a que se priorice una atención desde la necesidad médica.

Todos los expertos mencionaron la falencia de la visión integral de tratamiento psicosocioespiritual, así como también la necesidad de incorporación de la perspectiva comunitaria en la práctica clínica, lo cual puede favorecerse con la educación e involucramiento de las pacientes y familiares en algunas actividades colectivas.

RECOMENDACIONES

- Adoptar estrategias que conduzcan a la incorporación del

trabajo comunitario con las pacientes partiendo de la premisa de que participar no es ser beneficiario de un programa sino implicarse en el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación de su tratamiento.

- Desarrollar espacios de educación o alfabetización sanitaria al paciente, cuidador o familiar, empoderándolos para la búsqueda de soluciones a sus necesidades de su comunidad.
- Conformar y fortalecer equipos multidisciplinarios, para contribuir de mayor manera en la calidad de vida de la paciente y la familia o cuidador.
- Continuar con la línea de investigación de éste estudio, para considerar los criterios de las pacientes respecto a sus necesidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABC Global Alliance. (2015). ABC Global Charter 2018. The ABC Global Alliance in an ESO initiative.
2. Acosta, R. (2017). Cáncer de Mama: Percepciones y Caracterización Psicosocial de mujeres Mastectomizadas. [Tesis para optar la Maestría en Estudios Sociales]. Universidad del Rosario.
3. American Psychological Association. (2013). Guidelines for the practice of Telepsychology. *American Psychologist*, 68(9), 791–800.
<https://www.apa.org/pubs/journals/features/amp-a0035001.pdf>
4. Arrighi, E. (2018). Necesidades de mujeres con cáncer de mama que viven en Chile. *Nueva Vida*.
5. Baider L. (2003). Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 505-520.
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33730306.pdf>
6. Duche, A., Paredes, F., Gutiérrez, O., & Roldán, K. (2020). Religiosidad y espiritualidad en mujeres con cáncer de mama: revisión integrativa de la literatura. *Centro Sur. Social Science Journal*. 5(2), 22 -39 .
<http://centrosureditorial.com/index.php/revista>
7. Gayo, A. & Loma, P. (2016). Impacto psicosocial de la mastectomía en pacientes operadas de cáncer de mama: Abordaje enfermero. [Tesis para optar al grado en

- Enfermería]. Universidad Autónoma de Madrid.
8. Hermosilla, A. (2019). Acompañamiento Humanizado y Calidad de Vida en Personas con Cáncer Avanzado y Familia. [Tesis para optar al grado de Doctor en Enfermería]. Universidad de Concepción.
 9. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud. (2019). Participación Comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud.
 10. Lizeth, L. (2015). Conocimientos de los pacientes de cáncer de mama sobre la enfermedad, tratamieneto y los cuidados ante los efectos secundarios durante la quimioterapia en un hospital nacional. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos
 11. National Breast Cancer Coalition. (2005). The Breast Cancer Deadline, 3rd Annual Progress Report Extending Survival with Chemotherapy in Metastatic Breast Cancer. *The Oncologist*, 10(3), 20–29. 10.1634/theoncologist.10-90003-20.
 12. National Institute for Health and Care Excellence. (2014, Octubre 31). Developing NICE guidelines: the manual Process and methods [PMG20] <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/introduction>
 13. Organización Mundial de la Salud. (n.d.). Estimated age-standardized incidence rates (World) in 2020, all cancers, both sexes, all ages . *Cancer Today*. https://gco.iarc.fr/today/onlineanalysismap?v=2020&mode=population&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&projection=natural
 14. Organización Mundial de la Salud. (2020). Estimated age-standardized incidence and mortality rates (World) in 2020, both sexes, all ages. [Gráfico de barras]. Recuperado Agosto 1, 2021, de https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-dual-bars-2?v=2020&mode=cancer&mode_population=regions&population=250&populations=250&key=asr&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group

- p=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&dual_distribution=1&population1=250&population2=554&show_values=false&type_multiple=%257B%2522inc%2522%253Atrue%252C%2522mort%2522%253Atrue%252C%2522prev%2522%253Afalse%257D&type_sort=0
15. Organización Mundial de la Salud. (2020). Estimated number of new cases in 2020, worldwide, both sexes, all ages. [Gráfico de barras]. Recuperado Agosto 1, 2021, de https://geo.iarc.fr/today/online-analysis-pie?v=2020&mode=cancer&mode_population=continents&population=900&populations=900&key=total&sex=0&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=7&group_cancer=1&include_nmssc=1&include_nmssc_other=1&half_pie=0&donut=0
 16. Organización Mundial de la Salud. (2021). La medicina ayuda a prevenir, curar y tratar enfermedades, pero tiene límites. El final de la vida. Recuperado Octubre 08, 2021. <https://www.paho.org/es/historias/cuidados-paliativos-americanas>.
 17. Pan American Health Organization, World Health Organization, & The Breast Health Global Initiative. (2016, September 27). Planning: Improving Access To Breast Cancer Care. <https://www.paho.org/en/documents/planning-improving-access-breast-cancer-cure>
 18. Peraza, C., Fonseca, T. & Inda, M., (2019). Estrategias para la atención comunitaria orientda a grupos vulnerables en Ecuador. Medisur 17(5), 748-751. <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4362>
 19. Pizarro R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. CEPAL.
 20. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2015). Objetivos de Desarrollo Sostenible. <https://www1.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
 21. Rodríguez, Y. (2010). Necesidades Psicológicas en Mujeres Puertorriqueña que Viven el Diagnóstico de Cancer de Mama: Consulta a Sobrevivientes y Profesionales de Salud. [Tesis para obtener el grado de Doctor en Filosofía (Ph.D.)]

- con especialidad en Psicología]. Universidad de Puerto Rico, Recinto de Piedra.
22. Rueda N. (2011). La eficiencia y su importancia en el sector público. *eXtoikos*. (pp. 38-45)
 23. Salazar, L., Benaviedes, M., Murcia, M., & Marcela, E. (2018). Actuar político para el control del cáncer en Colombia. *Gerencia y políticas de salud*. Scientific Electronic Library Online.
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-35.apcc>.
 24. Thrift-Perry, M., Cabanes, A., Cardoso, F., Moose, K., Araújo, T. & Faircloth, Kyra. (2018). Global analysis of metastatic breast cancer policy gaps and advocacy efforts across the patient journey. *Elsevier, The Breast*, 41, 93-106. 10.1016/j.breast.2018.06.005.
 25. Velásquez, N., Adrián, J. (2018). Depresión asociada a ideación suicida en pacientes con cáncer. Universidad Privada Antenor Orrego.
<https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/4276>.
 26. Villalobos, V., Jiménez, L. & Sánchez, A. (2017). Descripción de la población de personas con cáncer de mama referida al Programa de Rehabilitación en Cáncer y Cuidados Paliativos del Servicio de Fisiatría del Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. *Rev. Costarricense de Salud Pública*, 26(1), 44-114.
<https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v26n1/1409-1429-rcsp-26-01-30.pdf>.
 27. Villar, R., Fernández, S., Garea, C., Pillado, M., Barreiro, V. & Martín, C. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25:e2958. 10.1590/1518-8345.2258.2958.
 28. World Health Organization. (2021). Global Cancer Observatory. Junio 21, 2021 <https://gco.iarc.fr/>

SERVICIOS DE PROTECCIÓN INTEGRAL EN ECUADOR, UNA MIRADA DESDE LA SALUD MENTAL COMUNITARIA.

Holguín Espinoza Rosa Aimé
Gómez Cabeza Enrique Javier

RESUMEN

La problemática de violencia está en aumento y esta tendencia cuestiona la eficacia de los Modelos de intervención vigentes. El propósito del presente trabajo es analizar desde la perspectiva de Salud Mental Comunitaria (SMC) el Sistema de Protección Integral (SPI), en particular, el Modelo de Atención y las prácticas del SPI, por medio de un análisis de la normativa actual, contenida en el Modelo de Atención y un grupo focal de las prácticas de profesionales del SPI. Estas indagaciones evidenciaron que en el Modelo de Atención del SPI prevalece el enfoque tradicional asistencial, en la que se reproducen relaciones asimétricas profesional- víctimas de violencia, con una actuación intersectorial e interdisciplinar dirigida a tomar decisiones en situaciones urgentes sin considerar la necesidad de las usuarias. Al contrastar el diseño del modelo de actuación del SPI con las prácticas profesionales, se constató una elevada correspondencia. En ambos casos se aprecia una limitada proyección de una labor de prevención y promoción de salud. Esta concepción limita las posibilidades de empoderar a las víctimas de la violencia y cambiar las condiciones que la generan.

Palabras claves: Salud mental comunitaria, violencia

INTRODUCCIÓN

Unas de las principales problemáticas sociales y de salud es la violencia hacia las mujeres y niñas, niños y adolescentes (NNA). Según la UNICEF en Ecuador una de cada 10 mujeres ha sufrido abuso sexual en su niñez o adolescencia y 6 de cada 10 mujeres han sufrido algún tipo de violencia a lo largo de su vida, sea esta psicológica, física, sexual y/o patrimonial (Consejo Nacional de Igualdad de Género, 2014). Las encuestas realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC, 2019) reflejan cifras importantes: cerca del 56.9% de las mujeres han sufrido violencia psicológica, el 47.5% violencia gineco-obstétrica, el 35.4% violencia física y un 32.7% violencia sexual. De la misma manera, datos de la

Fiscalía en el primer semestre del año 2021 registraron alrededor de 36 femicidios en Ecuador (Castro, 2021).

El comportamiento de la violencia influyó directamente a que la Asamblea Nacional de la República del Ecuador aprobara la Ley Orgánica Integral para Prevenir y Erradicar la violencia contra las Mujeres, centrada en los ejes de prevención, atención, protección y reparación (Asamblea Nacional Republica del Ecuador, 2018). La responsabilidad para tomar medidas de prevención y erradicación de la violencia recae explícitamente en el Estado (Constitución de la República del Ecuador, 2008).

En Ecuador el órgano rector de la prevención y erradicación de la violencia es la Secretaría de Derechos Humanos (SDH). Este organismo cuenta con el Servicio de Protección Integral (SPI), encargado de brindar atención psicosocial y legal a mujeres y NNA. Según SDH (2020), la intervención del SPI debe basarse en la teoría de los sistemas de Bronfenbrenner y hacer énfasis en el análisis de las interacciones entre sistemas y contextos. Asimismo, incorporar la identificación de las capacidades de autocuidado, autodirección, autoeficacia, autocontrol y autoestima de las personas, tomando en consideración el micro, meso, exo y macrosistema.

El Modelo del SPI basa su atención en la teoría de los sistemas centrado en el individuo, con la intención de comprender a la víctima como parte de otros sistemas a los que está sujeta, pero las acciones que se realizan son de contención, apoyo, acompañamiento, protección y ayuda hacia las usuarias.

Según Calvo y Camacho (2014), son frecuentes las investigaciones dirigidas al estudio de la violencia de género e intrafamiliar, al comportamiento del agresor y las consecuencias de la violencia en la salud mental como entidad nosológica.

Las estrategias encaminadas para la atención de esta problemática están orientadas mayormente al componente individual. Transformar la problemática de la violencia exige abandonar perspectivas tradicionales basadas en modelos asistencialistas e incluir enfoques comunitarios que fomenten la participación, el empoderamiento y la transformación social.

Enrique Gómez Cabeza, Phd. (Comunicación personal, 13 de octubre de 2021) propone entender lo comunitario, como una cualidad de las relaciones humanas producidas en un contexto dado, a partir del desarrollo de una conciencia crítica de los sujetos acerca de su realidad y la cooperación con otros para su transformación. Según el experto, lo comunitario tiene como base la participación de los colectivos y se centra en los recursos y motivaciones como palancas del cambio. Esta proyección difiere de

la intervención tradicional centrada en el problema, el paciente o la víctima, de acuerdo a una lógica asistencial. La Salud Mental Comunitaria se apropia de esta perspectiva para actuar sobre las condicionantes sociales de los problemas que afectan el equilibrio biopsicosocial, con un enfoque de promoción y prevención de salud.

Entender la violencia desde este enfoque significaría centrar la mirada en el contexto social, en los recursos de las víctimas y de los sujetos colectivos. Apostar a la promoción de esa conciencia crítica individual y colectiva sobre la violencia, actuaría como fundamento para la participación cooperada en la transformación de sus causas profundas y la construcción de nuevas circunstancias que minimicen las manifestaciones de este fenómeno.

En esta investigación se defiende la pertinencia del modelo de SMC para el abordaje de la problemática de la violencia. La atención del SPI permite brindar apoyo y protección a la víctima, sin embargo, esta intervención es insuficiente para entender el fenómeno, necesitándose una atención más eficaz que incida sobre las causas y condicionantes sociales del problema.

EL SPI se compromete con una acción de prevención de la violencia. Sin embargo, los índices de violencia siguen creciendo. Aunque el problema de la violencia trasciende la labor de una institución aislada, la acción del SPI como centro rector y la experiencia que acumula puede ser significativa para el diseño de políticas. Por esta razón se considera pertinente analizar desde la perspectiva de la SMC el Modelo de Atención y las prácticas del personal del SPI; asimismo, pretende contribuir a una mejor comprensión de las limitaciones en la atención de violencia y las potencialidades desde la cualidad comunitaria.

MÉTODOS

La presente es una investigación de tipo cualitativo. Su alcance es descriptivo. Prima el método inductivo, de lo particular a lo general, es un estudio de caso único. Las técnicas a emplear son el análisis de documentos y el grupo focal. Se seleccionaron para el estudio muestras intencionales.

Se partió de un reconocimiento del estado del arte del modelo de SMC como referente teórico para abordar el fenómeno de la violencia. El objetivo relacionado con el análisis del Modelo de Atención del SPI, se concibió a partir de la técnica y análisis de documentos, que constituye la normativa de Atención de ese servicio. La caracterización de las prácticas profesionales se sustenta en la realización de un grupo focal. Los criterios de

inclusión del grupo focal fueron: profesionales psicólogos/as o trabajadores/as sociales que trabajen en los equipos de SPI, con un mínimo de nueve meses de experiencia en la institución. La muestra estuvo conformada por seis participantes, -dos psicólogas, un psicólogo, un trabajador social y dos trabajadoras sociales-.

La triangulación del análisis del Modelo de Atención desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria y la caracterización de las prácticas a partir del grupo focal, permitió identificar un conjunto de contradicciones en la práctica y atención a mujeres y NNA víctimas de violencia en el Ecuador.

Para analizar la propuesta del SPI y sus prácticas desde el paradigma de la SMC, se seleccionaron las tres dimensiones esenciales del enfoque en SMC.

Empoderamiento y participación. – Relación es horizontales (profesional/institución-sujeto de atención) Desarrollo conciencia crítica de los sujetos (reconocer problemas y sus condicionantes, los recursos contextuales y motivaciones) Control sobre la salud y protagonismos de los sujetos para mejorarla.

Intersectorialidad e interdisciplinariedad. - Coordinación y actuación entre instituciones, disciplinas y actores diversos, para dotar de recursos a los sujetos con el propósito de desarrollar sus capacidades y empoderarlos.

Promoción y prevención. - Intervención proactiva orientada a transformar los condicionamientos sociales de los desequilibrios biopsicosociales y crear circunstancias propicias para el desarrollo humano.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El análisis y discusión de los resultados se presenta en base a los objetivos de la investigación. El primer resultado se obtiene a partir del análisis del Modelo del SPI desde la SMC; el segundo resultado es la caracterización de las prácticas profesionales del SPI; y por último se muestra una contrastación entre las prácticas, lo normado y el paradigma de SMC.

Caracterización del Modelo del SPI desde una Perspectiva

Según la SDH el Modelo del SPI es parte de una estrategia del plan de acción para prevenir y erradicar la violencia basada en género; NNA, mujeres y personas de atención prioritaria. Para caracterizar el manual del SPI se usó la técnica de análisis documental desde el paradigma de SMC, centrado en las

dimensiones definidas en la metodología.

Empoderamiento y Participación Comunitaria

Según el Modelo de Atención del SPI, los profesionales tienen como objetivo “Propiciar, incluir o aportar al fortalecimiento de redes de protección familiar, social y/o institucional de protección para mujeres, NNA y otros grupos de atención prioritaria, entre otras acciones tendientes a evitar o disminuir el riesgo de vulneración de sus derechos” (SDH, 2020, pp 61).

De acuerdo al Modelo, el objetivo del profesional del equipo es generar un espacio apropiado desde la empatía y la ética profesional; además de brindar orientaciones a las instituciones con el fin de definir la atención, acompañamiento, asesoría y restitución de los derechos. Estas proyecciones definen una relación asimétrica de cara a la víctima de violencia. El rol protagónico según el Modelo es asumido por los profesionales.

Si bien, el centro del proceso son las redes familiares, sociales e institucionales, entendidas como recursos a movilizar, este diseño limita la acción profesional a una labor de acompañamiento a las víctimas de violencia. Ello incluye dotarlas de recursos disponibles para su protección.

El Estado Ecuatoriano adopta medidas para la restitución de derechos como son: compensación económica, atención de salud y atención psicológica. De acuerdo al Modelo de referencia, los equipos del SPI realizan la reparación del derecho por medio de la intervención psicológica y las visitas domiciliarias al contexto familiar y comunitario de las usuarias. Se ejecutan primeros auxilios psicológicos y procesos psicoterapéuticos.

Esta proyección, aun cuando incorpora categorías propias de la SMC, reproduce la lógica de atención focalizada en el problema propia de un modelo tradicional.

Según el Modelo, las primeras acciones a realizar por el profesional es el abordaje inicial, el encuadre terapéutico, el control de la letalidad o lo que corresponda para precautelar la integridad de la sobreviviente de violencia y/o sus familiares. Es decir, la intervención que realizan los equipos de SPI consiste en brindar atención dirigida a proteger, aplacar y contener los síntomas de violencia.

Se puede percibir la importancia que el Modelo de Atención da a la restitución y protección de derechos; lo que reproduciría una lógica asistencial con escasa participación de las usuarias donde tengan conciencia crítica, dominio de su propia realidad y sean

protagonista de su propio cambio (Ferre Mora, 2015). Romper con el enfoque tradicional, continúa siendo un reto para el fenómeno de la violencia.

Intersectorialidad e Interdisciplinariedad

En cuanto al trabajo en red intersectorial, el propósito del SPI según el Modelo es promover la formulación de políticas públicas de articulación interinstitucional que permitan su activación e intervención efectiva tanto a nivel nacional como local. Asimismo, propone mantener constantes relaciones con entidades públicas o privadas para mejorar el servicio y los tiempos de atención, con el objetivo de intervenir en situaciones que aseguren la protección, atención y reparación a víctimas de violencia, (SDH, 2020). El trabajo intersectorial del Modelo, busca que cada institución intervenga en función de sus competencias por medio de la concertación y coordinación a través de acciones conjuntas con otras instituciones.

Por otro lado, la interdisciplinariedad planteada en el Modelo de Atención del SPI describe que los profesionales deben realizar acompañamiento, orientación, ejecución y derivación inmediata a sobrevivientes y víctimas de violencia desde el área legal, social y psicológica con el propósito de preservar, restituir y reparar derechos de las personas víctimas de violencia que pudieran ser amenazados o vulnerados.

Lo antes mencionado se conecta con la noción de interdisciplinariedad e intersectorialidad de la SMC, especialmente en la actuación conjunta de instituciones y la intervención de equipos interdisciplinarios; sin embargo, prevalece un enfoque fragmentado en la participación de las instituciones y especialistas de diferentes disciplinas.

El paradigma de la SMC exige una acción articulada con mayor capacidad para entender la complejidad de las problemáticas; lo que en esencia las distancia de la SMC ya que, según esta dimensión, el trabajo en red debe ser orientado a entender las determinantes sociales y su multideterminación (López, 2004), no solo acciones puntuales que involucren la participación de un sector o profesional.

Promoción y Prevención en Salud

El Modelo de Atención del SPI hace referencia a “identificar, implementar y fortalecer espacios para desarrollar acciones de

prevención, atención, protección especial y posicionamiento en territorio del SPI en coordinación y articulación con instituciones del Sistema Nacional Integral de Prevención y Erradicación de violencia (SDH, 2020, pp 61). Además de, “generar acuerdos de convivencia para la generación de espacios protectores libres de violencia conjuntamente con las familias” (SDH, 2020, pp 64).

A pesar de la proyección de un trabajo preventivo, en el Modelo no se precisa el tipo de acciones a realizar para este fin, a diferencia de las acciones de atención a víctimas de violencia que se encuentran especificadas en el Modelo.

Una proyección de prevención y promoción para minimizar el fenómeno de la violencia, exige mucho más que la declaración de un objetivo, desprovisto de acciones, métodos y criterios de evaluación. El carácter reactivo de la acción institucional, una vez que se orienta atender víctimas de la violencia, constituye en sí mismo una barrera para una labor de promoción y prevención primaria, de acuerdo al paradigma de SMC.

El principal objetivo del SPI es la erradicación de la violencia; sin embargo, no hay claridad en los lineamientos y acciones de prevención para lograr este objetivo, es necesario repensar el enfoque que se está manejando y considerar la importancia de las acciones de promoción en salud. Estas permitirían generar mayor autocontrol de las comunidades sobre la salud mental y sus condicionantes sociales, disminuyendo los niveles de violencia en lugar de contener la problemática de manera inefectiva, centrada únicamente en la atención.

Caracterización de las Prácticas del SPI desde la Perspectiva de SMC

Para el cumplimiento de este objetivo los resultados se obtuvieron por medio de un Grupo Focal a psicólogos/as y trabajadores/as sociales del SPI, los cuales cumplen con los criterios de inclusión mencionados en la metodología.

A continuación, se presentan los principales resultados de la aplicación de esta técnica con el propósito de conocer las características principales de las prácticas del SPI y analizarlas desde la perspectiva de la SMC.

Empoderamiento y Participación Comunitaria

A partir del Grupo Focal se identificó que las prácticas del SPI están orientadas a erradicar la violencia basada en género y la

restitución de los derechos vulnerados por medio de la atención a víctimas de violencia, generalmente mujeres. Los miembros del grupo informan que en un primer momento se realiza el levantamiento de información a personas víctimas de violencia a pedido de alguna institución del Estado o de manera voluntaria por parte de la usuaria, con el objetivo de activar el sistema local de protección, realizar derivación, conocer la problemática o proporcionar un panorama de la situación que facilite a las instituciones correspondientes tomar decisiones para solucionar el conflicto.

Sobre la intervención, los participantes mencionaron que la característica principal de la acción profesional debe ser una relación empática y una relación de igualdad que permita tener un adecuado rapport; lo que favorecería que la usuaria pueda expresar la situación que está atravesando en un ambiente de confianza. La atención según los miembros del grupo se realiza en oficina y en el domicilio, este último aspecto permitiría contrastar la información brindada en otras atenciones.

De acuerdo al grupo, durante la atención se brinda información a la usuaria sobre el círculo de violencia, los tipos de violencia, las rutas de atención, además de motivar a las usuarias con el objetivo de empoderarlas; sin embargo, según concluyen los participantes, en muchos casos esta tarea se obstaculiza ya que las usuarias desisten a mitad del tratamiento psicológico, por lo que es probable que un alto porcentaje de mujeres vuelvan a ser víctimas de violencia.

Se percibe que las prácticas, según los profesionales del SPI, están dirigidas a levantar información a pedido de entidades del Estado para que pueda tomar decisiones y prescribir las acciones que cree necesarias para restituir los derechos de las víctimas. El profesional brinda información sobre violencia y trabaja bajo esta temática que considera es la necesidad de la víctima. En ese sentido, las prácticas se distancian de lo comunitario, en el que la información resultante de la indagación profesional se devuelva al sujeto para generar una reflexión que pueda guiar su actuación consciente y autónoma.

Estas acciones reflejan el poco control que las usuarias tienen sobre las decisiones y acciones que afectan su salud, además del escaso protagonismo que tienen las usuarias en su propio cambio, situaciones que se alejan del paradigma comunitario. De acuerdo a Mora 2015, el empoderamiento individual o comunitario se consigue por medio de acciones conscientes, activas, generadas internamente desde la participación y la conciencia crítica.

Intersectorialidad e Interdisciplinariedad

Según lo referido por el Grupo Focal, el SPI se enmarca en la de atención y reparación; con mayor énfasis en la atención que se brinda a mujeres, NNA víctimas de violencia por medio del acompañamiento y asesoramiento legal, psicológico o social, con el objetivo de reparar los derechos vulnerados de la víctima. La intervención intersectorial se realiza basada en la derivación del caso a otras instituciones con el fin que cada sector actúe desde sus competencias brindando el servicio correspondiente. En su mayoría atienden a mujeres y NNA víctimas de violencia y en menor medida a personas agresoras.

A través del grupo focal se conoció que existen similitudes significativas en la atención de los profesionales ya que todos persiguen la misma finalidad; todo el personal debe estar capacitado y sensibilizado para dar una correcta atención; sin embargo, las diferencias radican en la particularidad del abordaje que realiza cada profesional.

Las acciones a la que se orienta la intersectorialidad e interdisciplinariedad están dirigidas a atender cuestiones puntuales basadas en urgencias u orientadas a una necesidad que la institución observa y cree que tiene que ser atendida en la víctima como medida paliativa. Según las prácticas la intersectorialidad se trabaja desde compartimentos, desde una competencia de manera sumativa, disgregando a la persona en el aspecto físico, mental, económico, etc., lo que no se correspondería con el enfoque de SMC (Ulivarri, 2010).

Promoción y Prevención de la Salud.

En el grupo existen contradicciones con respecto a la prevención, ya que algunos miembros la realizan por medio de capacitaciones previa solicitud de otras instituciones del Estado; sin embargo, concluyeron que el SPI generalmente no realiza prevención de manera directa ya que tiene convenios con fundaciones que se encargan de este ámbito por medio de capacitaciones y talleres sensibilizadores, lo cual según el grupo contribuye a prevenir y erradicar la violencia.

Se observa con claridad que las acciones de prevención no son prioridad en las prácticas del SPI y son realizadas ocasionalmente desde el punto de vista reactivo, es decir, basadas en una necesidad puntual. Amar (2003) menciona que en prevención o promoción es primordial trasladarse de lo reactivo a lo proactivo y desde los

factores de riesgo a factores protectores e intervenir en los condicionantes sociales. Si bien las charlas y talleres sensibilizadoras ayudan porque inciden en las causas culturales, no cambian las causas estructurales de la violencia.

Contrastación del Modelo y de las Prácticas del SPI desde la Perspectiva de SMC

Los análisis previos permitieron realizar una contrastación entre el Modelo de Atención y las prácticas del SPI lo que permitió encontrar correspondencias y contradicciones con el enfoque de SMC. Se seguirá la misma lógica de presentación de resultados.

Empoderamiento y Participación Comunitaria

De acuerdo a lo planteado, el Modelo de Atención y las características de las prácticas del SPI, se puede concluir que existen correspondencias, pero también contradicciones. Por un lado, tanto en el Modelo como en las prácticas se realiza una prescripción de las medidas de reparación por parte de las instituciones y profesionales, sin considerar la perspectiva de las víctimas, sino lo que ellos consideran prioritario. Existe también correspondencia con respecto a la atención, tanto en el Modelo de Atención y las prácticas del SPI coinciden con la mirada asistencialista a las víctimas de violencia y la importancia de la empatía, lo que contrasta con la noción de participación comunitaria en la que es esencial que los participantes intervengan en todas las fases del proceso (identificación del problema, determinación de prioridades, definición de objetivos, gestión de soluciones y evaluación) por medio de una relación igualitaria.

La mayor diferencia entre lo normado y las prácticas del SPI radica en que las prácticas los profesionales empoderan a la víctima por medio de la motivación e información, además de mantener un trato igualitario en sus atenciones, cuestión que no se detalla en el Modelo del SPI (SDH, 2020). La intención de los profesionales respecto al empoderamiento difiere desde la perspectiva comunitaria; ya que, para llegar al empoderamiento, según Zimmerman citado por Ochoa et al. (2004) debe haber una participación activa de los sujetos, cuestión que no se encuentra en el Modelo de Atención o en las prácticas del SPI.

Intersectorialidad e Interdisciplinariedad.

Referente a esta dimensión, el Modelo de Atención y las prácticas del SPI se corresponden parcialmente, ya que en ambos se plantea un trabajo interdisciplinario y articulado con otras instituciones y profesionales lo cual se acerca a la SMC; sin embargo, las instituciones son quienes definen las acciones que se realizarán lo cual se distancia de la SMC. Según lo menciona Bang & Stolkiner (2013) la comunidad es el motor del funcionamiento de la red y la que proporciona el contenido central a todo el trabajo articulado; en ese sentido las acciones intersectoriales e interdisciplinarias que realiza y propone el SPI no serían comunitarias en tanto no actúen sobre las condicionantes sociales o favorezcan la participación.

Promoción de la Salud y Prevención.

Tanto en el Modelo de Atención como en las prácticas del SPI, se corroboró que ambos toman en consideración la prevención. El Modelo menciona el objetivo de realizar las acciones de prevención; sin embargo, no hace referencia cuales son las acciones que se deben llevar a cabo. De la misma manera, en las prácticas del SPI esta dimensión no es relevante, se orientan fundamentalmente a realizar acciones basadas en la educación y capacitación sobre temas de violencia. Por otro lado, se observa la irrelevancia que tiene la promoción de salud mental en el SPI. De tal manera que las acciones que llevan a cabo se vuelven insuficientes y se alejan de la SMC. Según Cueto (2014) es imposible pensar una prevención y promoción que no tome en cuenta los condicionantes sociales, la participación y que no dé respuesta a las necesidades de los sujetos.

CONCLUSIONES

El Modelo de Atención y las prácticas del SPI, tiene una clara intención de ayudar a que los niveles de violencia disminuyan por medio de la interdisciplinariedad, atención e intersectorialidad; sin embargo, la mirada asistencial y sumativa limita ese propósito, ya que no apuntan a la participación, empoderamiento o a la transformación social de las víctimas de violencia. Asimismo, una concepción reducida de la prevención y ausencia de lineamientos en materia de promoción de salud mental, disminuye la posibilidad de cumplir el objetivo de prevenir y erradicar la violencia que menciona el Modelo de Atención y las prácticas del SPI.

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados y conclusiones obtenidas se recomienda:

1. Proporcionar relevancia a la promoción de la salud mental en la intervención al fenómeno de la violencia.
2. Que las prácticas de los SPI estén basadas en relaciones horizontales, en donde se considere a las víctimas de violencia como protagonista de su propia transformación social.
3. Que tanto el Modelo como las prácticas del SPI prioricen el abordaje desde la participación y el empoderamiento de la comunidad.

REFERENCIAS

1. Amar Amar , J., Abellos Llano , R., & Acosta , C. (2003). Factores Protectores: Un aporte investigativo desde la psicología comunitaria de la salud. *Psicología desde el Caribe*(11), 107-121.
2. Ana Marcos del Cano, G. T. (1996). *Salud Mental Comunitaria*. Madrid: Uned.
3. Antolinez Ruiz, H., Cristancho Balaguera, I., & Suárez Vargas, J. (2020). *La Salud Mental Comunitaria en Versión Pedagógica*. Universidad Pedagógica Nacional, 2-132.
4. Asamblea Nacional Republica del Ecuador. (2018). *Ley para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres*. Quito : Secretaría de Derechos Humanos.
5. Bang, C., & Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud/salud mental desde la perspectiva de redes. *Humanidades y Ciencias Sociales*(46), 123-142.
6. Calvo Gonzales, G., & Camacho Bejarano , R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 424-436.
7. Castro, M. (19 de Julio de 2021). La vida de los otros. Obtenido de GK: <https://gk.city/2021/07/19/femicidios-ecuador-primer-semester-2021/>
8. Consejo Nacional de Igualdad de Género. (2014). *Agenda nacional de las mujeres y la igualdad de género*. Quito: El telégrafo .

9. Constitución de la República del Ecuador. (2008). Quito: registro oficial 449.
10. Cueto, A. M. (2014). La salud mental comunitaria. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina, S. A.
11. Davila, E., & Mercado Sierra, M. (2020). Salud mental Comunitaria: Una explicación del modelo. Voces desde el trabajo social, 270-289.
12. Ferre Mora, M. (2015). Empoderamiento, participación y sentido de comunidad. El caso de las mujeres de Cascallares II. Castellón de la Plana: Universitat Jaume.
13. Gabarron Rodriguez, L. (2004). Investigación participativa: metodología para la atención primaria de la salud mental comunitaria. Psicología y Salud, 14(2), 287-294.
14. García López, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinaria? Cuadernos de trabajo social, 273-287.
15. Gofin, J., & Levav, I. (1992). Diagnóstico Comunitario. En O. P. Salud, Temas de la salud mental en la comunidad (págs. 17-29). Washington, D.C: PALTEX.
16. INEC. (2019). ENCUESTA NACIONAL SOBRE RELACIONES FAMILIARES Y VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA LAS MUJERES . Quito: Ecuador en cifras. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
17. Jibaja, Y. P. (2009). De la clinica a la salud mental comunitaria. Perú: ROEL S.A.C.
18. López, R. G. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinaria? Cuadernos del trabajo social, 17, 273-287.
19. Musitu Ochoa , G., Herrero Olaizola , J., Cantera Espinoza , L., & Montenegro Martinez , M. (2004). Introducción a la Psicología comunitaria. Barcelona: Editorial UOC.
20. Narváez, J. (2014). Modelo de transitividad aplicado a la gestión de la salud mental comunitaria. Universidad y Salud , 67-69.
21. Quintero , G., Sergio , R., Lambori Ruiz , R., Noa Legra , M., & Nicot Martinez, N. (2017). Intersectorialidad y Participación Comunitaria: Paradigma de la Salud Pública en Cuba. Revista Información Científica, 527-538.
22. Secretaria de derechos humanos. (2020). Modelo de atención de servicio de protección integral. Quito: SDH.
23. Ulivarri, P. (2010). La Psicología comunitaria como posibilidad de transitar. Revista Electronica de Psicología Política, 62-99.

SALUD COMUNITARIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN LA CIUDAD DE EL CARMEN, ECUADOR.

Jaramillo Macías Michael Patricio
Gómez Cabeza Enrique Javier

RESUMEN

En la Salud Comunitaria se integran diversas áreas de conocimiento además de la salud y amplía el campo de acción e incluye factores medioambientales, socioeconómicos y la dinámica cultural desde abordajes diversos que introducen dimensiones comunicativas, epidemiológicas, éticas y políticas. La presente investigación siguiendo una lógica de análisis única analiza desde la perspectiva comunitaria el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural y las prácticas del personal sanitario en su labor extramural en el primer nivel de atención. Se realizó investigación cualitativa con alta prevalencia del método inductivo; de corte transversal y alcance descriptivo usando como técnicas el análisis documental y el grupo focal. El MAIS-FCI tiene clara la intención de reconocer a la comunidad y trabajar con la población más allá de los enfermos, pero reproduce la autoridad de la institución de salud sobre la población y no se orienta explícitamente a la generación de autonomía y empoderamiento. Las prácticas extramurales del personal sanitario reproducen la clásica relación médico-paciente con escasa participación de los actores sociales como agentes activos y una articulación intersectorial en casos puntuales poco orientada hacia los condicionantes de la salud.

Palabras Clave: Salud comunitaria, atención primaria de salud

INTRODUCCIÓN

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su reunión de expertos en salud comunitaria ha traído a debate una nueva forma de concebir la Salud Comunitaria. En su discurso la directora de la OPS reconoce que se ha tratado a la salud comunitaria como acceso universal a la salud y cobertura de salud desde una perspectiva individual y reconoce que no han sido capaces de incluir la salud pública de la atención y las comunidades como proponentes

de su propia salud (Etienne, 2017). Sobre la definición de salud comunitaria los expertos estuvieron de acuerdo en que una comunidad refleja el lugar en donde las personas viven, trabajan, juegan, oran, estudian o comparten creencias o necesidades comunes. Un enfoque de salud comunitaria debe abordar espacios geográficos y virtuales, y se ocupa de la salud de todas las personas a lo largo del curso de vida; y debe expresar la diversidad de las personas de la Región (OPS, 2017).

El concepto de salud comunitaria integra diversas áreas de conocimiento además de la salud y amplía el campo de acción incluyendo factores medioambientales, socioeconómicos y la dinámica cultural desde abordajes diversos que introducen dimensiones comunicativas, epidemiológicas, éticas, políticas, entre otras. Comprende a la enfermedad no como algo individual, sino como algo que ocurre dentro del tejido social y ecológico y se define como una estrategia que intenta llevar y aplicar programas salud a nivel local con la participación activa de sus miembros (Correal y Arango, 2014).

Para hablar de salud comunitaria es menester mencionar su relación con la atención primaria de salud (APS). La declaración de Alma-Ata (OPS, 1978) establece una concepción de la atención primaria de salud integral, donde los individuos son partícipes tanto individual como colectivamente de su salud tomando en consideración los factores económicos, culturales y políticos de cada población. En este sentido, los niveles de intervención en salud son muy diversos, desde las grandes líneas políticas que influyen en importantes determinantes de la salud (políticas de empleo, bienestar, vivienda, educación, etc.) hasta los niveles de intervención más locales como el nivel comunitario (Pasarín et al., 2010).

Pasarín y Díez (2013) mencionan que las bases de la acción comunitaria están compuestas de múltiples ingredientes: el trabajo en red (participación comunitaria e intersectorialidad), que consiste en crear alianzas para establecer objetivos compartidos y actuar cooperadamente para alcanzarlos.

Los activos de salud, que comprenden que los recursos colectivos pueden ser un instrumento para promover la salud o para proteger a la comunidad frente a problemas de salud; la mirada salutogénica entendida como el proceso del movimiento que va hacia el extremo de la salud en un continuo bienestar-enfermedad, lo que implicaría no entender el problema de forma dicotómica. Estas dimensiones fueron consideradas en la investigación como las bases de un modelo de salud comunitaria.

En el Ecuador la principal normativa para la atención en salud es el Manual del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) y cuenta con un amplio marco legal que proporciona el derecho a la salud, la estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de los grupos poblacionales (MSP, 2013). El MAIS-FCI tiene un enfoque dirigido a la Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), como estrategia que orienta el desarrollo de los sistemas de salud, al desarrollo de la epidemiología comunitaria, la participación social y el enfoque intercultural como posicionamiento ético y político de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural (Naranjo et al. 2014).

En el caso particular de la Salud Mental Comunitaria en el Ecuador, si bien existe una orientación al desarrollo del modelo comunitario, concurren una serie de limitaciones en su implementación como la prevalencia del modelo biomédico en la evaluación, el diagnóstico y la intervención, que deja fuera la influencia de aspectos familiares y comunitarios; así como la escasa dotación económica y preparación de profesionales en la perspectiva comunitaria. Limitaciones que han sido asociadas al incremento de casos en los centros de salud (Camas Baena, 2018).

En la práctica afloran contradicciones entre los principios de la salud comunitaria asumidos por el MAIS-FCI y las prácticas sanitarias en la atención primaria de salud, ya que normalmente no hay un adecuado seguimiento de las acciones que se realizan desde lo comunitario en relación con lo establecido en los documentos normativos y sus resultados. Más allá de lo normado, en la APS prima la concepción paternalista de atender la Salud.

La presente investigación se propone analizar desde la perspectiva comunitaria el MAIS-FCI y las prácticas del personal sanitario en su labor extramural en el primer nivel de atención en la ciudad de El Carmen. La investigación pretende contribuir a una mejor comprensión de las limitaciones de las prácticas sanitarias en la APS en el primer nivel de atención y las potencialidades desde la perspectiva comunitaria.

En los resultados se hallaron contradicciones importantes entre lo normado, las prácticas extramurales y la perspectiva de salud comunitaria. Se destaca la ausencia de empoderamiento y participación en las prácticas, entre otros aspectos.

MÉTODOS

En la investigación prevalece el método inductivo para producir

conocimiento, se realizó un análisis de corte transversal con un alcance descriptivo del objeto de estudio prevista en dos momentos: en el primero se analizó el MAIS-FCI mediante una guía de análisis documental y se caracterizó las prácticas del personal sanitario que brinda atención extramural en la ciudad de El Carmen tomando en consideración las dimensiones de participación comunitaria, la intersectorialidad y los activos de salud como pilares de la Salud Comunitaria. En un segundo momento, se valoraron dichas prácticas en función a lo normado en el MAIS-FCI y la perspectiva de salud comunitaria. Para la selección de la muestra se realizó muestreo intencional por conveniencia. Como criterios de inclusión, los participantes debían brindar atención extramural o comunitaria de acuerdo con lo establecido en el MAIS-FCI. La muestra estuvo dividida en dos grupos: el primero perteneciente al área urbana, conformado por cuatro participantes, — tres médicos familiares y un técnico de atención primaria en salud (TAPS) —; el segundo grupo del área rural por — un médico familiar y tres TAPS —. Se empleó la técnica de grupo focal para la caracterización y se utilizaron dinámicas grupales para crear un clima empático y facilitar la comunicación en función de los objetivos definidos. La investigación fue realizada en la ciudad de El Carmen en la provincia de Manabí, Ecuador; en los meses de julio a octubre del año 2021.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La presentación de los resultados sigue la siguiente lógica: en primer lugar, se muestra un análisis del documental del MAIS-FCI desde la perspectiva de la cualidad comunitaria, que supone considerar la presencia en el documento de una mirada salutogénica; determinar qué espacio se reserva a la participación comunitaria y la intersectorialidad como trabajo en redes; valorar si son considerados los recursos comunitarios como activos de salud, así como la capacidad del modelo para promover relaciones simétricas con la comunidades que apuesten por su empoderamiento y autonomía.

Posteriormente, a partir del análisis de la normativa vigente, se presentan los principales resultados del grupo de discusión dirigido a la caracterización de las practicas sanitarias del personal de salud en su labor extramural, y su análisis desde la perspectiva comunitaria a partir de las dimensiones declaradas. Finalmente se contrastan las prácticas con lo normado en el MAIS-FCI, con la intención de realizar una lectura holística, desde la perspectiva

comunitaria, en la atención de salud primaria en la ciudad El Carmen.

Análisis del MAIS-FCI Desde una Perspectiva Comunitaria

Como su nombre lo indica, el modelo comprende la dimensión Familiar, Comunitaria e Intercultural, que toma como base conceptual la definición de salud de la OMS y Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), como una estrategia que orienta la accionar de los sistemas de salud en Ecuador. En el marco conceptual, el MAIS-FCI se orienta a la construcción, cuidado y recuperación de la salud en todas sus dimensiones: biológicas, mentales, espirituales, psicológicas y sociales. Menciona dentro de sus bases la declaración de Alma Ata y la carta de Otawa, donde ambos documentos contienen una proyección hacia la participación de los sujetos y el control sobre su propia salud. La normativa además toma en consideración la epidemiología comunitaria que tiene como elemento fundamental el diálogo con las comunidades como herramienta de uso popular e intersectorial.

El MAIS-FCI incluye actividades de promoción (especialmente educación para la salud), prevención, recuperación y rehabilitación de acuerdo al ciclo de vida. El componente comunitario se trabaja por separado como se explica más adelante en los siguientes apartados.

Participación Comunitaria

El MAIS-FCI contempla la participación comunitaria dentro de las labores extramurales o comunitarias con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de la población. La figura de municipios saludables es una estrategia orientada a promover entornos saludables a través de la generación de políticas públicas que favorezcan la participación ciudadana, el bienestar y desarrollo de sus comunidades de manera que influyan sobre los determinantes de la salud.

Para ello, según el MAIS, deben realizarse actividades de convocatoria y sensibilización como la identificación de problemas y necesidades locales, desarrollo de capacidad locales, compromisos con gobiernos locales, organización, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación.

Las comunidades saludables planteada en el MAIS-FCI, es el desarrollo local de actividades dirigidas a fomentar el cuidado de la

comunidad, y está cargo de unidades operativas y equipos integrales de salud definidos como un grupo interdisciplinario de recursos humanos de la salud que realizan actividades de atención al usuario.

En las comunidades saludables incluyen al desarrollo comunitario que pretende fomentar la participación de los ciudadanos y desarrollar el plan local de salud; para esto, se plantea la conformación de consejos parroquiales de salud con participación de autoridades del establecimiento de salud e instituciones locales de la comunidad; elaboración de análisis comunitario de salud, negociación y ejecución de proyectos.

Otro componente relevante en el MAIS-FCI es el diagnóstico inicial de salud, definido como un proceso compartido entre actores sociales mediante el cual se describe y explica de manera transversal, la situación de salud de un espacio – población y se realiza de manera co-participativa con una amplia participación de actores sociales para analizar los determinantes de la salud en todos los niveles, así como identificar necesidades y condiciones particulares de la población.

Lo antes referido se corresponde con la definición formal de participación comunitaria planteada por la OPS (1978) donde las personas y familias son responsables de su salud y bienestar, tanto individual como de la colectividad y mejoran su capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario. En este sentido las problemáticas a atender no son impuestas por la Autoridad Sanitaria Nacional (ASN), sino que son definidas democráticamente con sus miembros y emergen desde los propios colectivos.

Por otro lado, dentro del manual no se refiere de manera explícita el desarrollo del empoderamiento, clave para el proceso de la participación, lo que podría generar relaciones de dependencia de la población hacia el personal sanitario. En ese sentido, habría que pensar en qué medida se gesta el empoderamiento comunitario y el espíritu de autorresponsabilidad dentro del colectivo con el objetivo que las comunidades ganen mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan su salud.

Intersectorialidad

El MAIS-FCI contiene lo que se denomina concertación local para la salud, concebido como un espacio para alianzas interinstitucionales e intersectoriales, con la participación activa y organizada de la comunidad. Se concibe como un mecanismo para

formular y ejecutar políticas locales para el desarrollo comunitario, el control social, el ejercicio de la ciudadanía y sus derechos; planteándose actividades de concertación interinstitucional y plan de trabajo.

Este es un aspecto clave de la Salud comunitaria, ya que la intersectorialidad es la acción coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas a abordar problemas de salud, bienestar y calidad de vida (Quintero et al., 2017); sin embargo; no queda claro cuáles son estas entidades, el papel que desarrollan y cómo se articulan para atender las problemáticas de salud.

Si bien el MAIS-FCI tiene una importante proyección participativa de los actores sociales, sigue siendo ASN quien dirige la acción comunitaria y en última instancia la toma de decisiones. Por otro lado, no se mencionan si las relaciones que se establecen generan autonomía, generatividad o resiliencia por parte de sus miembros o, por el contrario, pueden fomentar relaciones de dependencia hacia el personal de salud como único vehículo para la acción.

Activos de Salud

El MAIS-FCI lo concibe como “trabajo con los recursos de la comunidad” y se basa en el trabajo colaborativo de miembros de la comunidad. Requiere que el personal de salud promueva su organización, los capacite e incorpore a las acciones de salud. Comprende actividades como la recuperación y aprovechamiento de los conocimientos y capacidades de las comunidades, el acompañamiento y participación en la elaboración de los diagnósticos y la planificación de las acciones de salud a desarrollarse; así como la colaboración en acciones específicas de las estrategias sanitarias (inmunizaciones, seguimiento de casos de tuberculosis, etc.) y acompañamiento en las visitas domiciliarias a las familias. Para estas actividades plantea realizar acciones de selección, capacitación, educación continua, seguimiento de recursos de la comunidad, implementación con materiales, equipos e insumos.

Esta perspectiva toma en cuenta los recursos de la comunidad y se ajusta en parte al modelo de activos de salud propuesto por Morgan (2007) con base en la perspectiva salutogénica de Antonovsky (1996) donde se toman en cuenta los activos o recursos como herramientas generadoras de salud y bienestar. Sin embargo, estos recursos están orientados a lo planificado por la ASN en un

sentido más asistencial, curativo y orientador en lugar de dirigirse a las condicionantes de la salud mediante el mapeo de activos dirigido a la promoción de la salud; además, no hay claridad de qué manera se usarán las capacidades o cómo se evalúan los resultados obtenidos. Así mismo, la noción de capacitar, en vez construir, puede generar relaciones asimétricas de dependencia hacia el personal sanitario.

Caracterización de las Prácticas Sanitarias en su Labor Extramural

Participación Comunitaria

La participación comunitaria se basa en que grupos específicos comparten alguna necesidad, problema o interés y tratan activamente de identificarlos buscando mecanismos y tomando decisiones para atenderlos. De acuerdo a lo descrito en las prácticas, el grupo definió que se atiende a pacientes con mayor vulnerabilidad, por ejemplo: enfermedades crónicas descompensadas, embarazadas, niños menores de cinco y dos años, adultos mayores, etc. Los médicos generales y TAPS detectan los pacientes prioritarios y dependiendo de la urgencia se comunica a médicos familiares para su intervención, siendo la parte biológica el motivo de la visita y lo primero a analizar según lo detallado. En una segunda dimensión de análisis se contemplan algunos elementos de tipo psicosocial: el tipo y roles de la familia, violencia intrafamiliar, hábitos alimentarios, consumo de sustancias psicoactivas y situación de pobreza. Destacando este último aspecto como causa de las demás problemáticas psicosociales referidas, sin emitir una respuesta clara sobre el proceso de intervención de las mismas.

Se pudo percibir que dentro de las funciones realizan atención principalmente dirigida al componente biológico refiriendo someramente aspectos psicosociales circunscritos al ámbito familiar, relacionándolo al tratamiento y la dieta de paciente. No se encontraron elementos que relacionen estas prácticas con una acción sobre condicionantes sociales de la salud o en fomentar la participación comunitaria. La promoción y prevención tiene una mirada más orientadora, basada en recomendaciones y en ofertar los servicios del MSP, sin detallar una diferencia clara entre las dos.

Uno de los aspectos psicosociales relevantes, pero poco destacados, fue la violencia intrafamiliar, que es un problema de salud frecuente ya que a largo plazo puede favorecer la aparición de

problemas de salud mental en las víctimas, tales como trastornos depresivos, trastorno de estrés postraumático, disminución de la autoestima, conductas suicidas, abuso de alcohol y de otras sustancias, y trastornos de la personalidad (Vargas Murga, 2017).

Intersectorialidad

Se puede percibir en los dos grupos el reconocimiento de instituciones intersectoriales, con una atención enfocada en situaciones emergentes, como movilización del personal, la curación o la adquisición de beneficios hacia los pacientes. Por ejemplo, sobre situaciones de violencia expresaron “la junta cantonal de protección de derechos también nos aporta cuando hay violencia” (Zambrano, 2021); de la misma manera, debido al alto índice de embarazo refieren realizar actividades orientadoras sobre la sexualidad con el Ministerio de Educación refiriendo “la directora gestionaba un grupo de alumnos y se iba con el obstetra y se realizaban foros, charlas y se les daba la educación en cuanto al tema sexual” (Cedeño, 2021). Estas acciones denotan una acción intersectorial coordinada pero enfocada en las contingencias en lugar de plantear acciones que empoderen o fomenten la participación.

La intersectorialidad debe involucrar la interacción con otros sectores de políticas públicas con un adecuado diagnóstico y planificación de las intervenciones y organizaciones para hacer frente a los determinantes sociales (Giovanella et. al 2015). De acuerdo a lo expuesto en los grupos, las actividades intersectoriales no actúan sobre determinantes que inciden en la salud de la población; más bien, se orientan acciones puntuales enfocadas en la urgencia. El tema protocolario en el trabajo entre instituciones es percibido como algo burocrático y complejo, que tiende a demorar la solución de problemas.

Activos de Salud

El colectivo refiere que se realiza un trabajo mancomunado donde no solo interviene el sector salud, sino la sociedad. Citaron, por ejemplo, a los actores sociales de las juntas parroquiales, líderes comunitarios y la iglesia como entidades que en algún momento brindan su ayuda y se establecen compromisos que deben cumplir. Mencionan además que deben ser partícipes de su propia salud mediante la creación de grupos, clubes y mantener una comunicación con líderes comunitarios que sean “guardianes”

(Zambrano, 2021) y busquen situaciones de salud que los médicos creen prioritarias y de esta manera se vuelven activos en su salud.

Asimismo, mediante los líderes y el comité local de salud se realizan arreglos al centro de salud como la plantación de huertos, compra de tachos y pintura.

De la misma manera, añaden que las comunidades son de gran ayuda al identificar embarazadas de alto riesgo y favorecer la movilización al personal de salud en las distancias que deben recorrer para llegar los diferentes sectores. Por otro lado, mencionan la existencia de clubes de hipertensas, embarazadas, adolescentes y de personas enfermedades crónicas. Se realizan charlas, dinámicas y atenciones de manera mensual donde reciben educación en temas de salud para poderlo llevar otras personas que no conocen los servicios del MSP.

Por lo antes expuesto, se puede percibir la importancia que se le da a recursos grupales sobre todo formales, en las labores cotidianas del personal de salud, orientados principalmente a la detección de pacientes que requieran una atención médica urgente en determinado sector, así como en la adquisición de insumos para el centro de salud y la formación de clubes en grupos de pacientes con patologías, apoyados principalmente por medio de charlas informativas.

Es importante destacar que no se realiza un adecuado mapeo de activos de salud, centrados la búsqueda de recursos y capacidades individuales o grupales dentro de sus miembros, así como la detección de espacios físicos dentro de la comunidad sean formales o informales que puedan favorecer la participación de sus miembros en función de su propia salud (Morgan & Hernán, 2013). En base a la perspectiva salutogénica las charlas que se brindan hacia grupos con patologías se enmarcan en la curación y protección de la salud otorgándole un papel pasivo a la población (Rivera de los Santos et al. 2011), lo que replicaría la tradicional relación médico-paciente. En este sentido, y desde una mirada salutogénica las acciones del personal de salud tendrían que enfocarse en los factores que apoyan la salud y el bienestar, y no solo población enferma o en riesgo.

Valoración de las prácticas en función de lo normado en el MAIS y la Salud Comunitaria

Al contraponer a las prácticas descritas con lo normado por el MAIS y la perspectiva de salud mental comunitaria, se identifican importantes contradicciones. Por un lado, las prácticas se centran

en la búsqueda de atención de pacientes vulnerables y prioritarios, y la posterior atención médica según el problema de salud con mayor énfasis en el componente biológico y en menor medida los aspectos psicosociales.

Así mismo, las articulaciones con otras instituciones se enfocan en la urgencia de atención de los usuarios o la búsqueda de beneficios asistenciales, lo que contrasta con lo normado en el MAIS-FCI (2013) donde las articulaciones también deben buscar la participación activa de la comunidad en la ejecución de políticas locales de desarrollo y no solo en la urgencia y los beneficios. En cierta medida las prácticas se corresponden con la noción de intersectorialidad de la Salud Comunitaria (Quintero et al. 2017) ya que existen articulaciones entre instituciones del sector social; sin embargo, estas no están dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida y la producción social de la salud; sino en acciones puntuales sin capacidad para incidir en los condicionantes sociales la salud.

Respecto al MAIS-FCI y la noción de intersectorialidad, se encuentran correspondencias en lo planteado en la proyección comunitaria; sin embargo, no quedan claras acciones sistemáticas o el papel de los sectores involucrados en el desarrollo de las comunidades. Asimismo, las acciones con la comunidad se concentran mayormente en brindar una información unidireccional, a través de charlas, consejería y conformación de clubes en personas con patologías previas, siendo este último aspecto el de mayor relevancia desde el punto de vista comunitario, ya que podría ser orientado hacia generación de autonomía o a la modificación de estilos de vida en la población.

Por otro lado, las prácticas dejan fuera otros componentes de la acción comunitaria contenidos en el MAIS-FCI, como la elaboración del ASIS que se realiza con la participación de los actores sociales en el análisis de los determinantes de salud, realidad local y potencialidades para el cuidado de la salud (MSP, 2013). De la misma manera, las prácticas difieren de lo planteado en cuanto a la participación comunitaria ya que estas deben estar orientadas a las necesidades, al problema o interés de la comunidad y trabajar activamente en identificarlos y tomar decisiones para atenderlos (Hervas de la Torre, 2011), y no solo la articulación con líderes o actores sociales en identificación de casos o necesidades emergentes. En relación a lo normado y la noción de participación comunitaria, ambas se corresponden en sus definiciones, pero esto no se pudo constatar en las prácticas del personal sanitario. Por otra parte, las acciones de orientadas a la curación y orientación, definen un tipo de relación asimétrica de subordinación a las lógicas de la

asistencia médica, que limitan significativamente las posibilidades de transformación de las condicionantes sociales de los problemas de salud de las poblaciones (Pasarín et al. 2010).

De la misma manera, MAIS-FCI no hace referencia a la noción de empoderamiento y autonomía que son clave para participación y la intersectorialidad (Quintero et al. 2017), aspectos que tampoco se evidencian en las prácticas sanitarias.

En relación a los recursos de la comunidad, en las prácticas se establecen como recursos a los líderes barriales y comunitarios, orientados principalmente a la detección de casos emergentes o realización de inmunizaciones o visitas. Los aspectos antes mencionados se corresponden con lo normado, pero se deja fuera el reconocimiento de las comunidades, el seguimiento de los recursos o la educación continúa referida en el MAIS-FCI. De acuerdo a la concepción de la Salud Comunitaria, la noción de activos de salud sobrepasa a lo referido en las prácticas y el manual, se enmarca dentro de la promoción de la salud con el propósito de potenciar los recursos comunitarios. Toma en cuenta no solo talentos individuales y colectivos, sino que considera a su vez los recursos ambientales mediante el mapeo de activos (Rivera de los Santos et al. 2011); además, y promueve el rol protagónico de las poblaciones en relación a las estrategias de salud y el uso de los servicios y posiciona a los individuos en el eje central del proceso de desarrollo de la salud (Morgan & Hernán, 2013).

CONCLUSIONES

En MAIS-FCI tiene clara la intención de reconocer a la comunidad y trabajar con la población más allá de los enfermos, pero reproduce la autoridad de la institución de salud sobre la población y no se orienta explícitamente a la generación de autonomía y empoderamiento. Además, tiene una noción de recursos comunitarios limitada que interfiere en el desarrollo de la participación y la intersectorialidad.

Las prácticas extramurales del personal sanitario reconocen la importancia de los elementos psicosociales y tienen una articulación intersectorial; sin embargo, reproducen la clásica relación médico-paciente con escasa participación de los actores sociales como agentes activos y una articulación intersectorial en casos puntuales poco orientada hacia los condicionantes de la salud.

El modelo ecuatoriano debe enfatizar en el seguimiento de los procesos de participación y desarrollo comunitario en las prácticas

extramurales planteadas en el MAIS-FCI, tomando en consideración el empoderamiento y la autonomía como aspectos claves a desarrollar donde se desplieguen acciones intersectoriales desde una mirada salutogénica, enfocada en los factores que propician la salud y el bienestar.

Para esto es importante una asignación de recursos económicos dirigidos especialmente a la promoción y prevención de la salud, capacitación y contratación de personal sanitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11-18.
2. Buitrago Ramirez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentana, L., Fernández Alonso, M., García Campayo, J., Montón Franco, C., & Tizón García, J. (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. *Aten Primaria*, 83-108.
3. Camas Baena, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. Manta: *Rev Panam Salud Publica*.
4. Cedeño, M. (2021, Septiembre). Practicas del personal sanitario en su labor extramural. (M. Jaramillo Macías, Interviewer)
5. Correal Muñoz, C. A., & Arango Restrepo, P. (2014). Aspectos bioéticos en la Salud Comunitaria. *pers.bioét*, 194-212.
6. Etienne, C. F. (2017, Junio 14). OPS. Retrieved from <https://www.paho.org/es/noticias/14-7-2017-reunion-expertos-salud-comunitaria-definicion-salud-comunitaria-siglo-xxi>
7. George Quintero, R. S., Laborí Ruiz, R., Noa Legrá, M., & Nicot Martínez, N. (2017). Intersectorialidad y participación comunitaria: paradigma de la Salud Pública en Cuba. *Rev Inf Cient*, 527-538.
8. Giovanell, L., Fidelis de Almeida, P., Vega Romero, R., Oliveira, S., & Tejerina Silva, H. (2015). Panorama de la Atención Primaria de Salud en Suramérica: concepciones, componentes y desafíos. *SAÚDE DEBATE* |, 300-322.
9. Hervas de la Torre, A. (2011). La participación comunitaria en Salud y el Trabajo Social Sanitario . *Documentos de Trabajo Social*, 146-186.

10. Morgan, A., & Hernán, M. (2013). Promoción de la salud y del bienestar a través del modelo de activos. *Rev Esp Sanid Penit*, 78-86.
11. Morgan, A., & Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: an assets model. *IUHPE – PROMOTION & EDUCATION SUPPLEMEN*, 17-22.
12. MSP. (2013). Manual del Modelo de Atención Integral en de Salud- MAIS. Ecuador: Ministerio de Salud Publica.
13. Naranjo Ferregut, J. A., Delgado Cruz, A., Rodriguez Cruz, R., & Sanchez Pérez, Y. (2014). Consideraciones sobre el Modelo de Atención Integral de Salud del Ecuador. *Rev Cubana Med Gen Integr* .
14. OPS. (1978). DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (pp. 1-3). Pan American Health Organization.
15. OPS. (2017, junio). Organizacion Panamericana de la Salud. Retrieved from https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13486:community-health-experts-meeting-defining-community-health-in-the-21st-century&Itemid=42391&lang=es
16. Pasarín, M., & Díez, E. (2013). Salud comunitaria: una actuación necesaria. *Gac Sanit*, 477-478.
17. Pasarín, M., Forcada, C., Montaner, I., Lluís De Peray, J., & Gofín, J. (2010). Salud comunitaria: una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanit*, 23-27.
18. Rivera de los Santos, F., Ramos Valverde, P., Moreno Rodríguez, C., & Hernán García, M. (2011). ANÁLISIS DEL MODELO SALUTOGÉNICO EN ESPAÑA: APLICACIÓN EN SALUD PÚBLICA E IMPLICACIONES PARA EL MODELO DE ACTIVOS EN SALUD. *Rev Esp Salud Pública*, 129-139.
19. Vargas Murga, H. (2017). Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *Rev Med Hered*.
20. Zambrano, D. (2021, Septiembre). Practicas extramurales del personal sanitario en su labor extramural. (M. Jaramillo Macías, Interviewer)

AFECTACIONES DE LA SALUD MENTAL EN FAMILIARES DE PERSONAS CON CONSUMO A SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS.

López Zambrano Cindy Maribel
Justo Reinaldo Fabelo Roche

RESUMEN

Introducción: La familia es el pilar fundamental de la sociedad y desempeña varias funciones con el objetivo de contribuir al desarrollo y protección todos sus miembros. Ante la presencia de una persona adicta, todo el núcleo familiar más cercano se ve afectado.

Objetivo: Los objetivos del estudio fueron analizar las afectaciones de la salud mental en familiares de personas con consumo de sustancias psicotrópicas, caracterizar las prácticas profesionales dirigidas a ellos y proponer acciones para el mejoramiento de dichas prácticas desde la perspectiva comunitaria.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática sobre las afectaciones de la salud mental en familiares de personas con consumo de sustancias psicotrópicas proveniente de diferentes bases de datos: organizaciones, revistas, artículos y páginas web. Se tuvo en cuenta que las fuentes consultadas tuvieran menos seis años de publicadas y en idioma español. Se consideraron los artículos originales existentes.

Resultados: Entre las afectaciones a la salud mental que presentan los familiares de los pacientes adictos, según la revisión sistemática realizada, se encuentran las relacionadas con el proceso de cuidado y la atención que ello demanda. Para su atención se utilizan prácticas profesionales diversas y actividades comunitarias basada en los grupos de autoayuda.

Conclusiones: Las principales afectaciones de la salud mental en los participantes en el estudio fueron codependencia, sobrecarga, estrés, ansiedad y depresión. Las prácticas profesionales se caracterizaron por utilización de técnicas cognitivo-conductuales y terapia sistémica familiar fundamentalmente. Las principales acciones para el mejoramiento de dichas prácticas son propiciar apoyo, atención y actividades en el entorno comunitario.

Palabras clave: adicto, codependencia, familia, salud mental, sobrecarga, sustancias psicotrópicas

INTRODUCCIÓN

La adicción a las drogas se genera a partir del uso de dichas sustancias psicoactivas, las cuales modifican el funcionamiento del cerebro y su estructura provocando conductas peligrosas en la persona que los consume. Dichas sustancias afectan por igual a individuos de cualquier raza, edad y estatus social, ya que todas las personas pueden desarrollar esta afección. Las adicciones son tan peligrosas que pueden llegar a destruir la vida del paciente día a día y también a familias enteras.

El consumo de sustancias es un fenómeno altamente frecuente y universal del cual no es ajena ninguna sociedad. El uso de drogas se propicia por los efectos positivos y agradables que aquellas originan. Son utilizadas para aliviar la sensación de cansancio y de fatiga, para estimular o relajar y para tener percepciones fuera de lo normal. Sin embargo, a corto, medio y largo plazo las drogas dan lugar a efectos negativos, nocivos y desagradables que hacen que la calidad de vida del consumidor se vea seriamente afectada (Arquillo, 2015) (Lucas, Quijije, Quiroz , & Lino, 2021).

El hecho de tener una persona cercana que es adicta afecta en gran medida al círculo familiar, a los amigos cercanos y compañeros y a la sociedad en general. Al pasar el tiempo la adicción se hace cada vez más crónica modificando el comportamiento de individuo y provocando el rechazo de su propia familia y de la sociedad en general.

El papel de las familias es clave en la prevención de las adicciones, a través de la transmisión de valores, actitudes y comportamientos adecuados a los hijos e hijas, fomentando desde la infancia hábitos de salud, responsabilidad y el desarrollo de una personalidad fuerte y crítica. Contribuye a propiciar que no dependan de ninguna sustancia para desarrollarse plenamente, incrementando los factores de protección y reduciendo los riesgos para adaptarse de forma sana a su entorno social.

Las relaciones familiares son un espacio complejo de crecimiento y a la vez de limitaciones para la persona; es ahí donde sucede la mayoría de la formación y se construye la identidad de los individuos. Es éste el principal espacio donde existe el peligro de desarrollar conductas de riesgo tales como adicciones o relaciones dependientes. Esta amenaza aumenta si debe asumirse el rol de ser la cuidadora, la solucionadora o salvadora de los demás, como en muchos casos sucede a las madres. (Leyva, 2021), (Casanova , García, Luna, Merchan, & Niño , 2021).

Las familias son la primera red de contacto que un ser humano tiene con el mundo, razón por la cual es considerada la principal fuente de apoyo de una persona. En el caso de una persona adicta, la familia recibe de forma directa el impacto de una adicción, generándose así una disfunción en ella. Muchas veces por querer ayudarlos, termina convirtiendo esta acción en una coadición, bien sea por parte de un solo miembro o del núcleo familiar completo (Alvarado, 2019) Estas familias suelen tener otras dificultades, por lo que se hace complejo sobrellevar la convivencia con el adicto.

Los familiares aceptan el dolor y el sufrimiento que la progresión de la enfermedad del adicto trae consigo. Según estudios que se han realizado a lo largo de varios años, el adicto y la familia tardan casi cuatro años en tomar conciencia del problema y otros dos años para que se decidan a buscar ayuda. La familia ejerce roles complejos en la recuperación del adicto, donde los valores, sentimientos, emociones, son parte de un sistema en continua evolución y cambio, adaptándose, transformándose en relación con las presiones del medio en que se desenvuelven, siendo la relación familiar de gran importancia” (Cevallos, 2020), (Guznay & Peñafiel, 2017)

Se considera a la familia como una herramienta de intervención valiosa para romper la negación de la persona adicta y así iniciar el proceso recuperación, pero en ocasiones suele ser la principal causa de que el paciente abandone el tratamiento e incluso provocar deslices y/o recaídas” (Cevallos, 2020).

El presente estudio consiste en una revisión sistemática que se realizó con el siguiente objetivo general:

- Valorar la presencia de afectaciones a la salud mental y las prácticas profesionales dirigidas a la atención psicológica a familiares de personas con consumo de sustancias psicotrópicas.

Objetivos específicos:

- Analizar las afectaciones de la salud mental en familiares de personas con consumo de sustancias psicotrópicas.
- Caracterizar las prácticas profesionales dirigidas hacia los familiares de personas con consumo de sustancias psicotrópicas.
- Proponer acciones para el mejoramiento de estas prácticas desde la perspectiva comunitaria.

METODOLOGÍA

El estudio se basó en la revisión sistemática de literatura en fuentes de datos digitales. Se revisaron documentos procedentes de los repositorios digitales Dialnet, Scielo, PubMed, Redalyc y Web of Science. Se encontraron reportes de publicaciones sobre afectaciones a la salud mental en 63 artículos. Se consideró como criterio de inclusión aquellos artículos publicados durante los últimos seis años que hicieran referencia a las afectaciones de la salud mental de familiares de los adictos. Como criterios de exclusión se tuvo en cuenta no valorar los artículos con imprecisiones metodológicas y otros errores formales. Finalmente se consideraron 25 textos que se referían concretamente a afectaciones en familiares de personas con consumo de sustancias psicoactivas.

Para dar respuesta al primer objetivo se realizó una revisión sistemática sobre las afectaciones de la salud mental en familiares de personas con consumo de sustancias psicotrópicas proveniente de diferentes bases de datos: organizaciones, revistas, artículos y páginas web. Se tuvo en cuenta que las fuentes consultadas tuvieran menos seis años de publicadas y en idioma español. Se consideraron los artículos originales existentes y fueron excluidos los que no cumplieran con el objetivo del presente trabajo.

Para dar respuesta al segundo objetivo se valoraron textos que describían las prácticas profesionales dirigidas hacia los familiares de los pacientes adictos. Además se revisaron los reportes de deshabituación psicológica con participación de pacientes y familiares que se atienden en el centro de rehabilitación “Cradi” de la ciudad de Manta.

Para dar respuesta al tercer objetivo se analizaron los contenidos revisados que tributaron a la perspectiva comunitaria y a partir de ello se propusieron acciones para el mejoramiento de dichas prácticas.

RESULTADOS

Entre las afectaciones a la salud mental que presentaron los familiares de los pacientes adictos estudiados, según la revisión sistemática realizada, se encuentran la codependencia, la sobrecarga, el estrés, la ansiedad y la depresión. En la mayoría de las publicaciones revisadas se expresa que entre los familiares predomina la esperanza de lograr contribuir eficazmente a la recuperación del paciente y por ello se involucran en las actividades

terapéuticas y en los grupos de autoayuda en que participan. Una de las principales afectaciones en la salud mental de las familias de las personas con adicciones, es la codependencia que con frecuencia ocupa los primeros puestos en los familiares directos del adicto.

La codependencia es un comportamiento aprendido que puede transmitirse de una generación a otra. Es una afección emocional y de comportamiento que afecta la capacidad de una persona para tener una relación sana y mutuamente satisfactoria (Bustos, 2018), como también afecta la capacidad de pensar y a su vez limita llevar una vida normal. Llega a afectar a todos los miembros de la familia y en especial a el/la conyugue o padres e hijos. La codependencia también es conocida como "adicción a las relaciones" ya que las personas tienden a menudo a formar o mantener relaciones que son dependientes, destructivas emocionalmente y/o abusivas.

Los adolescentes consumidores de drogas perciben a sus padres como más sobreprotectores y menos respetuosos con su intimidad. Las madres suelen tener el papel más protector y manipulador, mientras que el padre se implica en menor medida en la relación familiar. Se refiere que la codependencia en las familias siempre está presente ya que el consumo de drogas se torna un problema de manera general, dando lugar a que los padres de familia estén más alertas sobre lo que hacen sus hijos, dejando a un lado sus vidas propias (Maria & Estrada, 2016)

La codependencia puede ocurrir en cualquier persona que está en contacto con la adicción de otra persona, ya sea un familiar, amigo, compañero, pareja o cliente que sufra de adicción. Toda persona expuesta a estos desórdenes puede desarrollar codependencia. Algunos autores consideran que esta situación determina que no solo la persona afectada tenga una vida desordenada sino también las personas que están a su alrededor (Arias & Giraldo, 2017) En muchas ocasiones este comportamiento se llega a malinterpretar, refiriéndose que el tener una conducta dependiente es ser buena esposa, madre o que le está ayudando a salir de su adicción.

En un estudio realizado en Cuba acerca de la sobrecarga en cuidadores primarios de adictos en recuperación, se concluye que la mayoría de los cuidadores primarios de pacientes adictos en recuperación estudiados presentaron sobrecarga y percibieron a sus familias con algún nivel de disfuncionalidad (Ortiz, 2016).

A la mayoría de los familiares que tienen una persona que consume sustancias psicotrópicas a su cuidado, la vida se les vuelve tormentosa y su tranquilidad se convierte en un caos. En muchos de los casos solo un miembro de la familia toma este rol,

ocupándose de la vida del adicto por completo y olvidándose de su vida.

Por lo general son las madres o las esposas las que asumen esta responsabilidad. En algunos casos son los hijos de las personas adictas los que asumen la responsabilidad de ser cuidadores de sus padres consumidores (Galván, 2019)

El impacto de esta problemática en las familias puede causar más daño y dolor que cualquier otra influencia interna o externa de la unidad familiar, debido a que somete a todos los miembros a experimentar sentimientos negativos como la incertidumbre, estrés, sufrimiento moral y emocional, fractura de las relaciones y la comunicación al interior del núcleo familiar.

Los familiares se ven obligados a desarrollar el rol de cuidador informal del paciente con enfermedad crónica. Así, a partir de la atención integral que llevan a cabo durante años, se van desarrollando altos niveles de estrés y ansiedad llevándole a sufrir sobrecarga. Bertrán Suarez plantea que la responsabilidad que enfrenta el familiar como cuidador conlleva mucha dedicación, a su vez demanda el empoderamiento en la calidad y estilo de vida de sí mismo y del adicto, afectando a corto plazo el entorno social, psicológico y biológico (Bertran Suárez, 2020)

La familia enferma, por lo general, tiene una pobre o nula comunicación. Esta comunicación es superficial y con frecuencia genera conflictos; es una comunicación agresiva, unidireccional, que evita el diálogo (Guzmán, 2019). La comunicación se realiza en una forma defensiva de ambas partes ya que en muchos de los casos se intentan evitar confrontaciones y no se asume la responsabilidad sobre la conducta de sus miembros.

En muchas ocasiones en familias con personas adictas la forma de tratarse y de comunicarse se torna agresiva donde existen insultos, gritos, humillaciones y hasta golpes. Por lo general todo esto deteriora la autoestima y la relación que existe en el hogar, a su vez para los familiares no es fácil afrontar toda esta situación ya que desencadena un sinnúmero de enfermedades físicas y emocionales. La familia vive en un estado emocional de continua tensión, ansiedad y estrés, una sensación de vacío por la falta de apoyo, comunicación, amor y confianza.

El rol de la familia es muy importante en la vida de una persona que consume sustancias psicotrópicas, ya que del apoyo que les brinden dependerá que puedan tener una buena calidad de vida. Por otra parte, entre las consecuencias más frecuentes de convivir con una persona adicta a corto y largo plazo se encuentra el estrés, ansiedad, desesperanza, conductas inapropiadas dentro y fuera del

hogar, descuido de su salud, vergüenza y aislamiento (Alonso & Rodas, 2019).

Las conductas que presentan las personas que tienen algún tipo de adicción pueden llegar al extremo de no saber qué hacer con sus vidas. Vale recalcar que la mayoría de estos comportamientos que aparecen tanto en la familia como en el adicto se pueden volver permanentes e incluso transmitirse a través de una cadena por generaciones.

Torres (2017) considera que las adicciones pueden provocar afectaciones en las áreas cognitivas, conductuales, psicosociales y emocionales, deterioro de la capacidad de aprendizaje por parte de los niños y adolescentes, tendencia a desarrollar un trastorno por uso de sustancias, problemas de violencia y necesidad de tener control en las relaciones. (Torres, 2017). Esta situación puede desarrollarse en las esposas, pero es más común en las madres que son las que con mayor frecuencia asumen el rol de cuidadoras. En estos casos suelen aparecer trastornos mentales como depresión, ansiedad y dificultades con su autoestima.

Diversos autores han identificado en sus investigaciones que existen tres factores fundamentales asociados con el efecto psicológico que causa a corto y largo plazo en las familias el cuidado de dichos pacientes. Al respecto se refieren a elevados niveles de depresión, ansiedad y baja autoestima. Es válido señalar que no a todas las familias les afecta esta situación de la misma manera. Ello dependerá de la presencia o no de antecedentes de maltrato, funcionalidad familiar, satisfacción respecto al sistema familiar, comunicación padres-hijo, cercanía con los padres, actitudes de los padres hacia el consumo de alguna sustancia, seguimiento del consumo de los hijos por parte de los padres, apoyo familiar y estilos de crianza (Mendoza & Vargas, 2017)

Otros autores estudiaron las fichas demográficas de un grupo considerable de familiares de personas adictas a sustancias psicotrópicas con la finalidad de conocer la relación entre los problemas de consumo de sustancias y la depresión en familiares de los usuarios del centro “Proyecto Esperanza”, utilizando diferentes reactivos y llegaron a la conclusión de que la mayor parte de las familias presentaron depresión (Minchala & Novillo, 2020) Declararon además que el consumo de su familiar constituye una dificultad para poder salir adelante y que tener que cuidar a una persona con adicciones les ha cambiado la vida. Según estos autores dichas familias manifestaron que “lo han tenido que dejar todo a un lado” por estar pendientes de dicho paciente y muchas veces sin saber si lograrán recuperarse o no. Muchas de las familias

evaluadas expresaron que la depresión que han presentado ha sido severa y a largo plazo haciendo énfasis en que no solo el adicto ha sido perjudicado por el consumo, sino la familia en general.

La depresión suele acompañarse en estos casos de diversas manifestaciones psicopatológicas como ansiedad, estrés, insomnio y cambios en el apetito, así como de otros síntomas no relacionados con la depresión. En algunos casos la depresión ha sido leve y a corto plazo, lo cual suele estar determinado por la rápida recuperación del paciente. También refieren que todas estas problemáticas se presentaron en muchas de las familias al enterarse que sus pacientes eran consumidores, lo cual con frecuencia sucede cuando ya tenían años consumiendo y teniendo un estilo de vida inadecuado. En los estudios consultados se ha constatado que los cuidadores son generalmente mujeres y con mayor propensión a la depresión que los hombres.

Con referencia al primer objetivo se puede evidenciar en los resultados ya expuestos que los efectos psicológicos en las familias con pacientes adictos son básicamente afectaciones en el estado de ánimo y en la vida diaria. También una gran parte de las familias presenta síntomas psicológicos ligados con codependencia que presentan, independientemente del tiempo de consumo del adicto, ya que al conocer que tiene un adicto dentro de su núcleo familiar se suscita un gran cambio y comienzan a padecer de trastornos del estado de ánimo. Los familiares tratan de buscar estabilidad en el hogar, sin embargo, presentan sentimientos de incapacidad y culpa al no poder ayudar en la rehabilitación del adicto.

Al comentar el segundo objetivo cabe señalar que dentro de todas las técnicas de tratamiento y rehabilitación que se emplean para drogodependientes y la familia, la terapia familiar se hace indispensable para conseguir la rehabilitación completa del individuo. La familia, es el primer apoyo en la reinserción social del drogodependiente, tiene una participación importante y no sólo debe acompañar al paciente, sino que tiene que participar activamente en las terapias.

Siempre que uno de los miembros de una familia desarrolle alguna conducta adictiva existen posibilidades de que otro de los demás miembros de determinada familia desarrolle un comportamiento conocido como codependencia o coadicción. Para superar dicha situación se necesita ayuda profesional por lo tanto la familia y la persona adicta debe empoderarse y contribuir a que dichos profesionales le puedan ayudar. En muchos de los casos también es necesario algún programa de intervención psicoterapéutico en clínicas de rehabilitación, ya que muchas veces

tienen como apoyo un grupo de profesionales y terapeutas de seguimiento que brindan su ayuda de manera desinteresada a los pacientes y familiares.

Rodríguez (2016) desarrolló un estudio para aplicar y evaluar un programa psicoterapéutico para el tratamiento y prevención de las adicciones tanto para pacientes adictos como para la familia en el que se detalla que en el tratamiento a aplicar deben combinarse las terapias individual y grupal. Deben considerarse muchos parámetros, además de la demanda de cada paciente y su familia. En estas terapias se trata de garantizar un acompañamiento personal en el que se pretende contribuir a descubrir oportunidades, potencialidades, virtudes y fortalezas, las cuales deben servir para promover un cambio personal. También es oportuno trabajar la historia de vida del paciente sin olvidar que la decisión de un cambio la tiene el adicto y el apoyo de la familia.

Cuando se realiza terapias individuales (pacientes y familias) se basan en un proceso motivacional por el cual una persona decide iniciar el cambio de conducta respecto a las drogas: Ello suele ser muy complejo, ya que es una decisión que cambiara su vida y la de las personas que lo rodean.

Por un lado, la terapia grupal, con una metodología activa y semidirigida, cuenta con la participación de la familia, teniendo siempre la suficiente sensibilidad y flexibilidad para incluir y dar espacios a aquellos temas que lo demandan los miembros de la familia, a partir de una planificación previa cuyos resultados se pretenden conseguir a lo largo del proceso. El afrontamiento familiar y el apoyo que ellos brindan a sus familiares con adicción en los centros de rehabilitación es de mucha importancia ya que la familia es el pilar fundamental de una persona adicta, y son los primeros en tomar conciencia de la enfermedad y de su gravedad, lo cual se desencadena a partir de una serie de etapas.

Se refiere que ese sufrimiento es “un dolor espiritual profundo que experimentan los miembros de la familia debido a la indolencia, abusos, agresiones, desatinos, escándalos, conflictos, delitos, hurtos y desfalcos que comete el individuo como consecuencia de la enfermedad adictiva. (Bautista , 2019). Por lo general la persona enferma no toma conciencia del daño que se está haciendo a sí mismo y a su familia.

En cuanto a la dinámica familiar, existen factores que favorecen al desarrollo satisfactorio del estado emocional de los miembros, como la buena comunicación, cohesión familiar, necesidades afectivo-emocionales y materiales cubiertas, la convivencia y socialización de sus miembros, equilibrio y tesón para enfrentar

tensiones durante el ciclo vital (Calero, Palomino-Vasquez, & Moro, 2019).

Hoy se dispone de profesionales de la salud que pueden ayudar a las familias y pacientes por medio de terapias multifamiliares, individuales, grupales, familiares, apoyo y seguimiento psicológico, terapias vivenciales. En muchas ocasiones se implementan juegos recreativos para toda la familia en general, se dictan charlas dirigidas a las familias y pacientes, a su vez los terapeutas vivenciales ayudan con temas de Narcóticos Anónimos (Al-Anon, 2021).

Al-Anon es una organización que brinda ayuda ofreciendo esperanza a los amigos y familiares de bebedores con problemas de alcoholismo; con el fin de perseguir un único propósito: prestar ayuda sin fines de lucro a todas las personas que lo necesiten, practican los “Doce Pasos” para la recuperación, dando la bienvenida, ofreciendo consuelo a los familiares con problemas causados por dicha problemática; comprendiendo y animando a la persona adicta. (Al-Anon, 2021).

Galván (2019) considera que los grupos de familias de Al Anon presentan una propuesta espiritual de trabajo con los familiares de personas adictas que ayuda a las madres a conocer y comprender su enfermedad y la de su hijo; y por medio de prácticas espirituales como la meditación y la oración favorecen la reconfiguración de las fracturas psico-espirituales en los pacientes y familias. Son grupos de autoayuda y aportan elementos que puedan ser utilizados en la práctica psicoterapéutica.

La drogodependencia es una enfermedad crónica que afecta tanto al adicto como a su familia, los cuales la mayoría de las veces se ven precisados aprender a vivir con dicha problemática. La familia juega un papel fundamental en esta enfermedad y a partir de ellos en muchas ocasiones se involucra de manera positiva en un tratamiento tanto para ellos como para el adicto. La psicoterapia es parte importante en la recuperación de ambos. Su meta principal es la recuperación y el mantenimiento de la salud y el bienestar en los familiares que participan en dicho proceso. También se promueve contribuir a rescatar el autocontrol y la responsabilidad para dejar el ser un consumidor. Por medio de la psicoterapia también se propone que tanto los adictos como la familia tengan una mejor calidad de vida y que los cuidadores sepan afrontar las dificultades que implica convivir o cuidar a una persona con adicta.

Para dar respuesta al tercer objetivo referido a acciones para el mejoramiento de las prácticas profesionales dirigidas a los familiares del adicto desde la perspectiva comunitaria, se tuvieron en cuenta los hallazgos encontrados en la literatura considerada y

la experiencia de los autores en la atención a dicha problemática.

A partir de ello se propone propiciar que la familia actúe como vínculo social cercano. Debe estimularse que se realicen actividades de integración familiar en las cuales se expresen las cualidades y capacidades de cada uno de los miembros de la familia. Para ello se deben entrenar en herramientas prácticas útiles, con cronogramas que beneficien a todos los que se encuentren vinculados a la rehabilitación de la persona, pero sin interrumpir sus actividades cotidianas. Además, se debe tener en cuenta que dentro de cualquier tratamiento de drogas debe vincularse al paciente con la familia o persona con quien convive, dejando claro que dejar de consumir es un proceso y que todo lleva su determinado tiempo. Muchas familias esperan que desde el inicio de un tratamiento su paciente va a cambiar su comportamiento y todo va a hacer fácil. Las charlas educativas, la orientación a la familia, la realización de talleres con temas específicos y el seguimiento psicológico a las personas a las que más les ha afectado el tener que convivir con una persona adicta, forman parte de un proceso terapéutico que requiere de un tiempo determinado.

Esta propuesta incluye brindar ayuda de promoción y prevención a las familias que estén cruzando por este proceso con la finalidad de que entiendan que todos somos vulnerables y que convivimos con el riesgo permanente de padecer problemas de salud físicos, psicológicos y/o sociales, sin que ello implique necesariamente confrontar problemas de adicción. También se deben realizar actividades deportivas, manuales y culturales para contribuir por medio de talleres al desarrollo de habilidades que puedan usar en determinada actividad u oficio. En el caso de las familias se les debe entrenar para que brinden apoyo al paciente y contribuyan a su recuperación, a mejorar su calidad de vida y a que se constituyan como personas útiles en la sociedad.

Se debe contribuir a empoderarlos para que definan un proyecto de vida realizable en conjunto con la familia, promoviendo el crecimiento personal, calidad de vida y el bienestar psicológico. Igualmente es necesario fomentar la ayuda social por medio de grupos de apoyo tanto para el adicto como para la familia. La conformación de grupos de ayuda en los hospitales, centros comunitarios de salud mental y en las comunidades debe ser considerada una prioridad para el tratamiento integral de pacientes y familiares.

Finalmente se propone que se sigan realizando investigaciones en grupos de ayuda para familiares de personas con problemas de adicción, para que se puedan realizar intervenciones efectivas de

promoción de la salud dirigida a fomentar estrategias adecuadas que mejoren la salud familiar.

Al identificar que un miembro de la familia tiene problemas de adicción, se produce un fuerte impacto en la estabilidad familiar debido a los cambios y pérdidas que deben enfrentar a nivel individual, social y económico. Este impacto de descubrir la adicción es un proceso largo y doloroso que se vive entre la negación y la aceptación de la realidad. Es por ello que es necesario crear y promover acciones que ayuden a las familias y a los adictos superar sus dificultades, conducidas por profesionales capacitados para tratar sobre estos temas (Galván, 2019).

Es importante lograr que las familias se involucren en dicho proceso y comprendan que ellos también pueden ser afectados, sepan pedir ayuda para poder salir de esta situación para tener una vida plena. Las drogas constituyen una problemática seria; las personas que están atrapadas en muchas ocasiones no pueden salir y afectan a toda la familia poniéndolos en un abismo sin salida sobre todo cuando no tienen ningún tipo de ayuda u orientación.

CONCLUSIONES

1. Las principales afectaciones de la salud mental en familiares de personas con consumo de sustancias psicotrópicas son la codependencia, la sobrecarga, el estrés, la ansiedad y la depresión. La mayoría de estas afectaciones desencadenan otras sintomatologías que afectan a las personas que están alrededor del adicto como insomnio, baja autoestima, falta de apetito y agresividad.
2. Las prácticas profesionales dirigidas hacia los familiares de personas con consumo de sustancias psicotrópicas acerca de las cuales hay mayor evidencia sobre su utilidad, son las técnicas cognitivo-conductuales y la terapia sistémica familiar. Además, se utilizan terapias grupales, terapias individuales y grupos de apoyo.
3. Las principales acciones que se sugieren para el mejoramiento de estas prácticas desde la perspectiva comunitaria son: brindar apoyo a las familias de los pacientes adictos realizando actividades de integración, psicoeducación a las familias sobre las drogas y actividades deportivas, manualidades y talleres.

RECOMENDACIONES

1. Recomendar a las autoridades sanitarias la inclusión de la problemática de los familiares de personas adictas dentro de las prioridades asistenciales en las instituciones de la Salud Mental para extender la ayuda a dicho poblacional.
2. Aun cuando existe tradición de grupos de autoayuda dirigidos a las familias y que funcionan desde una perspectiva comunitaria, debe potenciarse un abordaje integral desde las instituciones de salud basado en la cualidad comunitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Anon. (2021). Grupo de familias Al-Anon. Al-anon.org/es/.
2. Alonso & Rodas. (2019). La familia de la persona que presenta Trastornos por Uso de sustancias. Avances en Salud Mental Relacional.
3. Alvarado, L. (2019). Adicciones, un impacto para la familia. Universidad de San Buenaventura Colombia, 5.
4. Arias, S., & Giraldo, J. (2017). Especialización en intervenciones psicosociales para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas (SPA). Universidad Católica de Pereira/Facultad de Ciencias Humanas, Sociales y de la Educación.
5. Arquillo, B. N. (2015). Convivencia con un drogodependiente: consecuencias psicológicas, satisfacción con la familia, niveles de . Universidad de Sevilla (Facultad de psicología), 25.
6. Bautista , M. (2019). Fractura y Reconfiguración de la dimensión psico-espiritual en el familiar (madre) de una persona con problemas de adicción. Inst. tecnologico/Fac. de psicología, 27.
7. Bertran Suárez, M. (2020). La codependencia del familiar cuidador de personas con enfermedad crónica. Universitat Rovira i Virgili (URV).
8. Bustos, M. (2018). Codependencia e impacto en familiares de pacientes adictos en el Instituto de neurociencias de Guayaquil. Universidad de Guayaquil, 9.
9. Calero, c., Palomino-Vasquez, k., & Moro, l. (2019).

- Depresion en adolescentes asociados a migracion familiar,familia disfuncional. Revista Peruana de Investigacion en salud.
10. Casanova , A., Garcia, I., Luna, N., Merchan, E., & Niño , Y. (2021). Afectaciones personales y familiares del consumo o de sustancias psicoactivas en los adolescentes de 12 a 18 años. Trabajo de investigación del Programa de Trabajo Social/Uni. Simon Bolivar.
 11. Cevallos, C. (2020). Rol de la familia en el proceso de recuperación de las personas drogodependientes. Instituto de Postgrado. Universidad Técnica de Manabí.
 12. Galvan, M. (2019). Fractura y Reconfiguración de la dimensión psico-espiritual en el familiar (madre) de una persona con problemas de adicción. Departamento de Psicología, Educación y Salud / Instituto Tecnológico / Departamento de Psicología, Educación y Salud..
 13. Guzmán, E. (s.f.). Familia y Adicciones. revista de adiccion.com.
 14. Guznay, C., & Peñafiel, N. (2017). Influencia de la familia durante el proceso de rehabilitacion en jóvenes con drogodependencia en el estado “Manantial de Vida” Provincia del Guayas, durante el periodo 2018. Uni. de Guayaquil/Ciencias Medicas.
 15. Leyva, V. A. (2021). El reconocimiento emocional desde un enfoque humanista,ect. Departamento de Psicología, Educación y Salud, 8.
 16. Lucas, M., Quijije, S., Quiroz , M., & Lino, Y. (2021). Actitudes del personal de salud ante la atención al paciente drogadicto. Ciencias de la Salud/Art. de investigacion.
 17. M. E., & Estrada, P. (2016). El consumo de sustancias psicoactivas y las formas de organización y dinámica familiar. Universidad Nacional de Colombia/Facultad de Ciencias Humanas.
 18. Mendoza & Vargas. (2017). Factores psicosociales asociados al y adicción a sustancias psicoactivas. Revista Electrónica de Psicología Iztacala.
 19. Minchala & Novillo. (2020). “Consumo de sustancias psicotrópicas y depresión en familiares de usuarios del centro Proyecto Esperanza de la ciudad de Cuenca“. Universidad del Azuay / Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación
 20. Ortiz, A. (2016). Sobrecarga en cuidadores primarios de

- adictos en recuperación. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
21. Rodríguez, R. (2016). Programa de Intervención psicoterapéutica para el manejo de adicciones en el Consultorio Médico Las Mangas. Bayamo 2016. Multimed. Revista Médica. Granma.
 22. Torres, G. (2017). Análisis de la influencia del consumo de drogas en los estudiantes de 12 a 15 años y la comunicación intrafamiliar. Univ, de Guayaquil/fac. de Comunicación Social.

DISFUNCIÓN FAMILIAR Y RENDIMIENTO ACADÉMICO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DESDE LA PERSPECTIVA COMUNITARIA.

Maldonado Cañizares Paola Robertina
Salazar Guerra Yusel Iraklys

RESUMEN

Introducción: La disfunción familiar, dentro de la cual se destaca la falta de roles definidos en la familia, la presencia de conflictos entre los integrantes que la conforman, o la poca importancia de las principales figuras de crianza con respecto a su educación, afecta directamente el desarrollo cognitivo y emocional de los niños, y adolescentes, lo cual influye en su capacidad de desenvolverse en el ámbito académico.

Objetivo: Determinar la relación entre disfunción familiar y bajo rendimiento académico, y analizar si en las investigaciones revisadas se valora esta problemática, su intervención y prevención, desde una perspectiva de salud mental comunitaria con el fin de establecer recomendaciones que sean de utilidad para los futuros lectores.

Método: Se llevó a cabo una Revisión Sistemática de Literatura (RSL), con enfoque cualitativo, para la cual se emplearon las directrices propuestas por la declaración PRISMA. Para la búsqueda, selección e inclusión de los artículos se definieron una serie de criterios, y se utilizaron bases de datos especializadas.

Resultados: Las disfunciones a nivel familiar afectan al rendimiento académico de los niños de forma directa, pues se evidenció que aquellos que presentaron bajas calificaciones son hijos de padres con estilos de comunicación no asertivos, es decir, muestran una relación disfuncional a nivel familiar.

Conclusiones: Un porcentaje significativo de estudiantes con bajo rendimiento académico, se encontraba inmerso en familias disfuncionales, con diversas dificultades en su dinámica familiar. Por lo cual, se llegó a la conclusión que el tipo de funcionalidad familiar, influye directa e indirectamente en el rendimiento escolar.

Palabras Claves: Funcionalidad Familiar, Disfunción Familiar, Rendimiento académico

INTRODUCCIÓN

El bajo rendimiento académico es una problemática que debe

definirse como una prioridad para las instituciones académicas, las familias, los docentes, y demás entidades involucradas en la educación de los jóvenes. Pues este se encuentra ligado a la capacidad y potencial del estudiante para desenvolverse en su entorno, y responder a las exigencias de este, haciendo uso de todo el conocimiento adquirido durante su formación académica (Holgado Barroso, 2000). De manera resumida, comprende una valoración del aprendizaje adquirido por este y por tanto, de su funcionamiento, por lo cual, permite analizar el nivel en que el sujeto ha aprovechado su educación y ha hecho uso de las habilidades adquiridas.

El bajo rendimiento académico está relacionado con el nivel de funcionamiento intelectual de los individuos y las características del contexto en el que se desenvuelven, siendo la familia uno de los factores determinantes, que influyen en este (Arés, 2013). Así lo demuestran múltiples investigaciones, como la desarrollada por Morales (2015), quien concluyó que el nivel cultural de los padres, las condiciones económicas dentro del hogar, el número de hermanas y hermanos, los problemas y conflictos familiares, el interés, las expectativas y el grado de participación de la familia con respecto a la educación de los menores, influyen significativamente su rendimiento escolar.

La familia es la primera institución social en la que se desarrolla el ser humano, por lo que es fuente de las principales pautas de comportamiento, normas, valores, relaciones interpersonales y aprendizaje. Es el medio en el que se inicia el desarrollo del hombre en sociedad, y en este sentido determinará su capacidad de adaptación a la misma, y capacidad de responder a las necesidades que se impongan a lo largo de su vida (Oliva & Villa, 2014). Por ende, si el sujeto se encuentra en un sistema familiar disfuncional se podrá ver alterado el desarrollo educativo de este.

La familia disfuncional se define por un patrón de conductas desadaptativas e indeterminadas que se presentan de manera permanente en uno o varios componentes de las familias y que el relacionarse con sus miembros, genere un clima propicio para el surgimiento de patologías específicas o inespecíficas (Mendoza, 2007). Pérez, De la Cuesta, Louro, & Bayarre (1990), expresan que “La funcionabilidad familiar viene dada por la manera en que esta enfrenta las crisis, valora la forma en que se permiten las expresiones de afecto, así como el crecimiento individual de sus miembros.

Para Lafosse (2004), una familia bien constituida y feliz, debe poseer tres componentes esenciales que son la base de toda familia

funcional: Cohesión familiar, comunicación familiar y adaptabilidad familiar. Vivir en una familia disfuncional y desintegrada es vivir en un espacio egoísta, indiferente y agresivo, donde cada miembro solo le importa sus propios intereses y no el de sus familiares.

La disfunción familiar es un problema que afecta directamente la formación y desarrollo cognitivo-intelectual de los niños, y adolescentes, quienes, al percibir la falta de roles definidos en la familia, la presencia de conflictos entre los integrantes que la conforman, o la poca importancia de las principales figuras de crianza con respecto a su educación, afectan en el desarrollo emocional, social y académico de los jóvenes (Aparicio Luciano & al., 2019). La participación de los padres en el que hacer educativo es muy importante, principalmente en la inclusión de las actividades académicas, Guevara Luján (2015) hace énfasis en este aspecto: “Esta intervención en las tareas escolares de los niños implica una redistribución de responsabilidades al interior de la familia, asimismo merece formar una alianza entre los docentes, los padres y la comunidad”.

Las causas del bajo rendimiento académico, que corresponden al funcionamiento del sistema familiar son muy variadas, de las cuales se pueden destacar: desintegración familiar, estilos de crianza coercitivos, padres trabajadores y ausentes, desinterés paternal, baja autoestima, poca comunicación, consumo problemático de sustancias, separaciones, hijos no deseados, entre otras (Yantalema Inchiglema, 2019). Estos factores pueden estar asociados a variables pedagógicas y personales de los estudiantes, siendo muy indispensable el abordaje de este aspecto para poder determinar la afectación en el rendimiento académico de los estudiantes. La realización de la presente investigación se justifica, en que la disfuncionalidad familiar se constituye como un factor de suma relevancia, que puede influenciar negativamente el rendimiento de los individuos a nivel académico, por lo cual, resulta de suma utilidad, y conlleva una necesidad, el desarrollar una investigación que analice la información disponible sobre el tema, con el fin de sintetizar y describir aquella evidencia que permita definirla como un factor modulador del bajo rendimiento académico en los estudiantes.

En la actualidad, según Navarro (2003), el rendimiento académico no puede concebirse desde una perspectiva unilateral, sino que en ella se incluye y articulan varias dimensiones. Por lo tanto, es indispensable valorar este fenómeno desde una perspectiva de salud mentalcomunitaria, que vea a esta como una

cualidad, y una fortalece, cuya relevancia debe ser prioritaria al momento de intervenir sobre esta problemática, y en su prevención.

La salud mental comunitaria es un objetivo, individual y de toda la población de un territorio, y requiere una metodología de trabajo concreta, que implica compartir tareas e intenciones con otros recursos del propio territorio, sanitarios, sociales, laborales, asociativos, instituciones de diversa índole, etc. (Leon, 1976).

Por ende, los países deben luchar por reconstruir los hogares o familias catalogadas como disfuncionales, a través de proyectos que no se limiten únicamente al trabajo en las escuelas, si no, que involucren activamente a otros actores, y manejen esta problemática desde una perspectiva de salud mental comunitaria, la cual aprovecha las cualidades de la comunidad en pro de prevenir e intervenir sobre los efectos negativos de la disfunción familiar sobre el rendimiento académico de niños, adolescentes y adultos.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la disfuncionalidad familiar y el bajo rendimiento académico en los estudiantes?

METODOLOGÍA

En la presente investigación se pretendió indagar y describir la asociación entre la disfuncionalidad familiar y el bajo rendimiento escolar en los estudiantes, bajo la perspectiva de que el rendimiento académico es un fenómeno multifactorial, en el que la comunidad juega un papel importante. Por lo tanto, se definió como principal objetivo de esta, determinar y describir la relación entre disfunción familiar y el bajo rendimiento académico, y posteriormente analizar si en las investigaciones revisadas se valora dicha relación, su intervención y prevención, desde una perspectiva de salud mental comunitaria. Esto con el fin de establecer recomendaciones que sean de utilidad para los futuros lectores.

Se decidió desarrollar una Revisión Sistemática de Literatura (RSL), la cual es considerada como un tipo de investigación cualitativa y secundaria (Análisis de fuentes secundarias) en la que se realiza un análisis y síntesis de las mejores evidencias a partir de la revisión de estudios primarios relacionados con la temática de interés.

Los resultados obtenidos se expusieron de manera descriptiva, de acuerdo a lo que se define como meta-síntesis, con la cual se pretende la integración de datos, teorías, métodos, hallazgos y

cualquier otro tipo de conocimiento relevante, para producir una interpretación nueva, integrativa y completa.

Este tipo de investigación (RSL) constituye una herramienta esencial para sintetizar y sistematizar la información científica disponible, incrementar la validez de las conclusiones de estudios individuales e identificar áreas de incertidumbre donde sea necesario conocer más sobre el tema y la información disponible sobre este (Arceo Diaz & et al. , 2010)

Para desarrollar la investigación se asumió la propuesta metodológica de la declaración PRISMA. La declaración PRISMA es una guía compuesta por 27 ítems o directrices cuyo propósito es mejorar la calidad de las revisiones sistemáticas y meta análisis (Urrútia & Bonfill, 2010).

Los estudios revisados en la presente investigación, se identificaron mediante la consulta de diversas bases electrónicas de acceso libre como Scielo, Science Direct, y BASE. Se utilizaron como principales términos de búsqueda: Disfunción familiar, Familia disfuncional, y funcionalidad familiar, los cuales se combinaron con el siguiente termino: Rendimiento académico y desempeño académico. Lo que dio un total de 6 combinaciones posibles.

En cada una de las bases de datos consultadas se usaron los descriptores boléanos “o” e “y”, para la consulta y recuperación de las unidades de investigación.

De las publicaciones localizadas, se seleccionaron solo aquellas que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

1. Estudios realizados en Iberoamérica, publicados en idioma español.
2. Estudios indexados en bases de datos reconocidas para el área, y de acceso gratuito.
3. Estudios publicados en el periodo comprendido entre los años 2010-2021.
4. El estudio debe encontrarse finalizado y el documento que lo respalde debe estar completo.
5. Estudios que aborden la relación entre la disfuncionalidad familiar y el rendimiento académico.

Se excluyeron todos aquellos trabajos que no cumplieran satisfactoriamente con los \ cinco criterios de inclusión propuestos previamente.

Estos criterios han sido determinantes en la selección de los estudios, ya que han permitido lo siguiente: tener un primer filtro

para garantizar la calidad en la información y alcanzar los objetivos establecidos para este trabajo de investigación.

Mediante las combinaciones disponibles se ubicaron cerca de 250 artículos, los cuales fueron encontrados durante la búsqueda realizada en las tres bases de datos consultadas. En un primer momento, se escogieron los estudios a través de la lectura de sus títulos, los cuales tenían que estar relacionados con los términos utilizados para la búsqueda, y el uso de filtros, disponibles en las bases de datos, para descartar aquellas investigaciones que no cumplieron con los criterios temporales y geográficos. Posterior a este primer cribado, se seleccionaron 24 investigaciones potenciales. Para su inclusión, se llevó a cabo el análisis de sus respectivos resúmenes, en los que se tomó en cuenta que abordaran la disfuncionalidad familiar y su relación con el rendimiento académico. Esto con el fin de seleccionar publicaciones cuyo análisis permita satisfacer los propósitos de la revisión. Como resultado de este proceso de inclusión y exclusión, se incluyó un total de 16 investigaciones para su posterior revisión. El análisis de los artículos e investigaciones incluidas en la revisión se realizó mediante un proceso que garantizó la sistematicidad y reproducibilidad de los resultados. Dicho análisis se llevó a cabo a partir de los objetivos de la investigación.

LIMITACIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación deben ser analizados bajo ciertas limitaciones relevantes. Como principal limitación se encuentra el idioma, en tanto que, al momento de realizar la búsqueda, empleando las combinaciones de categorías propuestas, se evidenció que, al filtrar de acuerdo a los criterios de inclusión, entre ellos, el idioma español, los resultados obtenidos se redujeron de manera significativa. Así mismo, con respecto a la región de Iberoamérica.

Por ende, no puede descartarse que haya una mayor cantidad de estudios que aborden la relación y/o influencia de la disfuncionalidad familiar en el rendimiento académico de los estudiantes, que se hayan realizado en otros idiomas, o que se encuentren indexados en otras bases de datos, por lo que se recomienda tomar en cuenta estas limitaciones para el desarrollo de futuros estudios que aborden esta temática.

RESULTADOS

- La disfunción familiar y su influencia en el rendimiento académico.

Una familia disfuncional es aquella en la que los conflictos, la mala conducta y, muchas veces, el abuso por parte de los miembros individuales, se produce de manera continua y regular, lo que lleva a otros miembros a sufrir las consecuencias de tales acciones.

La disfuncionalidad familiar, es principalmente el resultado de adultos codependientes e inmaduros, que también pueden estar afectados por las adicciones, como el abuso de sustancias (alcohol, drogas, entre otras); estas también pueden tener otros orígenes, como las enfermedades mentales no tratadas y los padres que emulan o intentan corregir excesivamente a sus propios padres disfuncionales (López Mero, 2015).

En la actualidad, la sociedad prioriza el conocimiento sobre muchas otras cosas, la educación se ha convertido en parte obligatoria para el desarrollo personal de los individuos, y cada vez se requiere una mayor preparación para poder hacer frente a las nuevas exigencias. Por ello, el bajo rendimiento a nivel académico, se ha transformado en una señal de alarma y representa un factor de marginación para aquellos grupos que lo experimentan, experimentándose desigualdad en oportunidades desde el salón de clases.

En años recientes, se observa un incremento preocupante en el número de familias disfuncionales, debido a violencia física o psicología, carencia de recursos económicos, incompatibilidad de caracteres, falta de organización en el hogar, entre otras, situación que se desata en la desintegración familiar y esto afecta de manera directa al niño o adolescente, influyendo negativamente en su desarrollo emocional y cognitivo, lo que influye negativamente en su rendimiento escolar (Lucas Loya, 2019).

Hoy en día el escenario de las familias ha cambiado drásticamente y no solo por el comportamiento de quienes lo conforman sino también por la comunicación y situación económica que tienen que pasar dejando de lado lo importante que es para el niño/adolescente un ambiente familiar sano y funcional, para su correcto funcionamiento en las distintas áreas de su vida (Trujillo Santos, 2020).

Muchos factores pueden interferir el rendimiento académico de los alumnos, entre los cuales, la familia y su nivel de funcionamiento juega un papel importante en la vida estudiantil del

niño/adolescente, y cuyas consecuencias, en caso de que esta sea disfuncional, pueden ser raves, y en el peor de los casos implicaría hasta perder el año escolar, debido a que algunos de los distractores más perjudiciales para los niños/adolescentes son los problemas familiares (Trujillo Santos, 2020).

La disfuncionalidad familiar, y los aspectos que esta implica, pueden influir en que el niño/adolescente tome un camino errado hacia su vida académica y profesional a futuro. Es así que mediante la identificación del grado de funcionamiento familiar se espera que los problemas relacionados con el rendimiento académico de los individuos puedan intervenir y prevenirse de manera inmediata en base a las necesidades y dificultades identificadas en el hogar.

Para López Mero (2015), el bajo rendimiento académico es un problema que enfrentan los estudiantes y docentes en todos los niveles educacionales, y cuya trascendencia va más allá del área educativa. Este, depende tanto del individuo como del entorno familiar y el grado de funcionalidad de esta. Entre las variables que caracterizan a una familia disfuncional, se pueden enunciar: Desintegración familiar, estilos de crianza, padres trabajadores, desinterés de los padres, adicciones, hijos predilectos, hijos no deseados, entre otros.

Gutiérrez-Saldaña & et al. (2010), refiere que el origen del bajo rendimiento escolar no sólo se circunscribe a aspectos pedagógicos, sino que en su dinámica participan factores biológicos (de maduración), de personalidad, emocionales, económicos, familiares y sociales.

Cabe recalcar que para lograr un rendimiento escolar adecuado, se requiere un ambiente familiar con estimulación perceptiva, psicológica y social, que promueva experiencias de interacción, que estimule y facilite el desarrollo del pensamiento, así como una expectativa alta de los padres respecto a la educación de sus hijos (Gutiérrez-Saldaña & et al. , 2010). Por lo tanto, es factible considerar que la relación que se establece entre el funcionamiento familiar y los resultados académicos que obtenga el estudiante, es generalmente directa.

Las familias disfuncionales afectan negativamente a la armonía y tranquilidad del hogar, lo que ocasiona alteraciones en su maduración sensitiva y de su proceso de aprendizaje escolar (Aparicio Luciano & al., 2019).

El estudio realizado por Gutiérrez-Saldaña & et al. (2010), reflejó que en los adolescentes con rendimiento escolar alto se identificó funcionalidad familiar en el 54% de estos, en comparación con los de bajo rendimiento, con un 24% de familiar

funcionales, en donde el mayor porcentaje de estudiantes con bajo rendimiento evaluados pertenecían a familias disfuncionales.

En la investigación desarrollada por Urquillo Trujillo (2012), en población infantil, se concluyó que las disfunciones a nivel familiar afectan al rendimiento académico de los niños de forma directa, pues se evidencio que aquellos que presentaron bajas calificaciones son hijos de padres con estilos de comunicación no asertivos, es decir, muestran una relación disfuncional a nivel familiar. Además, se pudo observar, que con los estilos de vida actuales (situaciones laborales, económicas, familiares), se incrementa la incidencia de que la pareja pierda el contacto afectivo con el otro y con sus hijos, y de dificultades emocionales que generan un funcionamiento familiar disfuncional y a su vez bajo rendimiento, falta de atención, falta de interés a las actividades escolares, en los niños (Flores Valdez & Manchego, 2019).

Aparacio Luciano (2019) y Escurreda estrada & et al. (2013), concluyeron en sus investigaciones, que hay una relación innegable entre la disfunción familiar y el rendimiento académico, además identificaron como posible causa que generara esta disfunción en el funcionamiento familiar, al distanciamiento comunicacional entre padres e hijos, pues se demostró que el mayor porcentaje de padres cuyos hijos presentaron un rendimiento académico bajo, admitieron tener una mala comunicación con ellos, especialmente por su ausencia debido a cuestiones laborales.

Guzmán y Pacheco (2014), en su investigación sobre comunicación familiar y desempeño académico, encontraron que un 48% de los estudiantes consideraba que la falta de comunicación en el interior del núcleo familiar es el principal factor que afecta al rendimiento académico. Mudarra J y Rubio E (2014) Encontraron que los alumnos con un rendimiento adecuado proceden de familias con alta cohesión y adaptabilidad familiar y los alumnos con rendimiento académico inadecuado proceden de familias con baja adaptabilidad familiar y la cohesión familiar. (Mudarra & Rubio, 2014)

También se evidencio que, a nivel de secundaria, la disfunción familiar y los problemas que esta conlleva en el rendimiento académico, se debe a dificultades de los padres para adaptarse a los cambios propios de la etapa del desarrollo en la que se encuentran sus hijos adolescentes, y a su vez, se observó una mayor ausencia y desinterés de los padres en el acompañamiento académico de los adolescentes en comparación de la población infantil (Aparicio Luciano & et al, 2019; Guevara Lujan & et al, 2015).

Al contrario, el hecho de que las familias se interesen en las

tareas escolares de sus hijos, en preguntar por el trabajo que realizan en diferentes áreas, que demuestran interés en su evolución escolar y que entablen conversación sobre lo valioso e importante que es una buena educación, permite que los niños y adolescentes perciban que sus familias creen que el trabajo escolar, y la escuela en general, es importante, que vale la pena hablar de ello y esforzarse por aprender más (Frisancho Atencio, 2017). Todo esto repercute en la mejora en su rendimiento académico y una actitud positiva de los estudiantes hacia la escuela.

Se halló que existe relación significativa entre la dimensión de cohesión en las familias disfuncionales y el nivel de rendimiento académico en los estudiantes, pues, mientras que los estudiantes de alto rendimiento percibieron a sus familias con un nivel de cohesión positivo (conectadas), aquellos con un bajo rendimiento, describieron a sus familias como separadas, o con un nivel de cohesión disfuncional (Guevara Luján & et al. , 2015).

Para Naranjo Quizhpi & et al. (2014), la familia condiciona muchas de las acciones futuras de los individuos, y la disfuncionalidad de este sistema, genera hogares difíciles para los niños y adolescentes, que repercuten en la salud mental de los mismos, siendo una de sus esferas más afectadas, la académica, lo que se refleja en un bajo rendimiento escolar y la aparición de diversos problemas en el entorno escolar, que se derivan de esta situación.

Como resultado de su estudio, se determinó que los más afectados con bajos puntajes académicos, un pobre rendimiento a nivel académico y problemas de aprendizaje, fueron aquellos estudiantes que provinieron de familias disfuncionales, sobre todo, de aquellas en que los padres se encuentran separados, y la responsabilidad de los menores recayó sobre una sola persona. Los padres, como otros miembros de la familia, pueden ser facilitadores u obstaculizadores del rendimiento escolar de los estudiantes (Naranjo Quizhpi & et al. , 2014). Para Trujillo Santos (2020), existe una correlación significativa entre las dos variables consideradas, refiriendo que mientras el alumno tenga un adecuado funcionamiento familiar, mayor será la posibilidad de que este pueda desempeñarse de manera óptima a nivel académico. En este estudio, el autor aborda el interés de los padres por sus hijos como una variable de suma importancia al evaluar la funcionalidad familiar, haciendo especial mención que entre más pendientes estén los padres de sus hijos mejor será su rendimiento académico (Trujillo Santos, 2020).

Estos factores relacionados con la disfuncionalidad familiar, por

considerarse cotidianos y comunes, en ocasiones pasan desapercibidos cuando se analizan y se tratan de entender las razones del bajo rendimiento académico de un grupo de alumnos (Frisancho Atencio, 2017). Lo cual resulta contradictorio, pues los resultados referidos por varios estudios, indican que, la mayoría de las veces, la funcionalidad familiar influye en el estudiante más que otros factores en su rendimiento académico.

Frisancho Atencio (2017), refiere en su investigación que cuanto mejor sea la funcionalidad familiar, el rendimiento académico de los individuos será mejor, pues los atributos que caracterizan a una familia, sea funcional o disfuncional, explican las regularidades que se producen, siendo una de estas regularidades el rendimiento académico.

Según lo descrito por Acosta González & Bohórquez Piñeros (2016), en los estudiantes con familias funcionales, esta se convierte en una variable exógena que posibilitaría un mejor rendimiento académico, por cuanto se convierte en factor protector en especial en los momentos de mayor estrés académico, y una fuente de motivación extra.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda el trabajo en conjunto de los centros educativos, y centros de salud o centros de atención psicológica para minorar las cifras alarmantes de familias disfuncionales, mediante la identificación de problemáticas, y su posterior intervención.
2. Asimismo, que los directivos, en coordinación con los docentes, aborden las conductas de alarma de los estudiantes, enfocando su origen desde la perspectiva comunitaria, lo que permita valorar la problemática de manera más amplia, e integral.
3. Apuntar a la promoción de familias funcionales, y a la prevención de posibles dificultades y problemáticas, mediante la identificación de factores de riesgo en las familias, mediante la participación activa de la comunidad involucrada, en las que tomen un rol protagonista y activo. Pues lo que se busca es no trabajar únicamente con el problema, si no, con la comunidad.
4. Trabajar en conjunto a las familias y demás protagonistas de la comunidad para generar alternativas y estrategias de solución, para ejecutar planes de intervención que aborden las consecuencias de la disfuncionalidad familiar al

rendimiento académico, de la manera más óptima y adecuada.

CONCLUSIONES

La familia es una institución fundamental en el desarrollo físico, social, emocional y cognitivo de los sujetos, lo que contribuye al desarrollo de habilidades que necesita para ser parte de la sociedad. Es la familia, la que conduce en las diferentes actitudes o posturas adoptar ante los fenómenos y maneras de ver el mundo, desde los primeros años del individuo; sin embargo, en la actualidad, está se ve afectada por múltiples conflictos producidos por los progenitores llegando en ocasiones a la disfuncionalidad familiar, siendo los hijos los mayores afectados en sus distintas áreas de vida, entre ellas la académica, lo que se ve reflejado en un rendimiento académico cada vez más pobre.

Al ser la familia la célula básica de la sociedad y eje central para la vida de las personas, puede concluirse que esta influye de manera directa en su formación y desarrollo, por tanto, es necesario que esta se involucre positivamente en el ámbito académico de estos. La ausencia de uno de ellos en el hogar será determinante para el rendimiento académico de los individuos, lo que se manifestado en la desmotivación, falta de interés, indiferencia a las clases, escasa participación e incumplimiento de tareas por parte del menor.

El análisis realizado en la presente revisión sistemática de literatura, reflejó que un porcentaje significativo de estudiantes con bajo rendimiento académico, se encontraba inmerso en familias disfuncionales, con diversas dificultades en su dinámica familiar, por tanto, se considera que fue de gran utilidad el abordar esta temática de investigación, de modo que una adecuada caracterización de esta ofrece la información necesaria para generar soluciones, que permitan intervenir sobre ella o prevenirla, y contribuyan a mejorar el rendimiento académico de los estudiantes así como su contexto académico y familiar.

Para finalizar, es relevante mencionar que se ha evidenciado que gran parte de los autores que abordan esta problemática en sus investigaciones, analizan y proponen medidas de intervención y prevención frente a esta problemática sin valorar a la comunidad, limitándose únicamente al trabajo con la familia y docentes.

Por lo cual, se evidencia la necesidad de desarrollar estudios que aborden esta problemática desde una perspectiva de salud mental comunitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

1. Acosta González, P., & Bohórquez Piñeros, L. (2016). Relación entre funcionamiento familiar y desempeño académico en estudiantes de IV semestre de medicina de la universidad de ciencias aplicadas y ambientales. Bogotá-Colombia: Universidad de ciencias aplicadas y ambientales.
2. Aparicio Luciano, N., & al., e. (2019). "Familias disfuncionales y su influencia en el rendimiento académico de los escolares DE I.E.P. WINNER COLLEGE–HUÁNUCO 2018". Huánuco-Peru: UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN HUÁNUCO.
3. Arceo Diaz, J. L., & et al. . (2010). Manual de medicina basada en la evidencia. Mexico: Editorial El Manual Moderno. .
4. Arés, M. P. (2013). Psicología de familia. una aproximación a su estudio. La Habana: Editorial Félix Varela.
5. Escurreda Estrada, C., & et al. (2013). La incidencia de la familia disfuncional en el rendimiento académico de los estudiantes de la Institución Educativa Felix B. Cardenas. Santa María-Peru: Universidad Nacional José Faustino Sanchez Carrión.
6. Flores Valdez, E., & Manchego, J. (2019). Disfuncionalidad familiar y rendimiento académico de los estudiantes del segundo grado de educación secundaria de la institución educativa "MANUEL CAMILO DE LA TORRE". Arequipa-Peru: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa.
7. Frisancho Atencio, J. (2017). Relación entre la funcionalidad familiar y rendimiento académico en estudiantes de educación secundaria Chimbote 2017. Chimbote-Peru: Universidad César Vallejo.
8. Gutiérrez-Saldaña, P., & et al. . (2010). Autoestima, funcionalidad familiar y rendimiento escolar en adolescentes. Aten Primaria, 597-601.
9. Guevara Lujan, E. A. (2015). Familia y adolescencia. Lima: Santillana.
10. Guevara Luján, I., & et al. . (2015). "Influencia de familia disfuncional en el rendimiento académico de los niños del 5° grado de educación primaria de institución educativa OLLANTAY No 6038". Lima-Peru: Universidad Nacional de Educación.

11. Guzmán, R., & Pacheco, M. (2014). Comunicación familiar y desempeño académico en estudiantes universitarios. *Rev Zona Próxima*, 79-91.
12. Holgado Barroso, J. (2000). En torno al 98: España en el tránsito del siglo XIX y XX : actas del IV Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea. *Actas del IV Congreso de la Asociación de Historia Contemporánea*, 145-154.
13. Leon, C. A. (1976). Perspectivas de la salud mental comunitaria en Latinoamérica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 122-138.
14. López Mero, P. (2015). Bajo rendimiento académico en estudiantes y disfuncionalidad familiar. *MEDISAN* , 63-66.
15. Lucas Loya, V. (2019). Funcionalidad familiar y rendimiento académico en alumnos del quinto grado de secundaria del colegio 1190, Lurigancho – Chosica, 2018. . Perú: Universidad César Vallejo.
16. Mendoza, C. (2007). Disfunción familiar en el personal de salud del hospital La Paz. 22-23.
17. Morales, S. (2015). Las capacidades y funciones parentales como práctica de veridicción. 400-422.
18. Navarro, R. E. (2003). El Rendimiento Académico: concepto, investigación y desarrollo. . *Revista electrónica iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en la educación*.
19. Naranjo Quizhpi, M., & et al. . (2014). Prevalencia y consecuencias de la disfuncionalidad familiar en el rendimiento académico de los estudiantes de séptimo a décimo año de la unidad educativa Estados Unidos, Cuenca 2014. Cuenca-Ecuador: Universidad de Cuenca.
20. Oliva, E., & Villa, V. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia juris*, 11-20.
21. Pérez, E., De la cuesta, D., Louro, I., & Bayarre, H. (1990). Construcción y validación de un instrumento. *Ciencias de la salud humana*, 63-66.
22. Trujillo Santos, B. (2020). Funcionalidad familiar y rendimiento académico en los estudiantes de 1° al 3° grado de nivel secundaria de la institución educativa “Tarpuy Moderno” 2020. . Lima-Peru: Universidad César Vallejo .
23. Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones

- sistemática y metaanálisis. *Rev. Medicina Clínica*, 507-511.
24. Urquizo Trujillo, A. (2012). Análisis de la disfunción familiar y su relación con el bajo rendimiento escolar, de los niños del cuarto año de básica "C" de la Unidad Educativa Santo Tomas Apostol Riobamba en el periodo Agosto-Diciembre de 2011.pdf. Ambato-Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato.
 25. Yantalema Inchiglema, N. (2019). Disfunción familiar y rendimiento académico en los estudiantes de la unidad educativa "Licto". Periodo octubre 2018-julio 2019. Riobamba : Universidad nacional de Chimborazo.

FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA DEPRESIÓN DE PERSONAS MAYORES DE LA COMUNIDAD DE DURÁN 2020-2021.

Josselyn Andreina Mendoza Jiménez
Yelena Solorzano Mendoza

INTRODUCCIÓN

La depresión en la población adulta mayor se la encuentran asociados a los factores de riesgo psicosociales, los cuales causan un gran impacto en el estado anémico de la salud mental, observándose al mismo tiempo un gran deterioro en su calidad de vida.

El proyecto es pertinente debido a que la población adulta mayor en el mundo va en aumento. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el año 2000 y el año 2050 la población adulta mayor, comprendida como personas de 60 años y más, se duplicará del 11% al 22%, este ritmo no se aplica a todos los países, se estima que el cambio demográfico se produzca de manera más acelerada en los países bajos o medianos, en donde muchos no tienen acceso a servicios de salud pública. Eso significa que la necesidad de cuidado a largo plazo va en aumento. (Salud, 2017)

La depresión se presenta con mayor prevalencia en la población adulta mayor, teniendo un origen en los factores de riesgo psicosociales, que se presentan en la vida cotidiana como la escolaridad, estado civil, aislamiento, enfermedades crónicas, pérdida de hijos o familiares y edad avanzada, que van afectado la etapa del ciclo vital lo que conlleva a la falta de cohesión o difusión familiar que desarrolla la persona dentro de la comunidad.

En Latinoamérica, los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En México, varía entre 26% y 66%; un estudio en población marginal reportó depresión de 60%. En Perú, se reporta 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados y 9,8% en la comunidad. En Colombia, un estudio en pacientes ambulatorios encontró depresión en 11,5% de mujeres y 4% de hombres; otro estudio multicéntrico encontró 47% de depresión en pacientes hospitalizados y la Encuesta Nacional de Salud reportó de 49 a 60% de depresión en adultos mayores (Social, 2012)

En un artículo publicado en la Secretaría Nacional del Ecuador de Planificación y Desarrollo (SENPLADES, 2008) habla de que es significativamente frecuente la presencia de síntomas depresivos en esta etapa de la vida, se calcula que entre el 10 y el 45% de la

población mayor de 65 años ha presentado dichos síntomas en algún momento de su vida. La etiología está conformada por múltiples factores que interactúan recíprocamente, entre ellos se encuentran aspectos sociales como la jubilación, la muerte de allegados, abandono y otros aspectos de orden biológico como el deterioro cognitivo, que se ven reflejados en el estado de salud y nutrición del adulto mayor.

Algunos autores indican que la prevalencia de la depresión severa fue el doble en personas que viven solas, en relación con personas que viven con otros familiares, por lo tanto, el aislamiento social se convierte en un factor de riesgo; y ante esta realidad que no se diferencia de la problemática de la población adulta mayor de la comunidad del Cantón Durán, nos permitimos plantear la pregunta de investigación ¿Cuáles son los presuntos factores de riesgo psicosociales que se identifican en las personas mayores con síntomas de depresión?

Esta investigación propone estimar la prevalencia global de depresión en la población adulta mayor atendida de la Fundación Cerca del Cielo del Cantón Durán, utilizando como instrumento la escala geriátrica de depresión Yesavage. A partir del porcentaje estimado de depresión que presente la muestra escogida se podrá identificar las principales variables que predominan en los factores psicosociales a través de la aplicación de la escala psicosocial, con la articulación de los factores identificados en el estudio, se podrá realizar una propuestas de recomendaciones comunitarias que permitan mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor que este atravesando un cuadro depresivo que este afectado su salud mental.

ANTECEDENTES

Para entrar a hablar de depresión en personas mayores, debemos saber que el ser humano pasa por diferentes etapas de su vida más o menos afortunadas según los casos; sin embargo, al llegar a la vejez aparecen toda una serie de aprensiones y miedos motivados por la progresiva e inexorable pérdida de facultades, tanto físicas como psíquicas, que hacen que esta etapa de la vida sea la más temida por la mayoría de los individuos en edad longeva. En su mayoría los síntomas depresivos inciden los factores de riesgo psicosociales como: la pérdida un familiar o amigo en el último año, problemas económicos, enfermedades crónicas, que se presentan bajo el estilo de vida que llevan las personas mayores siendo una etiqueta que no nos permite visualizar la realidad de la

problemática social.

Los síntomas depresivos se presentan de forma atípica o simplemente no son indagados por entenderse como un proceso natural del envejecimiento por ende a nivel global la prevalencia de la depresión en personas adultas mayores es un padecimiento frecuente siendo importante determinar los factores asociados para desarrollar estrategias efectivas en la atención integral de esta población. Los síntomas de la depresión de los adultos mayores difieren solamente en parte de una depresión en etapas tempranas de vida ya que ellos pueden sin embargo tener más presentación somática. La depresión puede variar, el anciano infeliz tiene un sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés por las actividades habituales.

La depresión es la discapacidad mental de mayor ocurrencia en los adultos mayores, afecta a 10% de los pacientes ambulatorios, de 15 a 35% de los que viven en casas hogar para ancianos y de 10 a 20% de los hospitalizados. Además, afecta a 40% de los individuos que padecen un problema somático y están en tratamiento por ello, y 50% de todas las hospitalizaciones en los centros psiquiátricos es por esta discapacidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que para el 2020 será el mayor problema de salud en el mundo, por encima de todos los padecimientos de este grupo de edad (Información Pública de las Naciones Unidas, 2005)

La situación problemática viene dada por el hecho de que en otros estudios realizados se ha obtenido como conclusión que los factores psicosociales que más inciden en la depresión del adulto mayor son las manifestaciones de violencia psicológica, necesidad de ser escuchados, pérdida de roles sociales, el temor a la muerte, adultos solos y la viudez,

El adulto mayor tiene mayor morbilidad y padece especialmente enfermedades crónicas tanto físicas como mentales, las cuales aumentan progresivamente la dependencia (3). Demencia y depresión tienen alta prevalencia en el adulto mayor, en Ecuador la prevalencia fue de 39% según la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento) (4). La depresión en esta población tiene características especiales pues las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. La soledad predispone a depresión en mujeres y hombres (La Cruz , Thwing, & Ladwing, 2014)

En Latinoamérica, los datos de prevalencia en el adulto mayor también son variados. En México, varía entre 26% y 66%; un

estudio en población marginal reportó depresión de 60% (16). En Perú, se reporta 15,97% de depresión en pacientes hospitalizados (17) y 9,8% en la comunidad (18). En Colombia, un estudio en pacientes ambulatorios encontró depresión en 11,5% de mujeres y 4% de hombres (19); otro estudio multicéntrico encontró 47% de depresión en pacientes hospitalizados (20) y la encuesta nacional de salud reportó de 49 a 60% de depresión en adultos mayores (21). En Chile, la prevalencia de depresión se ha reportado entre 7,6% y 16,3% (22). (Copeland, Beekman, & Prince, 1999)

Los factores de riesgo Psicosociales en la depresión en personas mayores en Latinoamérica, influyen desde la perspectiva de la parte cultural rigiendo bajo influencias de creencias del estilo de vida que llevan, el vínculo que tengan con sus familiares o cuidadores dentro de la comunidad.

El difícil acceso de las redes de apoyo es aún un tema a tratar dentro de Latinoamérica, ya que está regido bajo lineamientos que trabaja para la comunidad y no con la comunidad, por lo que estas cifras a un futuro podrían ir subiendo si no se logra hacer una intervención comunitaria que sea multidisciplinaria que aborde la problemática social desde la perspectiva comunitaria.

En Ecuador, de acuerdo con proyecciones del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC), viven 1 229 089 adultos mayores con una proporción de mujeres de 53% y un índice de feminidad de 115 (23). En Ecuador se han realizado pocos estudios, la mayor parte de ellos en adultos mayores hospitalizados o residentes de asilos. Un estudio en pacientes residentes en asilo encontró depresión en 70% (24). Otro estudio en una pequeña población rural con alta proporción de emigrantes reportó 93% de depresión (25), datos elevados que no se pueden inferir a la población general. No se encontraron estudios en la comunidad ni en pacientes afiliados a la seguridad social o jubilados, excepto la prevalencia de depresión de 39% reportada en la encuesta SABE (4). El proyecto Atahualpa, estudio realizado en una población marginal de la Sierra, en 280 personas mayores de 60 años, encontró una prevalencia de depresión de 12% y una asociación importante con deterioro cognitivo (26) (Censos., Quito.2010)

A pesar que la provincia del Guayas del Cantón Durán, no prevalece la alta demanda de adultos mayores a diferencia de Manabí y Azuay, se superan los 90.000 habitantes, (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2012) que son las más pobladas con esta comunidad longeva, los factores psicosociales que se evidencian dentro del Cantón, son lo que influyen en la síntomas depresivos de la población de personas mayores, bajo una realidad

que transcurre bajo la escolaridad y la presencia de enfermedades crónico-degenerativas, la discapacidad u otras condiciones de dependencia y el consumo de alcohol y sustancias estupefacientes. Los efectos más visibles de esta situación tienen que ver con el aumento de los índices de pobreza, y de afecciones a la salud, lo cual agrava la inseguridad e indefensión en la población adulta mayor, que, en los estratos más pobres está sujeta a riesgos de mendicidad y explotación económica, siendo este un grupo prioritario para el MIES (Ministerio de Inclusión Social). Ante la problemática psicosocial expuesta dentro del Cantón, y el trabajo integral que realiza los Cooperantes que mantienen convenios con el MIES, no ha sido suficiente para poder contrarrestar los cuadros depresivos que ya se viene presentando en esta comunidad longeva.

JUSTIFICACIÓN

Los síntomas depresivos que afectan a la población adulta mayor del Cantón Durán es una realidad social latente de esta comunidad la cual ha pasado por eventos que han afectado su salud mental y no permite una estabilidad emocional, que afecta a nivel individual, familiar y social. El estudio propone, a través de la muestra elegida, que podamos identificar las variables que prevalecen en los síntomas de depresión y de esta forma poder tener una mejor perspectiva frente a una realidad social dentro del sistema comunitario, pero no solo realizar un trabajo ya estipulado sino, con el objetivo de vincular la participación de la población adulta mayor, familiares y cuidadores lo que constituye un proceso activo, transformador a la comunidad delegada.

Cabe mencionar que los factores de riesgo psicosociales son los de mayor fuerza de asociación y se evalúan a través de las siguientes variables: género, tipología familiar, apoyo social, actividad física, pluripatología, polifarmacia, dependencia económica, productividad económica, asistencia a asociaciones de convivencia, escolaridad y estado civil lo cual nos permitirá identificar cuáles que afectan directamente a la población escogida.

Desde la perspectiva de la Salud Mental Comunitaria, se conoce un conjunto de factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión, siendo pertinente este estudio ya que es un problema a nivel global. La selección dentro del Cantón Durán de la Fundación Cerca del Cielo se debe a que es uno de los principales lugares de acogida, y la investigación se enfocó en el análisis de los factores de riesgo psicosociales asociados a la depresión en personas adultas mayores.

Este proyecto se acoge con la línea de investigación de la Universidad: Salud, cultura física y servicios sociales, cuyo propósito es contribuir y vincular al estudiante con la sociedad para su desarrollo; así mismo está en concordancia con la línea de investigación de la Facultad de Psicología: Salud Mental en los sectores familiar, educativo, laboral, social: enfocados en el bienestar psicológico de las personas que han sido víctimas de violencia intrafamiliar a nivel conyugal, dentro de los presupuestos del Plan Nacional del Buen Vivir se pretende contribuir al cumplimiento del objetivo tres: mejorar la calidad de vida de la población ya que es una situación actual estudiada, pero no de manera específica y profunda.

La investigación será de gran utilidad, ya que no se busca solamente analizar e identificar, sino que también se otorgue medidas de solución, se pretende realizar las propuestas de recomendaciones comunitarias para abordar el fenómeno social estudiado, los principales beneficiarios serían los adultos mayores del Cantón Durán y de manera general todos los adultos mayores y su colectividad al ser un conflicto real dentro de la sociedad.

La viabilidad de este estudio en el Cantón Durán, es de gran importancia para la población elegida ya que nos permitirá poder trabajar las recomendaciones comunitarias, bajo un abordaje mejor estructurado, ante la problemática social.

Planteamiento del problema

Se desconoce el nivel de la depresión y el conjunto de factores biopsicosociales que incrementan el riesgo de depresión en las personas mayores de la Fundación Cerca del Cielo del Cantón Durán

Pregunta de Investigación

¿Cuál es la magnitud de la depresión en las personas mayores atendidas en la Fundación Cerca del Cielo del Cantón Durán?
¿Cuáles de un conjunto de presuntos factores de riesgo, incrementan la probabilidad de ocurrencia de la depresión en las personas mayores atendidas en la Fundación Cerca del Cielo del Cantón Durán?

Objetivos

- ✓ Estimar la prevalencia global y específica por variables de

- depresión en personas mayores atendidas en la Fundación Cerca del Cielo del Cantón Durán.
- ✓ Identificar los factores de riesgo psicosociales de depresión, atendidos en la Fundación Cerca del Cielo del Cantón Durán en el periodo investigativo 2021.
 - ✓ Elaborar un grupo de recomendaciones para el trabajo de depresión las cuales se basan en los principios de los factores de riesgo psicosociales que afectan a la población adulta mayor.

METODOLOGÍA

Enfoque de la Investigación

La investigación se enmarca en un diseño cuantitativo con un tipo de estudio observacional analítico, partiéndose de una idea estructurada dinámica la cual trata de identificar la naturaleza profunda de las realidades, que permitirá analizar la problemática social evidenciando los síntomas de los factores psicosociales asociados a la depresión.

Por lo tanto, desde este método, el estudio de este fenómeno que actualmente se ve a nivel mundial, como una de las principales problemáticas que afecta la salud mental de las personas adultas mayores, se basa teniendo en cuenta las dimensiones subjetivas, la inserción en la vida cotidiana y la interrelación con la multiplicidad de factores de riesgo individuales que presenta cada individuo. Esto es precisamente lo que se pretende llevar a cabo en esta investigación, realizada en la fundación Cerca del Cielo.

Población

La población objeto de estudio es la totalidad de adultos mayores que acuden a la Fundación Cerca del Cielo, con un aproximado de 492 usuarios atendidas anualmente.

Muestra

Se tomó una muestra de 192 adultos mayores que presentan síntomas psicosociales asociados a la depresión, los cuales han sido acogidos en la Fundación Cerca del Cielo durante el periodo 2020-2021.

Los criterios selección fueron:

- ✓ Adultos mayores que cumplan el rango de 65 años en adelante
- ✓ Adultos mayores atendidos en la Fundación Cerca del Cielo
- ✓ Recibir consentimiento informado de acceso a participar en la investigación.
- ✓ Adultos mayores que no presenten deterioro cognitivo ni trastornos mentales que imposibiliten la entrevista.

Los criterios de exclusión fueron:

- ✓ Adultos mayores no atendidos en la Fundación Cerca del Cielo
- ✓ Adultos mayores que no presenten consentimiento informado
- ✓ Adultos menores de los 65 años
- ✓ Adultos mayores que presenten deterioro cognitivo ni trastornos mentales que imposibiliten la entrevista.

Alcance de la Investigación

A consecuencia de que este estudio se realiza por primera vez en cantón Durán, contribuirá con datos y propuestas respecto a la Salud Mental, de las personas adultas mayores que presenten síntomas se propone esta investigación con un alcance de tipo de corte transversal analítico.

Operacionalización de Variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Depresión	Cualitativa Nominal	Presente	Se considerará presente si el resultado del Test de Yesavage alcanza una puntuación igual o superior a 10 puntos y ausente en otro caso
	Dicotómica	Ausente	
Edad	Cuantitativa Continua	65-74	Se consignó en el grupo correspondiente, según edad cumplida al momento de la
		75-84	

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
		85 y más	investigación
Sexo	Cualitativa Nominal Dicotómica	Masculino	Según sexo biológico de pertenencia
		Femenino	
Escolaridad	Cualitativa Ordinal	Analfabeto	Se consignó según último grado cursado y aprobado
		Primaria	
		Secundaria	
Estado Civil	Cualitativa Nominal Politómica	Casado-unido	Se consignó según estado civil al momento del estudio
		Soltero-divorciado	
		Viudo	
Enfermedades	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente	Se considerará presente si presenta al menos una enfermedad crónica y ausente en otro caso
		Ausente	
Ausencia confidente	de Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente	Se consideró presente si responde si en la Escala de Riesgo Psicosocial (ERPS) y ausente en caso contrario
		Ausente	
Sentimientos soledad	de Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente	Se consideró presente si responde si en la Escala de Riesgo Psicosocial (ERPS) y ausente en caso contrario
		Ausente	
Sensación inactividad	de Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente	Se consideró presente si responde si en la Escala de Riesgo Psicosocial (ERPS) y ausente en caso contrario
		Ausente	
Pérdida de hijo o familiares	Cualitativa Nominal Dicotómica	Presente	Se consideró presente si responde si en la Escala de Riesgo Psicosocial (ERPS) y ausente en caso contrario
		Ausente	

VARIABLE	TIPO	ESCALA	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Pérdida de amigo	Cualitativa	Presente	Se consideró presente si responde si en la Escala de Riesgo Psicosocial (ERPS) y ausente en caso contrario
	Nominal Dicotómica	Ausente	
Aislamiento social	Cualitativa	Presente	Se consideró presente si responde si en la Escala de Riesgo Psicosocial (ERPS) y ausente en caso contrario
	Nominal Dicotómica	Ausente	
Inadaptación a la jubilación	Cualitativa	Presente	Se consideró presente si responde si en la Escala de Riesgo Psicosocial (ERPS) y ausente en caso contrario
	Nominal Dicotómica	Ausente	
Insatisfacción con actividades	Cualitativa	Presente	Se consideró presente si responde si en la Escala de Riesgo Psicosocial (ERPS) y ausente en caso contrario
	Nominal Dicotómica	Ausente	
Viudez	Cualitativa	Presente	Se consideró presente si responde si en la Escala de Riesgo Psicosocial (ERPS) y ausente en caso contrario
	Nominal Dicotómica	Ausente	
Problemas económicos	Cualitativa	Presente	Se consideró presente si responde si en la Escala de Riesgo Psicosocial (ERPS) y ausente en caso contrario
	Nominal Dicotómica	Ausente	
Trabajo	Cualitativa	Presente	Se consideró presente si responde si en la Escala de Riesgo Psicosocial (ERPS) y ausente en caso contrario
	Nominal Dicotómica	Ausente	

Técnicas e Instrumentos

Consentimiento informado. Se lo realizó con los

parámetros que exige la OMS, se les dio a conocer a los participantes la finalidad del presente estudio, que los datos obtenidos serán anónimos y que se pueden negar a participar del mismo.

Aplicación de la escala Psicosocial. De autoría de la Dra. Gema Quintero, estuvo orientada a la obtención de datos como: edad, género, estado civil, instrucción y ocupación.

Test de Yesavage para valorar la depresión. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo, consta de 15 preguntas afirmativas/negativas y su valoración se la realiza de acuerdo al puntaje obtenido por la persona: 0-5 puntos no tiene depresión, 6-9 puntos probable depresión, 10-15 puntos depresión establecida.

Procesamiento y análisis

Los datos fueron procesados mediante el uso del programa SPSS. Inicialmente, se realizó Análisis Exploratorio de Datos, a través de métodos de la Estadística Descriptiva (mediante métodos gráficos y matemáticos) para detectar posibles errores. Para cumplir con el primer objetivo, se calcularon medidas de resumen para variables cualitativas (frecuencias absolutas y porcentajes), así como la prueba X^2 de Independencia o Asociación, con un nivel de significación del 5%.

El análisis cualitativo se construyó a base a una escala ordinal, en relación a los resultados obtenidos acorde a la calidad de vida que llevan los adultos mayores de acuerdo a los resultados de las encuestas realizadas.

Para el análisis de los factores de riesgo (Objetivo 2), se tomó en consideración los resultados del primer objetivo, de ahí que las variables que resultaron significativas se incluyeron como posibles factores de riesgo. Con posterioridad, se aplicó la Regresión Logística Múltiple (RLM) con respuesta dicotómica, teniendo en cuenta los cuidados necesarios para la realización de esta técnica. Previo al empleo del modelo se verificó la ausencia de multicolinealidad entre variables independientes, a través del cálculo de coeficientes de correlación ($p \leq 0.8$); se comprobó la monotonía en el caso de variables cuantitativas, así como la presencia de interacciones. Se verificó el ajuste del modelo a los datos mediante el estadígrafo de Hosmer y Lemeshow.

El modelo establece que si se tiene una variable dicotómica “Y” (que en este caso es depresión o no), la probabilidad de que una

persona mayor tenga una depresión (o sea, que $Y = \text{depresión}$) puede expresarse en función de varias variables o factores X_1, X_2, \dots, X_n , de la siguiente manera:

$$\text{Prob}(Y = \text{depresión}) = \frac{1}{1 + \exp(-b_0 - b_1 X_1 - \dots - b_n X_n)}$$

Donde:

b_0 : es el término independiente y

b_1, \dots, b_n : son los coeficientes respectivos de las variables independientes.

El modelo permitió determinar la probabilidad de depresión en función de los factores de riesgo incluidos en cada caso y, paralelamente, estimar la influencia absoluta o pura de cada factor sobre la aparición de la depresión al controlar las restantes.

Ética: La investigación se realizó bajo estricto cumplimiento de los principios éticos presentes en la Declaración de Helsinki (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia). (Helsinki, 2012) Previamente, se realizaron las coordinaciones pertinentes con las autoridades correspondientes. Ello permitió la realización de la investigación.

RESULTADOS

Análisis de los factores de riesgos Psicosociales

Prevalencia global y específica de depresión en personas mayores atendidas en la Fundación Cerca del Cielo del Cantón Durán

En la tabla 1 se presenta la prevalencia global de depresión en los adultos mayores atendidos en y según variables sociodemográficas. Así, de manera general la prevalencia de depresión fue del 60,9%. En relación con el sexo, fue superior para los hombres con el 63,4% contra el 58,2% en las mujeres, sin diferencias significativas ($p=0,563$); en lo relativo a la edad esta osciló entre el 60,6% en el grupo de 65-74, a 69,4% en los de 75-85 años, con un porcentaje intermedio entre los de 85 y más años, que alcanzó el 64,7%, sin diferencias significativas ($p=0,862$).

Por otra parte, en lo que respecta a la escolaridad, se observa que

existe una tendencia al incremento de la prevalencia de depresión con el incremento de la escolaridad, con porcentajes que se mueven entre el 55% para los analfabetos y el 66,7 en los de secundaria, en tanto que las diferencias no resultaron significativas ($p=0,611$). Por último, al calcularse la prevalencia por estado civil se observa que esta fue superior entre los viudos donde alcanza el 76,3%, seguido por los solteros o divorciados con el 73,7%, en tanto que entre los casados o en unión consensual solo alcanzó el 41%, diferencias significativas ($p=0,000$). Note que entre las personas mayores que no tienen una pareja estable, la prevalencia de depresión es mayor.

La depresión en los adultos mayores es un problema que no es parte normal del envejecimiento, que interfiere con las actividades diarias en la vida de estos, y que puede estar relacionada a padecimientos ya sean físicos o emocionales.

Tabla 1. Prevalencia de depresión según variables sociodemográficas

VARIABLE		NÚMERO	PORCENTAJE	X ²
SEXO	Masculino (n=101)	64	63,4	0,563
	Femenino (n=91)	53	58,2	
EDAD	65-74 (n=74)	45	60,6	0,862
	75-84 (n=101)	61	69,4	
	85 y más (n=17)	11	64,7	
ESCOLARIDAD	Analfabeto (n=40)	22	55,0	0,611
	Primaria (n=125)	77	61,6	
	Secundaria (n=27)	18	66,7	
E. CIVIL	Casado-Unión	32	41,0	0,000

VARIABLE		NÚMERO	PORCENTAJE	X ²
	(n=78)			
	Soltero-Divorciado (n=76)	56	73,7	
	Viudo (n=38)	29	76,3	
Total	(n=192)	117	60,9	-

Tabla 2. Prevalencia de depresión según variables biopsicosociales

VARIABLE		NÚMERO	PORCENTAJE	X ²
F. BIOLÓGICO	Presente (n=118)	68	57,6	0,301
	Ausente (n=74)	48	64,9	
CONFIDENTE	Presente (n=146)	96	65,8	0,024
	Ausente (n=46)	21	67,4	
VIUDEZ	Presente (n=34)	26	76,5	0,025
	Ausente (n=158)	90	57,0	
P. HIJOS	Presente (n=34)	26	76,5	0,050
	Ausente	91	57,6	

VARIABLE		NÚMERO	PORCENTAJE	X ²
P. FAMILIAR	(n=158)			
	Presente (n=53)	36	67,9	0,289
Ausente	81	58,3		
V. TRABAJO	(n=139)			
	Presente (n=77)	77	100,0	0,000
Ausente	40	34,8		
 AISLAMIENTO	(n=115)			
	Presente (n=26)	26	100,0	0,000
Ausente	91	54,8		
INACTIVIDAD	(n=166)			
	Presente (n=69)	53	76,8	0,001
Ausente	64	52,0		
AMIGO	(n=136)			
	Presente (n=136)	88	64,7	0,132
Ausente	29	51,8		
I. ACTIVIDADES	(n=56)			
	Presente (n=135)	88	65,2	0,090
Ausente	29	50,9		
TIEMPO	(n=121)			
	Presente (n=121)	74	61,2	1,000

VARIABLE		NÚMERO	PORCENTAJE	X ²
FAMILIA	Ausente (n=71)	43	60,6	
	Presente (n=25)	15	60,0	
JUBILACION	Ausente (n=167)	102	61,1	1,000
	Presente (n=117)	70	59,8	
ACTIV	Ausente (n=75)	47	62,7	0,809
	Presente (n=88)	61	69,3	
ECONOM	Ausente (n=104)	56	53,8,7	0,041
PTotal		(n=192) 117	60,9	-

Factores de riesgo de depresión en personas mayores atendidas en la Fundación Cerca del Cielo del Cantón Durán

La tabla 3 muestra las correlaciones entre variables independientes, para el análisis de colinealidad, previa corrida del modelo de Regresión Logística Múltiple con Respuesta Dicotómica. En este se observa que ninguno de los coeficientes computados alcanza los valores prefijados, para considerar colinealidad o información redundante entre variables independientes o explicativas. De ahí que se pueden incluir en el modelo todas las variables previstas.

Tabla 3. Matriz de Correlaciones entre variables independientes. Análisis de Colinealidad

	V 1	V 2	V 3	V 4	V 5	V 6	V 7	V 8	V 9	V 10	V 11	V 12	V 13	V 14	V 15	V 16
V 1	-															
V 2	0, 0 0	-														
V 3	0, 0 4	0, 0 1	-													
V 4	0, 0 2	0, 0 2	0, 0 2	-												
V 5	0, 0 1	0, 0 1	0, 0 4	0, 0 2	-											
V 6	0, 0 2	0, 0 5	0, 0 1	0, 0 2	0, 0 2	-										
V 7	0, 0 5	0, 0 9	0, 0 2	0, 0 4	0, 0 2	0, 0 1	-									
V 8	0, 0 5	0, 0 9	0, 0 0	0, 0 1	0, 0 2	0, 0 0	0, 0 0	-								
V 9	0, 0 9	0, 0 2	0, 0 4	0, 0 2	0, 0 4	0, 0 4	0, 0 4	0, 0 0	-							
V 10	0, 0 2	0, 0 4	0, 0 2	0, 0 7	0, 0 1	0, 0 2	0, 0 2	0, 0 4	0, 0 7	-						

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

V ₁₁	0, 0 7	0, 0 1	0, 0 1	0, 0 2	0, 0 2	0, 0 4	0, 0 1	0, 0 2	0, 0 2	0, 0 1	-					
V ₁₂	0, 0 7	0, 0 2	0, 0 2	0, 0 1	0, 0 5	0, 0 2	0, 0 2	0, 0 2	0, 0 1	0, 0 5	0, 0 4	-				
V ₁₃	0, 1 0	0, 0 5	0, 0 5	0, 0 2	0, 0 5	0, 0 4	0, 0 5	0, 0 4	0, 0 2	0, 0 9	0, 0 5	0, 0 5	-			
V ₁₄	0, 0 7	0, 0 5	0, 0 5	0, 0 2	0, 0 9	0, 0 1	0, 0 5	0, 0 2	0, 0 2	0, 0 0	0, 0 5	0, 0 9	0, 0 5	-		
V ₁₅	0, 1 0	0, 0 9	0, 0 9	0, 0 4	0, 0 1	0, 0 7	0, 0 9	0, 0 1	0, 0 7	0, 0 4	0, 0 9	0, 0 7	0, 0 5	0, 0 2	-	
V ₁₆	0, 2 0	0, 0 4	0, 0 7	0, 0 1	0, 0 1	0, 0 7	0, 0 2	0, 0 2	0, 0 2	0, 0 2	0, 0 4	0, 0 2	0, 0 9	0, 0 1	0, 0 2	-

Legenda: V₁= edad, V₂= escolaridad, V₃= estado civil, V₄= sexo, V₅= factores biológicos, V₆= confidente, V₇= viudez, V₈= pérdida de hijos, V₉= pérdida de familia, V₁₀= volver al trabajo, V₁₁= aislamiento, V₁₂= inactividad, V₁₃=amigos, V₁₄= satisfacción actividades, V₁₅ tiempo familiar, V₁₆= Jubilación

En la tabla 4 se presentan los factores de riesgo de depresión en las personas mayores investigadas, luego de la corrida del modelo de Regresión Logística Múltiple con Respuesta Dicotómica a través del Método paso a paso. Así, de la totalidad de las variables que resultaron asociadas de manera significativa en el análisis un variado previo, solo las variables estado civil e insatisfacción con las actividades que realiza este segmento de la población resultaron significativas y, por ende, constituyen factores de riesgo de depresión. Así, los adultos mayores que no tienen parejas estables en la actualidad -solteros y viudos- tienen un riesgo mayor además de cuatro veces de depresión respecto a los restantes estados, en tanto que los que se encuentran insatisfechos con las actividades

que realizan tienen un riesgo de depresión incrementado de casi seis veces en relación con los que están satisfechos.

Tabla 4. Factores de riesgo de depresión en personas mayores según resultados de la Regresión Logística Múltiple con respuesta Dicotómica

VARIABLE	ODDS RATIO	INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%	
		Límite Inferior	Límite Superior
Estado civil	4,46	2,08	9,56
Insatisfacción actividades	con 5,75	1,60	20,70
Constante	0,051	-	-

Discusión de los Resultados

Hablar de depresión en la población adulta mayor es un tema complejo debido que son varios los factores que intervienen en el ámbito individual, familiar y psicosocial. Existen variables que han sido considerados por algunos de los autores en los factores de riesgos psicosociales, a diferencia del estudio realizado en la Provincia del Guayas en el Cantón Durán en que las variables con mayor prevalencia fueron: Estado civil y la Insatisfacción de las actividades

El estado civil predominó dentro de las variables identificadas en el estudio realizado de identificación de variables que predominan en síntomas asociados a la depresión, en relación de otros autores los cuales manifiestan que algunos síntomas que se presentan en la depresión están asociados a factores del duelo ante la pérdida del cónyuge (viudez), cumpliéndose un dominador común entre varias investigaciones realizadas.

Le siguen aquella relación que plantea a la viudez como un antecedente al suicidio o quien lo relaciona con una forma de muerte. También se plantea la pérdida de la sexualidad como otra forma de duelo simultáneo a la viudez. (Zavala, 2017).

Para el estudio realizado en la provincia del Guayas del Cantón Durán, el tema de la viudez como etapa de duelo, se pudo identificar

involucran diferentes síntomas asociados a la depresión, manifestados durante las encuestas por la muestra estudiada lo que produce un impacto negativo en la calidad de vida llegando en algunas ocasiones al suicidio, debido que este trastorno en los adultos mayores presenta mayor tasa de recaídas y mayor mortalidad general que en las personas de otras edades. La intervención comunitaria adecuada en la población

Refiriéndose a la otra variable predispuesta que es la insatisfacción de las actividades que realizan los adultos mayores en su día cotidiano desde el estudio de otros autores se visualiza una prevalencia de igual magnitud por lo que los adultos mayores que poseen escasa red de apoyo familiar y social, así como poco interés en la realización de actividades que involucren estrategias de socialización tienden a presentar más síntomas depresivos que quienes cuentan con una adecuada red de apoyo por lo que en este estudio se encontró que la mayor prevalencia de riesgo de depresión estuvo asociada con la dependencia por parte del adulto mayor para realizar las actividades diarias. Situación que parece clara, teniendo en cuenta que la incapacidad en la realización de actividades, la condición de dependencia, la pérdida de control, la sensación de vulnerabilidad y el sentimiento de ser una carga para el otro generan malestar y frustración en el adulto mayor (Alejandra Segura, Doris Cardona, & Ángela Segura, 2015) Se debe mencionar que no solo en las encuestas realizadas se puede identificar esta variable sino mediante el sondeo en territorio debido que los familiares o cuidadores a cargo consideran que los adultos mayores no pueden realizar las actividades que solían hacer en vida laboral activa. En este proceso de no poder interactuar con los adultos mayores y saber qué es lo que realmente ellos desean hacer dentro de su hogares o comunidades, ya posteriormente fueron personas muy actividades y desligarlos abruptamente genera síntomas de ansiedad, desapego que van relacionados con la depresión

Se ha observado que la pérdida de las capacidades de la vida diaria ocurre en un orden jerárquico. En consecuencia, primero se pierde la capacidad de efectuar de forma independiente las actividades llamadas instrumentadas y luego las básicas; de estas últimas, las tareas como la capacidad de deambular o usar el baño de forma independiente son las primeras para las cuales los individuos tienen dificultades en su realización, mientras que la capacidad para alimentarse sin necesidad de ayuda es la última que se pierde

El proceso de envejecimiento de la población es una de las múltiples facetas de desarrollo humano a la cual están expuestas las

personas. El creciente aumento de los grupos de la tercera edad a nivel regional, nos invita a pensar sobre la importancia de identificar las principales problemáticas que enfrentan las personas adultas mayores.

CONCLUSIONES

La prevalencia de depresión en adultos mayores en la comunidad estudiada es alta y se encuentra asociada con variables sociodemográficas como la edad, escolaridad, sexo, en tanto se asocia con la ausencia de confidente, la viudez, la pérdida de hijos, la sensación de inactividad, el estado civil y la insatisfacción con el trabajo y actividades diarias.

La insatisfacción con actividades cotidianas y el no tener una pareja estable, constituyen en las personas mayores investigadas, factores de riesgo de depresión, que deberán tenerse en cuenta en una futura intervención comunitaria, sobre todo porque esta condición es un factor de riesgo de deterioro cognitivo y demencia, así como de suicidio y otros trastornos mentales en este segmento de la población.

Lo que concluye que mediante el estudio realizado se logró identificar las variables que intervienen en los síntomas que presentan la muestra de adultos de cuadros depresivos, con lo cual se trabajó a través de las recomendaciones comunitarias con la implementación de grupos mediante actividades que les permitan mejorar su estilo y calidad de vida y logren una mejor inserción a nivel individual, familiar y comunitario.

Recomendaciones Comunitarias

- Implementación de grupos focales con adultos mayores que presenten síntomas de depresión, en los cuáles puedan identificarse a partir de cada historia de vida.
- Socializar con los adultos mayores las redes de apoyo sociales y familiares que les permitan acoplarse a las mejores expectativas de calidad de vida.
- Socializar los factores de riesgos sociales que hacen que presenten síntomas de depresión, a través de la reinserción de actividades vinculadas con la familia y colaboradores de la comunidad.
- Vinculación dentro de la comunidad con la intervención de grupo de bailes, que le permita la interacción con los demás miembros de la comunidad.

- Creación de espacios multidisciplinarios con diferentes áreas de terapia física, Ocupacional y atención Psicológica.
- Participación en actividades dinámicas y manualidades que le permitan la satisfacción de sus actividades diarias.
- Talleres de prevención con la temática de informar referentes al tema de depresión en la edad longeva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Información Pública de las Naciones Unidas. (2005). “Envejecimiento, Salud e Incapacidad”. Centro de Información de Naciones Unidas en Panamá y Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. ONU EUA.
2. 008430, R. (1993). Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación salud. . República de Colombia. Ministerio de salud.
3. 184, N. I. (1990). Conservas Envasadas de Atun. NTE INEN 184, 2 - 8.
4. AC., R. S. (2016). Manejo de la depresión en adultos mayores en la atención. Correo Científico Médico de Holguín.
5. Aguilar Garcia , I., Alday Muñoz, J., Almazán García, E., & Álvarez, J. (2012). ACCIONES DE SALUD MENTAL. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA.
6. Alejandra Segura, Doris Cardona, & Ángela Segura. (2015). Riesgo de depresión y factores asociados en adultos mayores. Rev. salud pública.
7. Alvarez., S. G. (2015). Elementos de Política, liderazgo, estrategia en Henry Mintzberg. Programa doctoral en Gobierno y Cultura de las organizaciones., 350 - 372.
8. Barreno., S. A. (2013). Propuesta estratégica para la implementación de modelos de producción en el mercado de atun. Facultad de Economía y Ciencias Empresariales. , 14 - 63.
9. Barrezueta, H. D. (2019). LEY ORGANICA DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. Asamblea Nacional de Ecuador.
10. BEAUVOIR, D. (2016). La Vejez. SCIELO, 437-438.
11. Caribe, C. E. (2016). La matriz de la desigualdad social en América Latina. Santo Domingo. .
12. Censos., I. N. (Quito.2010). Instituto Nacional de.

13. Cerquera Cordoba, A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga. *Univ. Psychol*, 271-281.
14. Copeland, J., Beekman, A., & Prince, M. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *Br J.Psychiatry*.
15. Edison Jair Duque Oliva, L. A. (2015). La identidad organizacional y su influencia en la imagen: Reflexion Teorica. *Suma de Negocios.*, 1 - 10.
16. Franceschi, C., D, M., & P, S. (s.f.). The immunology of exceptional individuals: the lesson of centenarians. *Pub Med*.
17. Gonzalez, M. L. (2002). La atencion comunitaria en salud Mental . *SCIELO*.
18. Helsinki. (2012). Bioética, derechos humanos y la investigación en seres humanos. *OPCION*.
19. HERNANDEZ, Z. (2014). Ocurrencia de trastornos depresivos en una población de jubilados. Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana.
20. Ivan Montoya Restrepo, L. M. (2005). Visitando a Mintzberg: su concepto de estrategia y principales escuelas. *Escuela de Administracion de Negocios.*, 84 - 96.
21. Jorge Villavicencio, M. O. (2017). Elaboracion de conserva de Atun. *Dominios de las Ciencias.*, 298 - 308.
22. Keller, P. (18 de Abril de 2016). En Directo al Paladar. Obtenido de Ventresca de Atun.: <https://www.directoalpaladar.com/cultura-gastronomica/que-es-la-ventresca>
23. La Cruz , M., Thwing, R., & Ladwing, K.-H. (2014). Psychodyn-Psychiatry, Aging without depression: a cross-sectional study. *National Library of Medicine*.
24. Labarca., N. (2007). Consideraciones teoricas de la competitividad empresarial. *Omnia*, 2 - 24.
25. Marcus, M., Yasamy, M., & Ommeren, M. (2012). World Federation for Mental Health. *DEPRESSION: A Global Crisis*.
26. Mayo Clinic. (s.f.). Depresion (Trastorno depresivo mayor). Mayo Clinic.
27. Ministerio de Inclusión Económica y Social, M. (2012). Agenda de Igualdad para adultos mayores . Quito:

- Ministerio de Inclusion Económica y Social (MIES). .
28. Olga Lucia Mantilla Celis, J. M. (2012). Modelo Tecnológico para el desarrollo de proyectos logísticos usando Lean Six Sigma. *Estudios Gerenciales.*, 1 - 21.
 29. Pagés, C. (2010). La era de la Productividad. Como transformar las economías desde sus cimientos. *Desarrollo en las Américas.*, 4 - 26.
 30. Quevedo., A. C. (2019). Elaboración y Caracterización de Filetes de Atun (*Thunnus albacares*) en aceite de oliva envasados en frascos de vidrio. *Escuela de Ingeniería Agroindustrial e Industrias Alimentarias.*, 3 - 58.
 31. Riquelme., M. (12 de Mayo de 2014). Porter y la responsabilidad social corporativa. Obtenido de Web y Empresas.: <https://www.webyempresas.com/porter-y-la-responsabilidad-social-corporativa/>
 32. Salazar , A., Reyes, M., Plata, S., Galvis , P., & Montalvo , C. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurobiológica Colombiana*, 31(2).
 33. Salud, O. m. (2017). Campaña con motivo del Día Mundial de la Salud.
 34. SENPLADES. (2008). Apuntes sobre la evolución demográfica. Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo,.
 35. Social, D. A. (2012). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Colombia Informe .Bogotá.
 36. Zavala, V. M. (2017). Viudez, soledad y sexualidad en la vejez: mecanismo de afrontamiento y superación . *Revista Temática Kairós Gerontología.*,

AFECTACIONES A LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL EN SITUACIÓN DE CONFINAMIENTO. UNA REVISIÓN DE LAS EVIDENCIAS SOBRE EL TEMA.

Meza Vélez Félix Leonardo
Salazar Guerra Yusel Iraklys

RESUMEN

Introducción: El cierre de los centros educativos y el confinamiento domiciliario prolongado suponen cambios importantes en las rutinas y hábitos de niños y adolescentes, que, unidos a los factores estresantes intrínsecos a la vivencia de una emergencia sanitaria de tal calibre, y a aquellos factores propios de la etapa vital en la que se encuentran, pueden influir desfavorablemente en su salud mental.

Objetivo: Caracterizar las principales afectaciones a la salud mental de la población infanto-juvenil en situación de confinamiento.

Método: Se llevó a cabo una Revisión Sistemática de Literatura (RSL), con enfoque cualitativo, para la cual se emplearon las directrices propuestas por la declaración PRISMA. Para la búsqueda, selección e inclusión de los artículos se definieron una serie de criterios, y se utilizaron bases de datos especializadas.

Resultados: Se identificaron como afectaciones más frecuentes a la dificultad para concentrarse, aburrimiento, estrés, ansiedad, el aumento de irritabilidad, sentimientos de soledad y culpa, inquietud, miedo, preocupación, y problemas de conducta, como el abuso de las nuevas tecnologías.

Conclusiones: La evidencia disponible y analizada en la presente revisión sistemática de literatura, parece confirmar que los efectos en la salud mental de niños/as y adolescentes son preocupantes, y deben ser un punto de interés central para el personal de salud mental, tales como los psicólogos y los psiquiatras.

Palabras Claves: Confinamiento, Salud Mental, Niños, Adolescentes, Alteraciones,.

INTRODUCCIÓN

A raíz de la aparición, de la reciente, enfermedad por coronavirus (Covid-19), nombrada así oficialmente por la Organización Mundial

de la Salud (OMS) el 11 de febrero del 2020, las autoridades de un gran número de países se han visto obligados a establecer medidas drásticas para proteger la salud de la población y mitigar el impacto de dicha enfermedad, controlando el contagio entre la población (Paricio del Castillo & Pando Velasco, 2020).

En ese contexto, la OMS, entre sus varias recomendaciones, propuso limitar el traslado de gran parte de los individuos, a lugares fuera de su lugar de residencia para evitar una posible propagación masiva del virus; situación que ha llevado a muchos gobiernos a implementar el aislamiento social obligatorio, o confinamiento, como normativa de alcance nacional.

Aunque estas medidas de contención pueden sofocar el brote, existe cierta preocupación respecto a los efectos negativos que pueda tener en la salud física, y en la salud mental de los niños y adolescentes, el cierre prolongado de las escuelas/colegios y el estar en el hogar durante largos periodos de tiempo, sin posibilidad de visitar otros espacios (Pérez, Gregorio, Gómez, & Ruiz, 2019), al representar una de las poblaciones más vulnerables en situaciones de crisis. La evidencia reciente también parece indicar que ser más joven actúa como factor de riesgo para desarrollar problemas de salud mental asociados al COVID-19 (Hossain, et al., 2020)

A nivel psicosocial, las medidas adoptadas pueden conducir a trastornos psicológicos y psiquiátricos como el estrés postraumático, confusión, frustración, depresión, ansiedad, trastornos de pánico y de conducta, por factores como separación de la familia, dolor, duelo, soledad, vergüenza, culpa, ira, miedo, histeria colectiva, y otros problemas de salud mental como afirman (Zhu, et al., 2020).

El cierre de los centros educativos y el confinamiento domiciliario prolongado suponen cambios importantes en las rutinas y hábitos de vida de niños y adolescentes que, unidos a los factores estresantes intrínsecos a la vivencia de una emergencia sanitaria de tal calibre (miedo al contagio, duelos y pérdidas de seres queridos, merma de la capacidad adquisitiva de las familias...) y a aquellos factores propios de la etapa vital en la que se encuentran (niñez y adolescencia), pueden influir desfavorablemente en su salud mental (Paricio del Castillo & Pando Velasco, 2020).

Por ello, el confinamiento social, aunque es una estrategia importante para luchar contra el COVID-19, también es una causa importante de malestar emocional, considerado como un factor de riesgo para un número considerable de patologías mentales (Banerjee, 2020).

A partir de dicha situación, surge la necesidad de abordar la actual problemática de una manera efectiva, la cual pueda responder de manera oportuna a las nuevas dificultades que la pandemia, y el prolongado confinamiento social, acarrea consigo en la población infanto-juvenil, siendo la perspectiva de salud mental comunitaria una lógica que puede abordar adecuada y efectivamente este problema.

Por lo anterior, cobra importancia el desarrollo de un estudio como el presente, pues se trata de un fenómeno actual, con serias repercusiones para la salud pública, y con un impacto significativo en la calidad de vida de los niños y adolescentes, a corto, mediano, y largo plazo. Es decir, un estudio que sistematice y detalle las afectaciones a la salud mental de la población infanto-juvenil en situación de confinamiento, que se hayan descrito en la literatura revisada, con el fin de definir esta problemática, y posterior a ello, poder establecer una serie de recomendaciones, basadas en la lógica y principios de la salud mental comunitaria

De esta manera, se focaliza esta revisión con estudios desarrollados en países del contexto Iberoamericano, con el fin de que los resultados, y las conclusiones puedan ser de utilidad ante la urgencia de tener un panorama más amplio sobre esta temática en la región. Así como contribuir con los esfuerzos de investigación sobre esta problemática desde una perspectiva de salud mental comunitaria y por ende al diseño o fortalecimiento de acciones específicas, orientadas a la prevención, e intervención de posibles alteraciones a la salud mental de los adultos mayores a raíz del confinamiento.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son las principales afectaciones a la salud mental de la población infanto-juvenil en situación de confinamiento?

METODOLOGÍA

Para este estudio, se defino como objetivo principal el caracterizar las principales afectaciones a la salud mental de la población infanto-juvenil en situación de confinamiento, en función de proponer recomendaciones para su prevención, las cuales se encuentren basadas en los principios de la salud mental comunitaria. Esto se logró mediante la revisión y análisis de estudios realizados en la región de Iberoamérica durante el periodo que

contempla el inicio de actual pandemia por coronavirus (marzo 2020), hasta septiembre del 2021, en los que se aborde la temática de interés. Para ello se utilizó como método de investigación, la revisión sistemática de literatura -RSL-, en la cual se utilizó un enfoque cualitativo y cuyo alcance fue descriptivo.

De acuerdo con (Beltran, 2005): La RSL es un método de investigación utilizado para sistematizar y analizar las investigaciones en un campo disciplinar o temático determinado, en el que los datos e informaciones seleccionados de las fuentes -unidades- de información científica estudiadas, se ordenan estableciendo rigurosamente las categorías generales de estas.

Es importante destacar que la presentación de los datos en este trabajo se realizó mediante lo que (Siddaway, Wood, & Hedges, 2019) denominan dentro de las RSL's como una meta- síntesis, ya que se pretendió localizar, en las investigaciones revisadas, las principales afectaciones a la salud mental de población infanto-juvenil en situación de confinamiento y posterior a ello, describirlas de manera detallada, sintetizando la evidencia más relevante que se encontrase disponible.

De acuerdo con estos cometidos, y en base a los planteamientos metodológicos sugeridos por la declaración PRISMA, la cual es una guía compuesta por 27 ítems o directrices cuyo propósito es mejorar la calidad de las revisiones sistemáticas y meta análisis (Urrútia & Bonfill, 2010), se procedió con la formulación de una serie de pasos para dar respuesta al objetivo principal de esta investigación.

La búsqueda de estudios potenciales inicia en agosto del 2021 y finaliza en septiembre del 2021. Se centró en artículos científicos, realizados en Iberoamérica, entre marzo de 2020 y septiembre del 2021, en idioma español, y que sean de acceso gratuito. Para ello, se consultaron tres fuentes/base de datos que corresponden a algunos de los mayores repositorios de recursos de acceso libre, en Iberoamérica, es decir: Dialnet.es, Scielo.org y ScienceDirect.com

Así, para las diferentes consultas realizadas en las bases de datos antes mencionadas, la búsqueda fue guiada por las siguientes palabras claves o términos descriptores: Confinamiento, aislamiento social, salud mental, impacto psicológico, alteraciones mentales y alteraciones emocionales. Dichos vocablos han sido utilizados combinados entre sí, en función de alcanzar la mayor cantidad de resultados.

El proceso de combinación de estos términos se realizó utilizando las siguientes 2 categorías: (Confinamiento, aislamiento social) junto a (salud mental, impacto psicológico, alteraciones mentales y alteraciones emocionales). En cada una de las bases de

datos consultadas se usaron los descriptores boléanos “o” e “y” para la consulta y recuperación de las unidades de investigación.

Realizado lo anterior, se establecieron varios criterios de inclusión y exclusión. Así cada uno de los estudios que se tomaron en cuenta debían:

- a. Estar relacionado con el análisis de las afectaciones a la salud mental de la población infanto-juvenil (entre 5 y 18 años) en situación de confinamiento
- b. Haber sido realizados en un país de Iberoamérica
- c. Haber sido realizadas en idioma español
- d. Estudios publicados en el periodo comprendido entre marzo del 2020 y septiembre del 2021
- e. Estudios que se encuentren completos y sean de acceso gratuito. Finalmente, se excluyeron todos aquellos trabajos que no cumplían satisfactoriamente con los criterios de inclusión antes descritos.

Estos criterios han sido determinantes en la selección de los estudios, ya que han permitido lo siguiente: tener un primer filtro para garantizar la calidad en la información y en los resultados considerados en este trabajo; el énfasis en uno de los grupos humanos más vulnerables con respecto a las afectaciones en la salud mental producidas por el confinamiento; caracterizar el fenómeno para la región; y realizar recomendaciones con énfasis en la prevención basadas en los principios de la salud mental comunitaria.

Cabe destacar que cerca de 1000 estudios fueron arrojados como resultado de la primera búsqueda realizada a través de las tres bases de datos consultadas, mediante la utilización de todas las posibles combinaciones de términos. De estos, únicamente 40 cumplían con aquellos criterios de inclusión establecidos, para ser tomados encuentra como artículos potenciales, que pudieron identificarse a través de los filtros disponibles, de la lectura de sus títulos, y de la información disponible en sus fichas técnicas.

De esta cantidad de documentos, en una segunda etapa de descarte y lecturas preliminares se seleccionaron 16 artículos cuyo foco de atención incluía a la población infanto-juvenil, y además, estaban relacionados directa o indirectamente con el análisis de la temática principal de la presente RSL: las principales afectaciones a la salud mental de la población infanto-juvenil en situación de confinamiento. A demás, se escogieron únicamente aquellas investigaciones, cuyo desarrollo abarcó el inicio de la pandemia,

hasta su estado actual, lo que en función de los propósitos de este trabajo permite un abordaje suficiente de los objetivos planteados para este estudio.

LIMITACIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación deben ser analizados bajo ciertas limitaciones relevantes. Como principales limitaciones se encuentran, el corto periodo de tiempo (2020-2021) en que se publicaron las investigaciones, para ser consideradas dentro de la presente revisión, pues al ser una problemática en extremo reciente, con ciertas características que complican el actuar de los investigadores, ha dificultado el desarrollo de un mayor número de estudios, y limitado la presencia de resultados que reflejen un análisis a largo plazo.

Como otra limitación percibida, se encuentra el idioma, en tanto que, al momento de realizar la búsqueda, empleando las combinaciones de categorías propuestas, se evidenció que, al filtrar de acuerdo a los criterios de inclusión, entre ellos, el idioma español, los resultados obtenidos se redujeron de manera significativa. Así mismo, con respecto a la región de Iberoamérica.

Por ende, no puede descartarse que haya una mayor cantidad de estudios que aborden las afectaciones a la salud mental de la población infanto-juvenil en otros idiomas o regiones, incluso indexadas en otras bases de datos diferentes a las establecidas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en esta investigación están basados en la revisión de 16 artículos publicados en el periodo marzo 2020 – septiembre 2021 en la región de Iberoamérica. Los resultados están sistematizados por apartados relevantes orientados al cumplimiento de los objetivos de este estudio. Se presenta, en primer lugar, un análisis de las principales afectaciones a la salud mental de la población infanto-juvenil en situaciones de confinamiento, evidenciadas en los estudios revisados.

Con posterioridad, se presenta un apartado de recomendaciones, dirigidas a la prevención de esta problemática, en base a los principios y a la lógica de la salud mental comunitaria.

- Principales afectaciones a la salud mental de la población infanto-juvenil en situación de confinamiento:

La población a nivel global está experimentando cambios constantes en su día a día. Y, concretamente, los niños y jóvenes son los que pueden haber experimentado un mayor cambio en los últimos meses a raíz de la pandemia por Covid-19 (Gómez-Gómez, Gómez- Mir, & Valenzuela, 2020). Puesto que existe un acuerdo amplio en considerar el confinamiento como una situación de riesgo elevado para la salud mental, con efectos acumulativos, que se reflejarían en aumentos de los síntomas psicopatológicos (García Soto & et al., 2021).

A pesar de que todos los estudios actuales confirman el menor impacto, tanto en la facilidad de contagio como en la gravedad de los síntomas y de las secuelas producidos por la COVID- 19 entre la población infantil y juvenil a nivel mundial, sí que parece evidente que son muchas las consecuencias socioeducativas y psicológicas que el confinamiento por el virus, entendido como el cierre de las escuelas, medidas restrictivas de movilidad, pérdida de contactos en los diferentes círculos de socialización, que puede acarrear en el futuro en la salud mental de niños y jóvenes, fundamentalmente, en aquellos que pertenecen a grupos sociales de alta vulnerabilidad, por lo que podría considerarse que el mayor grado de afectación se dio en esta población (Orte Socías & et al. , 2020; Sanz Ponce & Lopez Lujan, 2021).

Para Orte Socías & et al. (2020) y García Soto & et al. (2021), el confinamiento tiene mayores consecuencias en aquellos menores en riesgo, por presentar diferentes dificultades en sus respectivos microsistemas (grado de desestructuración familiar, carencias en las destrezas familiares de crianza o problemas y/o relacionados con las adicciones), y para los menores en riesgo por encontrarse bajo procesos de acogimiento residencial o familiar y/o en situación de tutela. A su vez, los elevados niveles de estrés sufridos por las familias, han podido y pueden conducir a la adopción errónea de estrategias de afrontamiento y generar así un contexto inseguro y/o de riesgo para los menores (Orte Socías & et al. , 2020)

Entre los efectos derivados del periodo de confinamiento, que pueden evidenciarse entre la población infanto-juvenil, varios estudios refieren problemas de índole psicológico y social (con obvias repercusiones en la salud mental de estos), como por ejemplo: el estrés, la

ansiedad, el aumento de las tasas de maltrato infantil, los problemas de adicciones a sustancias y sobre todo a la tecnología (Sanz Ponce & Lopez Lujan, 2021).

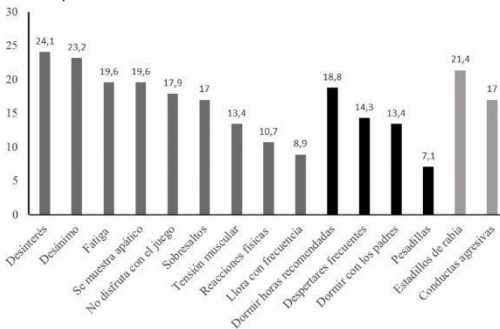
La situación de confinamiento, las condiciones habitacionales de muchos hogares, el acceso a los recursos tecnológicos o las

preocupaciones laborales y económicas de muchas familias han podido generar situaciones de estrés y de ansiedad entre esta población altamente vulnerable. Estas situaciones han tenido consecuencias importantes en el desarrollo educativo, psicológico y emocional de muchos niños y jóvenes (García Soto & et al, 2021; Gómez-Becerra & et al, 2020; Martínez Pérez & et al., 2020)

Estudios centrados en infancia informan de la ambivalencia emocional en los menores, estos se sienten contentos por estar más tiempo en casa y en familia, pero, por otro lado, un alto porcentaje llora más, está más ansioso, se enfada más y se encuentran más tristes (Gómez- Becerra & et al., 2020). Concretamente, se describen como cambios más frecuentes a la dificultad para concentrarse, aburrimiento, irritabilidad, sentimientos de soledad y culpa, inquietud, miedo, preocupación, y problemas de conducta, como el abuso de las nuevas tecnologías (Corres-Medrano & Santamaria-Goicuria, 2020). En esta misma línea, gran parte de los padres entrevistados durante el confinamiento percibía a sus hijos más nerviosos y con más facilidad para enfadarse y más del 50% afirmaba que sus hijos lloraban más que antes y estaban más tristes (Gómez-Becerra & et al., 2020).

De acuerdo con el reporte de padres referido en el estudio realizado por Erades & Morales, (2020), la mayor parte de los niños, aproximadamente el 76% de los evaluados, aumento la frecuencia de reacciones emocionales (irritabilidad, dificultad al concentrarse, perdida de interés por actividades agradables, estado de ánimo depresivo, y dificultad para terminar tareas), conductuales y problemas de sueño durante el confinamiento (Figura #1). Además, se observó un cambio problemático en sus rutinas, tales como un aumento considerable en el uso de pantallas y otros dispositivos electrónicos (Corres-Medrano & Santamaria-Goicuria, 2020).

Figura 1. Prevalencia de reacciones emocionales, conductuales y problemas de sueño en niños durante el confinamiento



A su vez, Patricio del Castillo & Pando Velasco (2020); Perez & et al. (2020); Broche-Perez & et al. (2020), refirieron que, en la situación de la actual pandemia, los niños que habían pasado un periodo prolongado de confinamiento, presentaban en las escalas de Estrés Postraumático puntuaciones cuatro veces superiores a aquellos que no habían sido expuestos a este tipo de medida.

Es destacable que, a mayor tiempo de confinamiento, varios estudios refieren que las puntuaciones correspondiente a diversa sintomatología (problemas de conducta, hiperactividad, problemas con los iguales, y frustración), asciende en la población infanto-juvenil, es decir, empeora el estado psicológico de estos, por lo que en general se infiere que los síntomas psicológicos negativos están presentes en mayor proporción en el presente, que antes de la pandemia (Ponce & Lopez Lujan, 2021; Martinez Perez & et al., 2020).

En adición de lo anterior, Pedreira Massa (2020), en su investigación, destacó el desasosiego y malestar afectivo emocional de infantes y adolescentes vinculado y derivado del confinamiento. En esta, se describieron afectaciones a la salud mental, tales como: Tendencia a reacciones comportamentales desmesuradas y disruptivas o bien de aislamiento social y ensimismamiento, irritabilidad o indolencia, inquietud psicomotriz incrementada o apatía, oposicionismo y conductas regresivas (sobre todo de incontinencia esfinteriana), incremento reacciones de ansiedad, alteración del sueño y de la alimentación (por híper o por hipofagia), incremento de conductas adictivas sin sustancias (móvil, tablets) y alteraciones del humor y baja tolerancia a la frustración (llantos inmotivados, rabietas o aburrimiento).

Tiscar-Gonzalez & et al. (2020), evidenciaron en su estudio que la ansiedad, la depresión, el letargo y el deterioro de la interacción social son algunas de las afectaciones en la salud mental más frecuentes que pueden aparecer en niños y adolescentes durante el confinamiento. En la investigación realizada por Martinez Perez & et al. (2020) se concluyó que los padres confinados, con hijos de entre 9 y 18 años, informaron más síntomas de angustia y malestar psicológico en estos, que aquellos que no habían tenido que adoptar esta medida de contención del virus. En este mismo estudio, se identificó que un número significativo de niños de entre 4 a 10 años, presentaron síntomas regresivos, manifestaron más miedo, se mostraron más irritables, exhibieron cambios de humor y tenían más problemas de sueño.

Al igual que lo referido en el estudio anterior, la investigación realizada por Santo Carrasco & et al. (2021) concluyó que la mayoría

de los padres percibieron cambios en el estado emocional y comportamiento de sus hijos durante el confinamiento en comparación con el período previo.

Varios estudios demuestran que los menores presentan alteración del sueño y del apetito, dificultades para mantener la atención y problemas importantes de separación. Las medidas de contención y confinamiento como el cierre de colegios y la suspensión de actividades por largos períodos de tiempo exponen a los niños a efectos negativos educacionales, psicológicos y de adquisición de logros, ya que experimentan sentimientos de soledad, ansiedad e incertidumbre (Santos Carrasco & et al., 2021), además como se ha mencionado anteriormente, promovieron el uso compulsivo de juegos en internet, redes sociales y de la tecnología en general (Tiscar-Gonzalez & et al., 2020).

Además de la aparición de sintomatología en la población infanto-juvenil considerada como sana, el confinamiento provocado por la pandemia puede agravar los problemas de salud mental ya existentes en niños/as y adolescentes. (Martinez Perez & et al. , 2020). Esta situación de encierro, hace de factor desestabilizador, propiciando recaídas sintomáticas. Estos niños y jóvenes con patologías preexistentes, pueden presentar una reactivación sintomática a pesar de haber estado en un periodo de estabilidad previo (Pedreira Massa, 2020).

La angustia que la situación de confinamiento en niños genera conductas autolesivas, se golpean la cabeza contra la pared u otro objeto, salta, corre, grita, emiten chillidos,

comportamiento negativista, desafiante y se pueden agravar los trastornos comórbidos (Carmenate Rodrigue & Rodriguez Cordero, 2020).

A medida que se prolonga la situación de confinamiento, los jóvenes con patologías como el TEA presentan con frecuencia trastornos de ansiedad, y la situación de aislamiento puede ser un evento difícil de asimilar para ellos. Durante el confinamiento pueden tener un incremento de las estereotipias en la fase inicial, y se presenta como conducta adaptativa que irá desapareciendo. No obstante, puede presentarse un aumento de los movimientos a medida que se postergue la salida a los sitios que solía disfrutar (Palacio-Ortiz & et al. , 2020).

Otro aspecto importante a considerar con respecto a las afectaciones en la salud mental de la población infanto-juvenil en situación de pandemia, es el cierre de los centros educativos y que conlleva el confinamiento domiciliario prolongado, pues suponen cambios importantes en las rutinas y hábitos de vida de niños y

adolescentes (Paricio del Castillo & Pando Velasco, 2020), que, unidos a los factores estresantes intrínsecos a la vivencia de una emergencia sanitaria de tal calibre (miedo al contagio, duelos y pérdidas de seres queridos, merma de la capacidad adquisitiva de las familias...), pueden influir desfavorablemente en su salud mental.

Aunque en un contexto distinto al de la pandemia, los estudios sobre confinamiento en menores de edad dentro del ámbito penal, señalan que el confinamiento y la falta de estímulos ambientales en etapas críticas del desarrollo neurológico, psicológico y social, se relacionan con un importante deterioro de las capacidades de socialización; además, esta técnica se ha asociado a un incremento del riesgo de suicidio y a una peor reintegración social tras el final de la misma (Paricio del Castillo & Pando Velasco, 2020).

Para la población infanto-juvenil, la relación con iguales juega un papel fundamente en su desarrollo psicosocial. Los niños necesitan el juego para su desarrollo integral, pues les permite interiorizar roles, normas y valores, además de tratarse de una manera eficaz para combatir el aburrimiento, las preocupaciones y el estrés. Y en los adolescentes, la relación con iguales contribuye a desarrollar habilidades sociales y ensayar distintos roles mediante la interacción interpersonal.

El confinamiento y aislamiento social de pares se ha podido asociar a sentimientos de soledad y frustración; especialmente, en las etapas de infancia y adolescencia, cuando el sujeto busca y necesita la interacción con iguales para su correcto desarrollo (Paricio del Castillo & Pando

Velasco, 2020). Debido al confinamiento y a las medidas de distancia social decretadas por la pandemia, las relaciones con iguales de las niñas, niños y adolescentes prácticamente han desaparecido de su vida cotidiana.

El duelo, también juega un papel importante durante la actual pandemia de COVID-19 en la salud mental de los niños y adolescentes. Los procesos de duelo están viéndose dificultados por las medidas de aislamiento y distancia social (confinamiento), que impiden la despedida de los seres queridos, y la celebración de funerales, lo que implica un serio problema para la elaboración de duelo en la población de interés (Paricio del Castillo & Pando Velasco, 2020; Pedreira Massa, 2020).

Respecto a las diferencias entre los efectos del confinamiento entre infancia y adolescencia, estas se han constatado. En niños y niñas se dan mayores problemas de carácter emocional y social, mientras los adolescentes presentan puntuaciones clínicas en los

problemas de conducta y problemas con iguales (Gómez-Becerra & et al, 2020). Como bien se conoce, la etapa de la adolescencia es una fase, en extremo vulnerable, del desarrollo y el riesgo a desarrollar problemas de tipo interiorizado (p.ej. ansiedad o depresión) se incrementa. La situación actual podría actuar como un precipitante e incrementar la prevalencia de diferentes trastornos mentales durante esta etapa.

Recomendaciones comunitarias

1. Como reflejan en general los resultados de esta revisión: La situación de confinamiento a producido un aumento de síntomas psicopatológicos, y de reacciones emocionales, y conductuales negativas tanto en la población infanto-juvenil sana, como en aquella con patologías preexistentes, lo cual representa un serio problema a tomar en consideración. Por lo tanto, se sugiere qué, los distintos agentes y sistemas de las comunidades afectadas, conozcan las variables relacionadas con el impacto psicosocial que el confinamiento tiene en la población. Puesto que resulta en extremo necesario, dicho conocimiento, para poder realizar intervenciones y programas de prevención eficaces desde una perspectiva multidisciplinar (a nivel escolar, familiar, laboral, atención primaria, etc.), que permitan un mejor manejo ante esta situación y mitiguen las consecuencias psicológicas derivadas de la pandemia a largo plazo.
2. Se recomienda a demás, la puesta en marcha de políticas, tanto educativas, como sociales y de salud pública, destinadas a paliar estas consecuencias en la salud mental de la población infanto-juvenil y la implementación de estrategias de afrontamiento que preparen a la comunidad, en general, para hacer frente a los problemas ya existentes y a aquellos que están por surgir a raíz de la pandemia por covid-19.
3. Las condiciones socioeconómicas representan un factor de riesgo tanto para el desarrollo de alteraciones en la salud mental de la población infanto-juvenil en situación de confinamiento, como para su evolución. Por lo tanto, se recomienda la organización de los servicios disponibles, teniendo en cuenta las características epidemiológicas y sociológicas de las comunidades y sus integrantes, de manera que garantice la universalidad, la equidad y la accesibilidad de las prestaciones, desde la prevención,

- promoción de la salud, hasta la rehabilitación.
4. El confinamiento, y las limitaciones que este conlleva para el proceso educativo de los niños y adolescentes, representa la génesis y un factor agravante de varias alteraciones y afectaciones a su salud mentales, como se evidencio en los resultados de esta investigación. Por lo tal, se recomienda potenciar una educación emocional que palie las secuelas del confinamiento; reenganchar a los alumnos en peligro de deserción escolar o de abandono temprano de los estudios; y compensar las posibles desigualdades educativas generadas por las diferencias socioculturales y económicas de las familias.
 5. Debido a que el núcleo familiar se ha convertido en el centro del desarrollo de la vida durante la pandemia, se debe ofrecer a los padres las herramientas necesarias para prevenir y manejar el malestar emocional que pueda surgir en sus hijos durante el confinamiento.
 6. En el caso de los niños y jóvenes que tengan un diagnóstico previo o empiecen a presentar signos de alarma (ánimo inusualmente bajo o irritable, sintomatología ansiosa de difícil manejo, alteraciones de conducta, etc.), se recomienda la valoración por parte de un profesional de la red de salud mental, para facilitar la intervención precoz. Es necesario que la red sanitaria esté disponible y ofrezca servicios de teleconsulta (telefónico, videoconferencia, correo electrónico...) y se debe garantizar el acceso de esta población a psiquiatras y psicólogos especializados en salud mental infanto-juvenil.

CONCLUSIONES

Ante la situación excepcional que se está viviendo a causa de la pandemia provocada por la enfermedad por COVID-19, es cada vez mayor el número de investigaciones en torno a las consecuencias perjudiciales del confinamiento y el aislamiento social en la infancia y adolescencia para la salud mental. Diferentes profesionales como pediatras, psicólogos y educadores desde el comienzo de la crisis sanitaria vienen advirtiendo que las consecuencias del confinamiento pueden ser graves a nivel emocional en las personas menores de edad, y la evidencia disponible y analizada en la presente revisión sistemática de literatura, parece confirmar que los efectos en la salud mental de niños/as y adolescentes son preocupantes, y deben ser un punto de interés central para el

personal de salud mental, tales como los psicólogos y los psiquiatras.

Además, se puede concluir que la pandemia actual por COVID-19 y el confinamiento son una amenaza para exacerbar los síntomas de los niños y jóvenes con un trastorno psiquiátrico previo. Los niños y jóvenes son una población vulnerable de por sí, por lo cual la presencia de uno o varios trastornos psiquiátricos previos, aumenta la preocupación que se debe tener frente a la nueva normalidad que se vive, a su vez, se requiere de vigilancia e intervenciones de personal especializado.

Aunque las consecuencias en la salud mental son difíciles de generalizar ya que dependen de distintas variables biopsicosociales (predisposición, estado físico, edad, afrontamiento, acontecimientos vitales, apoyo social y familiar, influencia de medios de comunicación) y cómo interactúan a nivel individual, el conocimiento de las afectaciones evidenciadas hasta el momento en la salud mental de las poblaciones infanfo-juvenil, servirá no sólo a la prevención de éstos y de posible sintomatología individual, sino también de cara a prevenir su posible impacto a nivel comunitario.

Para finalizar, resulta necesario considerar las evidencias sobre la afectación de la población infanfo-juvenil a causa de la pandemia de COVID-19 para diseñar planes de actuación que minimicen su impacto. Los planes sanitarios deberían tratar de forma diferente a la población infanfojuvenil que a la población adulta. Puesto que las necesidades de los menores en el ámbito de la salud mental son distintas y requieren una evaluación y un abordaje específicos.

Asegurar la cobertura de las necesidades de los niños y los jóvenes es esencial en la planificación sanitaria para afrontar una pandemia y mitigar las potenciales complicaciones en su salud mental derivadas de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayala, A., Pujol, R., & Abellan, A. (2018). Prevalencia de personas mayores confinadas en su hogar en España. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 562-571.
2. Banerjee, D. (2020). Age and ageism in COVID-19: Elderly mental health-care vulnerabilities and needs. *Asian Journal of Psychiatry*, 51.
3. Banerjee, D. (2020). The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health.
4. Beltran, O. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 60-

- 69.
5. Corres-Medrano, I., & Santamaria-Goicuria, I. (2020). Infancias vulneradas en tiempos de aislamiento social. *Norte de salud mental*, 66-71.
 6. Erades, N., & Morales, A. (2020). Impacto psicológico del confinamiento por la COVID-19 en niños españoles: un estudio transversal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 27-34.
 7. Garcia Soto, X. R., & et al. . (2021). Confinamiento y salud mental en población infanto-juvenil: Estudio Prospectivo. *Psicomatematica y Psiquiatria*, 25-34.
 8. Garcia-Fernandez, L., Romero-Ferreiro, V., & Lopez-Roldan, P. D. (2020). Mental Health in Elderly Spanish People in Times of COVID-19 Outbreak. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 1-4.
 9. Gómez-Becerra, I., & et al. (2020). Evolución del estado psicológico y el miedo en la infancia y adolescencia durante el confinamiento por la COVID-19. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* , 11-18.
 10. Gómez-Gómez, M., Gómez-Mir, P., & Valenzuela , B. (2020). Adolescencia y edad adulta emergente frente al COVID-19 en España y República Dominicana. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes* , 35-41.
 11. Hossain, M., Tasnim, S., Sultana , A., Faizaf, F., Zou, L., & et al. (2020). Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *Frontiers in Psychiatry*, 636.
 12. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 466-467.
 13. Martinez Perez, A., & et al. . (2020). Resultados preliminares del impacto de la COVID-19 en niños/as y adolescentes expuestos a maltrato intrafamiliar. *Terapia Psicológica*, 427-445.
 14. *Multimed. Revista Médica. Granma*, 690-707.
 15. Orte Socías, M., & et al. . (2020). Factores de riesgo infanto-juveniles durante el confinamiento por COVID-19: revisión de medidas de prevención familiar en España. *Revista Latina de Comunicación Social*, 205-236.
 16. Palacio-Ortiz, J. D., & et al. . (2020). Trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes en tiempo de la pandemia por COVID-19 . *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 279-288. Carmona Rodríguez, I. D., & Rodríguez Cordero, A. (2020). Repercusión psicológica en niños con Trastorno del

- espectro autista durante el confinamiento por COVID-19.
17. Paricio del Castillo, R., & Pando Velasco, M. F. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de Covid-19 en España: cuestiones y retos. *REVISTA DE PSIQUIATRIA INFANTO-JUVENIL*, 30-44.
 18. Pedreira Massa, J. L. (2020). Salud mental y COVID-19 en infancia y adolescencia: vision desde la psicopatologia y la salud publica. *Rev Esp Salud Pública*, Vol. 94.
 19. Pérez, A., Gregorio, R., Gómez, P., & Ruiz, Y. (2019). Impacto psicológico del confinamiento en la poblacion infantil y como mitigar sus efectos: revisión rápida de la evidencia. *CARTAS CIENTIFICAS*, 57-58.
 20. Santos Carrasco, I., & et al. (2021). Confinamiento y salud mental: análisis del impacto en una muestra de 194 pacientes de psiquiatría del niño y del adolescente. *Psiquiatría Biológica*, 1-6.
 21. Sanz Ponce, R., & Lopez Lujan, E. (2021). Consecuencias pedagógicas entre el alumnado de enseñanza básica derivadas de la Covid-19. Una reflexión en torno a los grandes olvidados de la pandemia. . *Teoría de la Educación, Revista Interuniversitaria*, 149- 166.
 22. Siddaway, A. W. (s.f.).
 23. Siddaway, A., Wood, A., & Hedges, L. (2019). How to do a Systematic Review: A Best Practice for Conducting and Reporting Narrative Reviews, Meta-Analyses, and Meta Synthesis. . *Annual Reviews Psychology.*, 747-770.
 24. Tiscar-Gonzalez, V., & et al. (2020). Percepciones y vivencias de escolares de 7 a 8 años del País Vasco durante la alerta sanitaria COVID-19. *Gac Sanit.*
 25. Urrútia, B., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemática y metaanálisis. . *Rev. Medicina Clínica*, 507-511.
 26. Zhu, et al. (2020). The immediate mental health impacts of the COVID-19 pandemic among people with or without quarantine managements. *Brain, Behavior, and Immunity.*, 56- 58.

CONDUCTAS DISRUPTIVAS DE ADOLESCENTES EN CONTEXTOS EDUCATIVOS HISPANOHABLANTES: EVIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA CON PERSPECTIVA COMUNITARIA.

Montero Pincay María Magdalena
Quiroz Zambrano Enrique

RESUMEN

El presente estudio tiene por objetivo conocer el estado del arte respecto a las conductas disruptivas de adolescentes en centros educativos de habla hispana desde 2015 con énfasis en la perspectiva comunitaria. Mediante una revisión sistemática de la literatura (RSL) se identificaron 41 publicaciones científicas que cumplen con los criterios de búsqueda diseñados para este estudio de entre 1032 encontrados en bases de datos de acceso libre (Open Access). Las conductas disruptivas más importantes fueron el bullying, cyberbullying tanto en varones como mujeres adolescentes y la violencia física (agresiones y peleas entre compañeros) y consumo de sustancias entre varones adolescentes al igual que destacan otras investigaciones. Los estudios de las conductas disruptivas de adolescentes en centros educativos (tanto públicos como privados) son escasos sobre todo en Latinoamérica, siendo la psicología y la educación las ciencias más inmersas en los mismos. No se hayan investigaciones de índole psicológica comunitaria o de salud mental comunitaria. Es necesario aumentar propuestas de investigación, prevención e intervención con esfuerzos conjuntos entre distintas ciencias sociales, educativas, de salud física y mental haciendo énfasis en la comunidad y lo comunitario.

Palabras clave: conductas disruptivas, adolescentes, contexto educativo.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la presencia de conductas disruptivas en estudiantes de todos los niveles de educación representa problemáticas para el proceso educativo y la convivencia armónica tanto en el aula como en las instituciones educativas donde se manifiestan. Particularmente durante la adolescencia, la aparición de conductas disruptivas se intensifica en gran parte a los cambios psicológicos y sociales que están implicados en dicha etapa del

desarrollo humano.

No obstante, las posibles causas de dichas conductas disruptivas son diversas, su intensidad parece estar condicionada por la capacidad de respuesta y adaptación de los estudiantes y sus familias ante las adversidades, situaciones estresantes como la violencia intrafamiliar, estilos de crianza deficientes, exclusión social, consumo de sustancias y alcohol en adolescentes, educación deficiente, familias disfuncionales en aspectos de cohesión, comunicación, negociación, límites y reglas, etcétera (Narváez & Obando, 2020; Navarrete Acuña & Ossa C., 2013). Desde la perspectiva docente, varios factores como la crianza inadecuada en el hogar, desmotivación, desinterés, falta de hábitos de estudio, influencia negativa, relaciones sociales limitadas, bajo nivel de dominio y/o competencia para las materias en general son las características comunes en estudiantes con conductas disruptivas.

En el ambiente escolar las conductas disruptivas van desde problemas constantes de disciplina e irrespeto hasta conductas de riesgo, o trastornos del desarrollo y del comportamiento tanto individuales como grupales, que fomenta un clima de desorganización escolar, que afecta tanto el rendimiento académico como la estabilidad del estudiante, los compañeros de aula e institución y los docentes. Por ello, su importancia en comprender las problemáticas y sus factores asociados.

Las conductas disruptivas se han definido como comportamientos y conductas que generan malestar en el grupo escolar, atentan contra las normas sociales, ocasionan desarrollo académico, social y proceso de aprendizaje inadecuados, pueden estar presentes durante la infancia hasta la adolescencia y en ocasiones pueden persistir hasta la edad adulta (Correa Balcázar, 2019).

Si bien no se trata de un concepto nuevo, los estudios que han hecho acercamientos a la problemática se desarrollan desde varias perspectivas teóricas-científicas (ejemplo: psicología clínica, psicología social, neurociencias, educación); metodológicas (cuantitativas: test psicológicos, cuestionarios; cualitativas: grupos focales, entrevistas aplicados a estudiantes, docentes, familias), hallando diversidad de resultados (prevalencia, factores asociados, diagnósticos, experiencias de intervención, etcétera) lo que no permite un acercamiento más específico a la comprensión y consecuente intervención de las conductas disruptivas.

La adolescencia es la etapa del desarrollo humano en que se hacen manifiestos cambios físicos, psicológicos, familiares y sociales que impactan y definen significativamente el futuro del

individuo en todas sus relaciones; esta etapa está rodeada de factores que promueven o deterioran el desarrollo del individuo (factores de riesgo y protección individuales, familiares, sociales y educativos).

La importancia de la comprensión de las conductas disruptivas y su naturaleza radica en que su entendimiento orienta las intervenciones, no solo individuales, sino también comunitarias, pues los factores que determinan su presencia o erradicación se manifiestan como una interacción constante entre los actores de la comunidad. La intervención debe ser movilizadora de la comunidad, hacia el cambio o solución de sus problemáticas particulares (Montero, 2006, 2010; Parra, 2021). Desde esta perspectiva, la intervención de conductas disruptivas en adolescentes de instituciones educativas requiere el entendimiento de la interacción de los individuos en y como grupo.

Desde la literatura se busca conocer: ¿Cuáles son las conductas disruptivas más frecuentes en adolescentes de instituciones educativas halladas en los estudios realizados desde 2015? ¿En qué países se realiza mayor número de investigación científica al respecto de las conductas disruptivas? ¿Qué disciplinas científicas están usualmente vinculadas al estudio de las conductas disruptivas en adolescentes y con qué incidencia? ¿Qué alcance tiene la perspectiva comunitaria en el trabajo con conductas disruptivas en adolescentes? ¿Qué tipos de estudios (metodologías) se realizan para abordar el estudio de conductas disruptivas en adolescentes? ¿Qué instrumentos o técnicas son los utilizados por estos estudios? ¿Cuál es el objeto u objetivo de estudio de las investigaciones al respecto de las conductas disruptivas en adolescentes? ¿Qué factores están asociados a la aparición de conductas disruptivas en adolescentes? ¿Qué tipo de intervenciones (individuales, familiares, comunitarias, etcétera) son las más utilizadas para abordar la problemática en las instituciones educativas?

Por tanto, esta revisión sistemática de literatura (RSL) (Beltrán G., 2005; Torres-Fonseca & López-Hernández, 2014; Velásquez, 2014a, 2014b, 2015, 2015) pretende conocer el estado del arte respecto a las conductas disruptivas de adolescentes en contextos educativos de habla hispana desde 2015 con énfasis en la perspectiva comunitaria. Para ello habrá que, establecer criterios de búsqueda específicos para seleccionar las publicaciones científicas que aborden el tema conductas disruptiva en adolescentes en contextos educativos; realizar la búsqueda y selección en bases de datos abierta de publicaciones científicas que cumplan los criterios previamente establecidos. Analizar y organizar las publicaciones

por años de publicación, países que publican, tipo de publicación, tipos de conductas disruptivas identificadas y género que prevalece en su cometimiento, ciencias responsables de dichas investigaciones, metodología, tipos de estudios, técnicas e instrumentos utilizados, objeto/objetivo de investigación, factores de riesgo y factores de protección asociados a conductas disruptivas adolescente e intervenciones con perspectiva comunitaria. Por último, se debe contrastar los resultados de la RSL de la literatura para aportar a la práctica profesional de psicología y la salud mental comunitaria.

METODOLOGÍA

2.1 Descripción del procedimiento

Este trabajo de investigación se fundamenta en el método de Revisión Sistemática de la Literatura (Beltrán G., 2005; Torres-Fonseca & López-Hernández, 2014; Velásquez, 2014a, 2014b, 2015a, 2015b) para poder conocer el estado de las publicaciones actuales sobre conductas disruptivas en contextos educativos hispanohablantes con el fin de aportar al abordaje clínico y comunitario de este fenómeno.

2.2. Estrategias de búsqueda

La búsqueda de trabajos científicos se realizó en bases de datos de acceso abierto (open access) Academia.edu, Dialnet, EBSCOhost, Elsevier, Redalyc, Researchgate, Scielo, Science Direct.

2.3. Descriptores de búsqueda

Se usaron descriptores en español únicamente, descartándose cualquier otro idioma. Las palabras utilizadas fueron: conducta disruptiva, adolescentes. En algunos casos, según el buscador, se aplicaron filtros tanto para años y países, pero no se puede aplicar a todos.

2.4. Criterios de búsqueda

Se buscaron publicaciones científicas en función de los siguientes criterios: idioma (español), fecha de publicación (2015-2021), tipo de artículo (todos), fuente (artículos publicados en

revistas arbitradas e indexadas), campo científico (se incluye publicaciones científicas tanto de psicología, educación, trabajo social, salud, sociología, etcétera), contenido (que investigaran sobre conductas disruptivas en adolescentes) y contexto educativo (secundaria, sin distinción de nivel socioeconómico o contexto público o privado).

Se aplicaron los criterios de búsqueda en función de las bases de datos y buscador por medio de los filtros disponibles. Los demás criterios se llevaron a cabo por parte de los investigadores durante la lectura de los títulos, resúmenes y resultados de publicaciones científicas seleccionadas.

2.5. Criterios de inclusión y proceso para el análisis

Los criterios de inclusión fueron: (a) estar escrito en español; (b) haberse realizado en países latinoamericanos y/o de habla hispana; (c) la investigación se realizó en un centro educativo público o privado; (d) no se refiere a estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a la discapacidad y/o problemas de aprendizaje específicos; (e) la publicación se encuentra indexado en una base de dato de acceso libre (open access); (f) contener investigación (en cualquier diseño) que involucren conductas disruptivas de adolescentes en contexto educativo y (g) haber sido publicado entre 2015-2021.

Tras la búsqueda se identificaron y posteriormente seleccionaron las publicaciones haciendo uso de un protocolo interno para identificación y análisis en el que se leyeron los títulos, país de procedencia o donde se realiza la investigación, año de publicación y los resúmenes (abstracts) para verificar que dichas publicaciones provinieron de fuentes indexadas o estén avalados por universidades (en el caso de las tesis de grado, maestrías y doctorados) y que cumpliesen con los criterios de inclusión requeridos.

Durante la selección se incluyeron publicaciones científicas de forma independiente del enfoque o diseño de investigación a fin de conocer la tendencia investigativa acerca del tema (Velásquez, 2014b, p. 2). En el resumen o abstract se verificaba que se tratase las conductas disruptivas de adolescentes (13 – 17 años) en el contexto y nivel educativo secundario. Se excluyeron artículos escritos en otro idioma diferente al español. Habiendo cumplido con los criterios de elegibilidad se añadieron en el sistema operativo de acceso gratuito ZOTERO todas las publicaciones que cumplieran con estos criterios de elegibilidad, clasificando los archivos

obtenidos en distintas carpetas (una por cada buscador que arrojase resultados). Posteriormente se eliminaron los archivos duplicados luego de revisar los títulos en orden alfabético.

Se procedió a la lectura, análisis de todas las publicaciones incluidas en el programa. Mediante una de sus funciones, se ubicaron etiquetas en las publicaciones, lo que permitió crear categorías, organizar las publicaciones, a medida que se los leyó, en función de sus características y la información contenida en cada publicación; se usaron categorías tales como: conductas disruptivas identificadas, año de publicación, país, tipo de publicación, disciplina desde donde se investiga, tipo de estudio (cuantitativo, cualitativo, mixto), técnica/instrumento utilizado, objeto/objetivo del estudio, disciplina que realiza intervención, tipo de intervención realizada, sexo predominante vinculado a conductas disruptivas, factores de riesgo y protección asociados a las conductas disruptivas. Finalmente, se extrajo la información y cotejó los resultados en una tabla por cada categoría para su análisis estadístico en programa Microsoft Excel como parte de la segmentación de datos.

RESULTADOS

La búsqueda mediante los descriptores conductas disruptivas adolescentes arrojaron un total de 1032 publicaciones científicas. Tras la revisión de todas las publicaciones científicas y respetando los criterios de búsqueda se pudo identificar y seleccionar 41 publicaciones indexadas ya que cumplieron con los criterios de elegibilidad diseñados para la presente RSL. Puede observarse además que, de las 41 publicaciones, 15 están alojadas en Redalyc (37%), 11 en Dialnet (27%), 11 en Research Gate (27%), 2 en Science Direct (5%), 1 en EBSCOhost (2%) y 1 en ELSERVIER (2%). Los buscadores que no presentaron publicaciones científicas acorde a los criterios de inclusión fueron Academia.edu y Scielo (FIGURA 1).

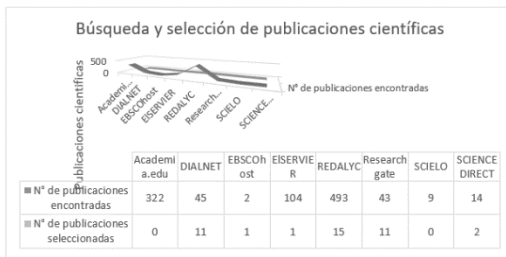


Figura 1 Búsqueda y selección de publicaciones científicas

Los años 2016, 2017 y 2019 son los años con mayor número de publicaciones (9, 8 y 8 respectivamente) acerca de conductas disruptivas de adolescentes en contextos educativos. Los años restantes desde 2015 se encuentran muy por debajo del porcentaje habitual (20–22%), llegando a un mínimo de 2 (2021) hasta 6 publicaciones (2020) – 5 al 15% - siendo el número más bajo de publicaciones, año que inicio la pandemia del COVID-19, con un sistema educativo virtual. No obstante, la temática no muestra números altos en 2015 y 2018 (4 publicaciones en cada año), lo que puede observarse en la (Figura 2).

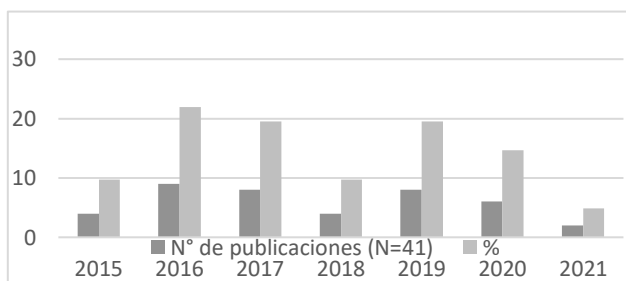
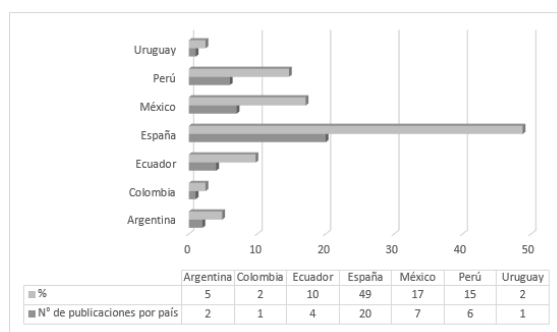


Figura 2 Número de publicaciones por años (periodo 2015-2021)

El país con mayor número de investigaciones en conductas disruptivas de adolescentes en contexto educativo es España con 20 publicaciones (49%) desde 2015 hasta 2021, seguido de México con 7 (17%), Perú 6 (6%), Ecuador 4 (10%), Argentina 2 (5%), Colombia y Uruguay 1 publicación (2%) (Figura 3).

Figura 3
Número de publicaciones por país



El 88% (36) de las publicaciones científicas son presentadas en formato de artículo científico, 10% (4) se tratan de tesis doctorales

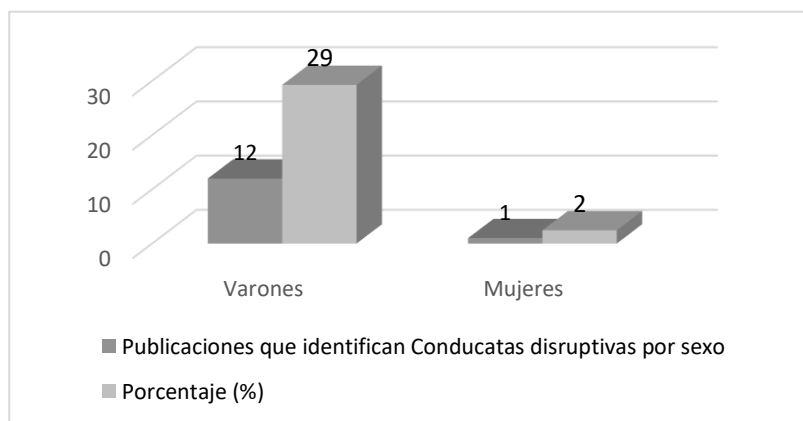
y 1 publicación se trata de la memoria o ponencia en un congreso especializado (2%) (Figura 4).

Figura 4
Tipos de publicaciones científicas



Respecto al sexo de los adolescentes, se reconocen 13 de las 41 publicaciones (32% de la muestra) en las que se identifica conductas disruptivas en adolescentes; los varones aparecen en 12 publicaciones (29%) y las mujeres en 1 publicación (3%) (Figura 5).

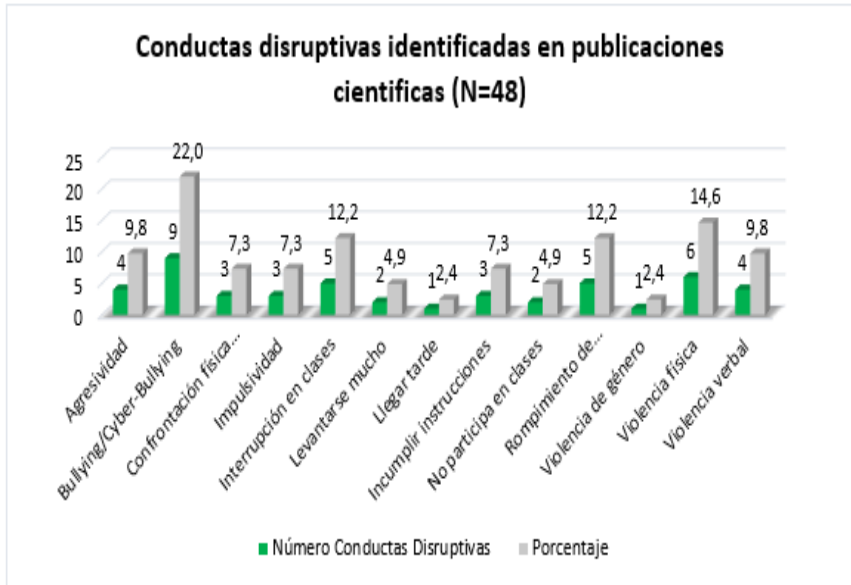
Figura 5
Prevalencia según el sexo de adolescentes con conductas disruptivas en las publicaciones revisadas



Nota. El gráfico presenta 13 publicaciones científicas (de 41 revisadas), que refieren el sexo de adolescentes con conductas disruptivas.

Sobre el tipo de conductas disruptivas en adolescentes de contextos educativos identificadas, en las 41

Figura 6 Conductas disruptivas identificadas en las publicaciones científicas se mencionan 48 tipos de conductas disruptivas (Figura 6).

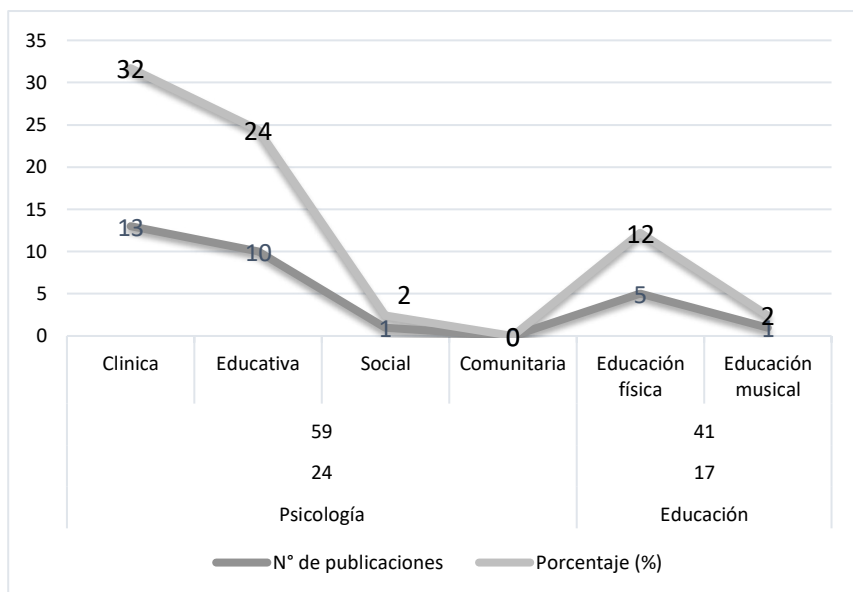


Las conductas disruptivas más mencionadas son el bullying y cyberbullying con 9 menciones (22%), violencia física – que incluye agresiones y peleas entre compañeros – con 6 menciones (14,6%), interrupción en clases, rompimiento de normas, rompimiento de reglas con 5 menciones cada una (12,2%).

De entre las 41 publicaciones se encuentra que 24 (59%) son desarrolladas en el marco de la psicología y que a su vez se subdividen en 13 publicaciones de psicología clínica (32%), 10 de psicología educativa (24%) y 1 de psicología social (2%). No se encontró ninguna publicación de psicología comunitaria, salud mental comunitaria, ni referencias de investigaciones con perspectiva comunitaria. Las 17 publicaciones de ciencias de la educación (41%) parecen ser más generalizadas en ese ámbito; 6 de las 17 publicaciones (14%) corresponden a materias específicas como son educación física (5 publicaciones – 12%) y educación musical (1 publicación – 2%) (Figura 7).

Figura 7

Ciencias que realizan investigación de conductas disruptivas en adolescentes en contextos educativos



Sobre las metodologías utilizadas en los diversos estudios destaca los enfoques cuantitativos con 32 menciones (78%) entre las publicaciones analizadas, seguidas de los estudios mixtos (cuanto-cualitativos) con 9 publicaciones (22%). Entre todos los artículos revisados no se encontró estudios cualitativos puros. Se identificaron 49 métodos científicos, entre los que predominaron los estudios estadísticos (descriptivos, correlacionales) con 39 menciones (95%), seguidos del análisis de contenido con 5 menciones (12%), análisis del discurso con 3 (7%) y 1 método de etnografía (2%) (Anexo: Tabla 1).

El uso de cuestionario se menciona 21 veces en las publicaciones (51%) como la técnica/instrumento más utilizado por los investigadores en el intento de conocer sobre conductas disruptivas en adolescentes, seguido de programas o paquetes estadísticos (sistemas operativos como el SPSS, STATISTICA, SAS, otros) con 20 menciones (49%); los test psicológicos estandarizados son mencionados 11 ocasiones (27%), seguido por escalas con 7 menciones (17%) y 6 encuestas (15%) (Anexo: Tabla 2).

El objeto y/o objetivo de estudio que más se persigue es el

diagnostico/descripción de conductas disruptivas (23 menciones – 56,1%), seguido de la prevención (11 – 26,8%), donde sobresale el trabajo con grupos; sigue la validación de instrumentos estadísticos (4 – 9,8%). La intervención en conductas disruptivas ocupa 3 menciones (7,3%) (Anexo: Tabla 3). Todas las acciones de intervención de conductas disruptivas se realizan con grupos, hay 14 menciones (34%) entre las 41 publicaciones. Desde la educación hay una mirada preventiva y desde la psicología la mirada es intervenciones de conductas disruptivas específicas sobre todo desde la psicología educativa y clínica.

27 de 41 publicaciones (66%) identifican factores de riesgo y de protección asociados a conductas disruptivas en adolescentes en contexto educativo. 16 publicaciones (39%) corresponden a riesgo y 11 (27%) a protección. La mayoría de estos hallazgos son incidentales y/o secundarios a los objetivos de estudio (Anexo: Tabla 4).

Se identificaron 61 factores de riesgo entre las 27 publicaciones. Los factores de riesgo individuales que destacan son la ansiedad (5 menciones – 18,5%) y el consumo de sustancias (4 – 14,8%). Los factores de riesgo familiar son: disfunción familiar / familia desestructurada (5 – 18,5%), estilo de crianza permisivo (5 – 18,5%), consumo de sustancias (4 – 14,8%) y violencia (3- 11,1%) (Anexo: Tabla 5).

Así mismo, se identificaron 12 factores de protección; los individuales son: habilidades sociales (2 - 4,9%) y humor asertivo (1 – 2,4%); los familiares son: comunicación familiar (2 - 4,9%) y estilo de crianza democrático (3 - 7,3%); y, los sociales son: asociación / participación en grupos (2 - 4,9%), Centro de estudio estructurado y comprometido (1 - 2,4%) y deportes y actividades recreativas (1 - 2,4%) (Anexo: Tabla 6).

DISCUSIÓN

La RSL revela que, al igual que revelan otros estudios específicos del tema (Garaigordobil et al., 2018; Herrera-López et al., 2018) actualmente el bullying, el cyberbullying, la violencia física contra y entre compañeros (Carrascosa et al., 2018) representan las conductas disruptivas adolescentes más recurrentes en las instituciones educativas públicas y privadas, lo que indica malestar en la convivencia de la comunidad educativa, que afecta a la población en general (Educación 2020, 2019; Galán & Robles, 2018).

Por otra parte, los adolescentes varones son comúnmente identificados como los principales protagonistas de conductas disruptivas, siendo comunes los actos violentos y consumo de sustancias las principales situaciones referidas a los mismos (Díaz Tello, 2018; M. A. F. Rodríguez et al., 2018; Zamora-Damián et al., 2018).

Las publicaciones en artículos científicos son los formatos predominantes en la investigación científica, existiendo limitadas investigaciones profundas o que representen continuidad en la temática, los estudios se muestran muy puntuales y se centran mayormente en el diagnóstico de la población. España ha demostrado, en esta RSL, ser el país con mayor interés en la investigación sobre las conductas disruptivas en adolescentes dentro de los contextos educativos. En los países latinoamericanos no hay suficiente investigación científica (Quispe Vásquez, 2016; Scidev.net, 2019) al respecto del tema conductas disruptivas adolescentes habiendo hallado menos de siete publicaciones en cada país dentro de los últimos seis años.

En general, tomando en cuenta el periodo de años revisados (2015-2021) se puede observar que hay muy pocas investigaciones al respecto de las conductas disruptivas en adolescentes dentro de los contextos educativos. Apenas tres de los 6 años revisados muestran un número alto de publicaciones indexadas, pero ninguno sobrepasa las 9 publicaciones; incluso los demás periodos revisados se mantienen entre 2 y 6 publicaciones anuales.

La psicología y después la educación son las únicas ciencias que han desarrollado investigaciones en torno a las conductas disruptivas en adolescentes en contextos educativos en países de habla hispana dentro de la RSL realizada; de las distintas especialidades encontradas en la psicología (clínica, educativa y social) se puede observar que no se encuentran aportes científicos o experiencias de parte de la psicológica comunitaria o salud mental comunitaria en contextos educativos de nivel secundaria en comparación con otros estudios (Amador-Salinas et al., 2021; Cifuentes Sánchez, 2017; Quitian-Bustos et al., 2020; Rodríguez Alcántara et al., 2018). No se muestra una perspectiva comunitaria en los estudios revisados.

Por su parte, en las ciencias de la educación se encuentran intervenciones estructuradas desde materias “más activas” como son la educación física (Jiménez et al., 2017; Nieto et al., 2020) y la música (Chao-Fernández et al., 2015), siendo que las demás materias que se imparten en el aula parecen circunscribirse a sus propios contenidos, sin que haya una implicación más directa con

el grupo de estudiantes.

Por el lado de las metodologías utilizadas en las investigaciones revisadas, se puede observar que predominan los estudios cuantitativos, seguidos de los estudios mixtos (cuantitativos-cualitativos). El enfoque cuantitativo es la perspectiva predominante en este grupo de estudios. Se destaca de ellos el gran alcance que tienen al involucrar a un gran número de participantes, haciendo uso de estadística (descriptiva y/o correlacional), con resultados muy significativos. Predomina el uso de cuestionarios.

Para el análisis estadístico de los datos obtenidos se utiliza ampliamente programas o paquetes estadísticos (sistemas operativos como el SPSS, STATISTICA, SAS, otros), los cuales proyectan resultados relevantes, sobre todo en la validación de instrumentos diagnósticos muy necesarios (Carreto et al., 2015; Granero-Gallegos & Baena-Extremera, 2016), pero es aún muy poco el trabajo que se realiza en la creación de herramientas similares (Herrera-López et al., 2018).

De forma particular, podría considerarse que el aspecto cuantitativo puede tener (al igual que todo enfoque) ciertas limitaciones debido a que su objetivo investigativo es mayormente el diagnóstico general de las conductas disruptivas adolescente; pocos estudios reflejan interés en la prevención e intervención. Las acciones preventivas identificadas son particularmente características en las investigaciones de carácter educativo (Chao-Fernández et al., 2015; Jiménez et al., 2017; Nieto et al., 2020), y las acciones de intervención de conductas disruptivas propiamente dichas están entre las ciencias psicológicas, siendo muy pocas las experiencias registradas en este último ámbito (Amador-Salinas et al., 2021; Martínez et al., 2016; Rivadeneira-Díaz et al., 2019), lo que indica que hay insuficientes acciones de prevención e intervención realizadas y registradas en el contexto educativo (al menos en los últimos años), haciendo evidente la necesidad de incrementar el trabajo con adolescentes en todo ámbito (Aguiló, 2020; Castellvi & Rodríguez, 2018; Delgado Suárez, 2019; Galván-Moya & Palacio, 2019; Sánchez Ruiz-Cabello et al., 2019).

Dentro de la RSL no se hallaron estudios cualitativos “puros”, pero sí estudios mixtos con métodos cualitativos complementarios a los estudios cuantitativos, tales como el análisis de contenidos y análisis de discursos. Esto es un indicador de que las investigaciones y publicaciones al respecto de acción de trabajo directo con la comunidad educativa (adolescentes, familias y docentes) es muy limitado en comparación con otras experiencias registradas (Parra, 2021; Rivera Holguín et al., 2019; Velázquez

Castro et al., 2017), pero no es posible evidenciar los motivos por los cuales ocurre este hecho.

Son pocas las investigaciones que se fijan en factores de riesgo y/o protección como componentes asociados a la aparición de conductas disruptivas, la mayoría de hallazgos al respecto son incidentales, en comparación con estudios en problemáticas específicas (Gómez-Restrepo et al., 2016; Marín Cortés et al., 2019; Rosabal et al., 2016). Particularmente, son poquísimas las publicaciones que investigan factores de protección en conductas disruptivas adolescente, lo común en las mismas es fijarse más en factores de riesgo (55 categorías) que los factores de protección (12 categorías).

Existe una tendencia aún incipiente, al menos en la RSL realizada por el estudio y desarrollo de las conductas prosociales en adolescentes y su relación con la ausencia o disminución de las conductas disruptivas en estudiantes adolescentes en comparación de otras aplicaciones (Hernández-Serrano et al., 2016; Peña et al., 2018; Ruvalcaba Romero et al., 2017; Tur-Porcar et al., 2016).

La ansiedad y el consumo de sustancias en la adolescencia, así como las características familiares tales como: la disfuncionalidad, el estilo de crianza permisivo, el consumo de sustancias y violencia intrafamiliar representan los factores de riesgo más predominantes en adolescentes con conductas disruptivas (Díaz-García & Moral-Jiménez, 2018; Enríquez Ludeña et al., 2021; Galiano Ramírez et al., 2016; Gallegos, 2013; Méndez Moreno, 2019; Nuñez Vázquez & Crismán-Pérez, 2019; Prieto-Montoya et al., 2016; Rosa-Alcázar et al., 2019). Esto permite establecer que los programas destinados a la prevención e intervención debe direccionarse a estas problemáticas dentro de la comunidad educativa. Además, se destaca que el desinterés y desorganización institucional influyen en las conductas disruptivas de los estudiantes, como es el caso de la violencia (Valdés-Cuervo et al., 2018; Villegas & Cabrera, 2018).

Basados en los resultados, se puede determinar que los programas de prevención e intervención deberían estar direccionados a promover y fortalecer habilidades sociales, manejo de conflictos, fortalecimiento de las relaciones y dinámicas familiares en aspectos de comunicación y crianza democrática, vinculación, activación y fortalecimiento de grupos juveniles puesto que están asociados a la conducta prosocial en adolescentes, como lo revelan otros estudios de comportamiento adaptado en adolescentes (Crespo-Ramos et al., 2017; S. G. A. Rodríguez et al., 2018; Ruvalcaba Romero et al., 2017).

CONCLUSIONES

Basados en los resultados obtenidos, se puede concluir que los estudios de las conductas disruptivas de adolescentes en centros educativos (tanto públicos como privados) son escasos en Latinoamérica y habla hispana (exceptuando España); en las mismas participan mayoritariamente las ciencias psicológicas y las ciencias de la educación; pero en el caso de la investigación en psicología comunitaria o salud mental comunitaria no se evidencia ningún aporte en la revisión bibliográfica realizada; incluso no hay evidencia de perspectivas comunitarias en la práctica profesional ya que no se refleja procesos con distintos actores de la comunidad educativa para contextualizar la problemática psicosocial anexa a las conductas disruptivas adolescente.

La problemática aún tiene mucho por investigar. Los estudios revisados se enfocan mayoritariamente el diagnóstico y caracterización de las conductas disruptivas en la población adolescente estudiada, aportando resultados aislados que no van más allá de la caracterización; en muy pocos de los estudios revisados se observa propuestas preventivas y de intervención. Las halladas no evidencian el uso de grupo de control para comparativo de resultados.

Los varones adolescentes siguen siendo quienes manifiestan mayormente sus conductas disruptivas en comparación con las mujeres; siendo estas conductas disruptivas de índole agresiva y violenta, así como estar relacionadas con el consumo de sustancias. Esto no indica que no haya conductas disruptivas en mujeres, pero sus manifestaciones conductuales son más internalizadas en la mayoría de ellas. Otras conductas disruptivas importantes son el bullying y cyberbullying sin diferencia significativa entre los sexos. Por tanto, el enfoque tanto preventivo como de intervención con adolescentes en centros educativos debería dirigirse directamente al trabajo en dichas problemáticas de interacción violenta y conducta de riesgo.

Las instituciones educativas tanto públicas como privadas parecen no estar implicadas tanto como se desearía en el trabajo con conductas disruptivas; su rol más protagónico se mantiene en el ámbito de lo administrativo y ejecución de normativos. Las pocas reseñas de programas de intervención encontradas tenían como protagonistas al docente a cargo de la materia (educación física y música) y/o a una organización externa a la institución educativa. Si hubo mejoras reportadas en las intervenciones revisadas. Pero son muy pocas propuestas en comparación con la magnitud de las

problemáticas y no parece haber continuidad desde la iniciativa y apoyo de las instituciones educativas.

Otros actores que se denotan poco vinculados, poco participativos o incluso ausentes son los padres, madres y/o representantes de los estudiantes. Desde estos puntos, es concluyente que cualquier acción emprendida debería trabajarse desde la perspectiva comunitaria y no con grupos aislados, puesto que serían más efectivas al favorecerse la cohesión de la comunidad y la reducción del estigma social.

Se debe aumentar la inversión en investigación y el número de intervenciones y propuestas con adolescentes en contextos educativos. Se evidenció que el apoyo público o privado no era base de las investigaciones revisadas, salvo algunas pocas que se dedicaron al diagnóstico de la población adolescente. Si bien, los resultados estadísticos predominan y aportan resultados y apreciaciones importantes, debidamente sustentados con reconocidos programas de análisis estadísticos, tienden a estar muy lejos de la comunidad, a diferencia de los métodos cualitativos. Desde la perspectiva comunitaria y de salud mental comunitaria podría conseguirse un impacto más significativo al trabajar inmerso en la comunidad educativa y no solo como investigador externo. Incluso, en la RSL se observa la aplicación de cuestionarios en casi todas las investigaciones, lo que no permite explorar resultados obtenidos mediante otros métodos.

Es necesario que las ciencias en general (sociales, de la educación y de la salud física y mental) se hagan parte conjunta en la investigación y acciones de trabajo en contextos educativos con adolescentes. Se observa que cada ciencia (apenas psicología y educación) hacen su aporte de manera independiente en la investigación, posiblemente limitándose a los contenidos de sus disciplinas correspondientes.

Los factores tanto de riesgo y protección son, como un esquema conceptual, una poderosa fuente de entendimiento de aspectos asociados a distintas problemáticas educativas. Nuevamente en la RSL se observa poco interés en estos aspectos, pese a que se identifican 51 factores de riesgo y 12 de protección en 27 de 41 publicaciones científicas, no obstante, el objetivo de dichos estudios no estaba centrado totalmente en esos factores. Es llamativo el que los adolescentes con conductas adaptativas y/o prosociales gozaban de unos pocos factores de protección, pero suficientes para no presentar conductas disruptivas. Por lo que se observa que bastaría con promover el desarrollo de dichos aspectos (habilidades sociales, manejo de conflictos, relaciones y dinámicas familiares funcionales,

vinculación, activación y fortalecimiento de grupos juveniles) para reducir la problemática en centros educativos en general.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aguiló, J. C. (2020). Los significados de la maternidad en las adolescentes de los sectores populares. *ConCienciaSocial*, 3(6), 43-58.
2. Amador-Salinas, J., Rivera, V., & Martínez, G. (2021). Disminución de conductas disruptivas en clases usando técnicas conductuales, deporte y motivación. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 7, 68-85.
<https://doi.org/10.22402/j.rdiipycs.unam.7.1.2021.332.68-85>
3. Beltrán G., Ó. A. (2005). Revisiones sistemáticas de la literatura. *Revista colombiana de Gastroenterología*, 20(1), 60-69.
4. Carrascosa, L., Buelga, S., & Cava, M.-J. (2018). Relaciones entre la violencia hacia los iguales y la violencia filio-parental. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, 15, 98-109. <https://doi.org/10.4995/reinad.2018.10459>
5. Carreto, L. R. D., Pintos, M. E. F., Ball, D. C., Soler, C. L., & Vanderplasschen, W. (2015). Desarrollo y validación del autoinforme de adolescentes: *Ada. Ciencias Psicológicas*, 9(1), 85-104.
6. Castellvi, P., & Rodríguez, J. A. P. (2018). El suicidio en la adolescencia: Un problema de salud pública que se puede y debe prevenir. *Revista de Estudios de Juventud*, 121, 45-59.
7. Chao-Fernández, R., Mato-Vázquez, D., & López-Pena, V. (2015). Beneficios de la música en conductas disruptivas en la adolescencia. *Actualidades Investigativas en Educación*, 15. <https://doi.org/10.15517/aie.v15i3.20902>
8. Cifuentes Sánchez, M. E. (2017). La influencia de la inteligencia emocional en el rendimiento matemático de alumnos de educación secundaria. Aplicación de un programa de intervención psicopedagógica de educación emocional.
<https://repositorio.ucjc.edu/handle/20.500.12020/286>
9. Crespo-Ramos, S., Romero-Abrio, A., Martínez-Ferrer, B., Musitu, G., Crespo-Ramos, S., Romero-Abrio, A., Martínez-Ferrer, B., & Musitu, G. (2017). Variables psicosociales y violencia escolar en la adolescencia.

- Psychosocial Intervention, 26(2), 125-130.
<https://doi.org/10.1016/j.psi.2017.05.002>
10. Delgado Suárez, R. J. (2019). La importancia de la participación de los jóvenes adolescentes en el programa de salud sexual y reproductiva del distrito “Mi Perú” – Callao como un medio de prevención de embarazos adolescentes. Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/169279>
 11. Díaz Tello, D. F. (2018). Conductas disruptivas según el sexo en estudiantes de tercero de secundaria de una institución educativa Chiclayo. <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/4979>
 12. Díaz-García, N., & Moral-Jiménez, M. de la V. (2018). Consumo de alcohol, conducta antisocial e impulsividad en adolescentes españoles. <https://repository.ucatolica.edu.co/handle/10983/22154>
 13. Educación 2020. (2019). El bullying escolar y su impacto en la comunidad y en los aprendizajes – Educación 2020. <https://educacion2020.cl/noticias/el-bullying-escolar-y-su-impacto-en-la-comunidad-y-en-los-aprendizajes/>
 14. Enríquez Ludeña, R. L., Pérez Cabrejos, R. G., Ortiz Gonzales, R., Cornejo Jurado, Y. C., Chumpitaz Caycho, H. E., Enríquez Ludeña, R. L., Pérez Cabrejos, R. G., Ortiz Gonzales, R., Cornejo Jurado, Y. C., & Chumpitaz Caycho, H. E. (2021). Disfuncionalidad familiar y depresión del adolescente: Una revisión sistemática entre los años 2016-2020. *Conrado*, 17(80), 277-282.
 15. Galán, C. H., & Robles, L. J. (2018). Modelos de prevención del bullying: ¿qué se puede hacer en educación infantil? *IE Revista de Investigación Educativa de la REDIECH*, 9(16), 29-50.
 16. Galiano Ramírez, M. de la C., Castellanos Luna, T., & Moreno Mora, T. (2016). Manifestaciones somáticas en un grupo de adolescentes con ansiedad. *Revista Cubana de Pediatría*, 88(2), 0-0.
 17. Gallegos, W. L. A. (2013). Agresión y violencia en la adolescencia: La importancia de la familia. *Avances en Psicología*, 21(1), 23-34. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2013.v21n1.303>
 18. Galván-Moya, A. E., & Palacio, N. M. D. (2019). Adolescentes infractores y promoción de acciones

- prosociales: Una tarea pendiente. *El Ágora USB*, 19(2), 583-595. <https://doi.org/10.21500/16578031.3756>
19. Garaigordobil, M., Mollo-Torrico, J. P., & Larrain, E. (2018). Prevalencia de Bullying y Cyberbullying en Latinoamérica: Una revisión. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 11(3), 1-18. <https://doi.org/10.33881/2027-1786.rip.11301>
 20. Gómez-Restrepo, C., Bohórquez, A., Tamayo Martínez, N., Rondón, M., Bautista, N., Rengifo, H., & Medina Rico, M. (2016). Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 45, 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.009>
 21. Granero-Gallegos, A., & Baena-Extremera, A. (2016). Validación española de la versión corta del Physical Education Classroom Instrument para la medición de conductas disruptivas en alumnado de secundaria. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 16(2), 89-98.
 22. Hernández-Serrano, O., Espada, J. P., & Guillén-Riquelme, A. (2016). Relación entre conducta prosocial, resolución de problemas y consumo de drogas en adolescentes. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 32(2), 609-616. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.2.204941>
 23. Herrera-López, M., Romera, E. M., Ortega-Ruiz, R., Herrera-López, M., Romera, E. M., & Ortega-Ruiz, R. (2018). Bullying y Cyberbullying en Latinoamérica. Un estudio bibliométrico. *Revista mexicana de investigación educativa*, 23(76), 125-155.
 24. Jiménez, P. J., Herrera, R. D., & Muñoz, J. L. M. (2017). Incidencia de la práctica deportiva en la conducta disruptiva de niños y adolescentes. *Ágora para la educación física y el deporte*, 19(2-3), 193-206.
 25. Marín Cortés, A. F., Universidad de San Buenaventura Medellín, Hoyos De los Ríos, O. L., Universidad del Norte. Barranquilla, Sierra Pérez, A., & Universidad de San Buenaventura Medellín. (2019). Factores de riesgo y factores protectores relacionados con el ciberbullying entre adolescentes: Una revisión sistemática. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 40(2). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2019.2899>
 26. Martínez, R., Chávez, J., & Quistian, M. (2016). Formación docente, competencias emocionales y conductas

- disruptivas en la escuela secundaria. *Ra Ximhai*, 487-508. <https://doi.org/10.35197/rx.12.01.e3.2016.31.rb>
27. Méndez Moreno, S. L. (2019). Comunicación Familiar y Apoyo Social Percibido como Predictores de la Conducta Delictiva en Adolescentes del Distrito El Porvenir.
 28. Nieto, S. J., Valero, A. F., & Martínez, S. G. (2020). Análisis del Kenbudo como herramienta contra el bullying. *Lecturas: Educación física y deportes*, 25(267), 108-117.
 29. Nuñez Vázquez, I., & Crismán-Pérez, R. (2019). La ansiedad como variable predictora de la autoestima en adolescentes y su influencia en el proceso educativo y en la comunicación. *Revista Iberoamericana de Educación*, 71, 109-127. <https://doi.org/10.35362/rie71219>
 30. Parra, M. A. (2021). La psicología comunitaria en América Latina. *Poiésis. Revista Electrónica de Psicología Social*. No 15 - Junio de 2008. <http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/123456789/16060>
 31. Peña, K. V., Torres, Y. A. V., & Guerra, V. M. L. (2018). Factores protectores de la conducta prosocial en adolescentes: Un análisis de ruta. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 563-589.
 32. Prieto-Montoya, J. A., Cardona-Castañeda, L. M., & Vélez-Álvarez, C. (2016). Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 80 a 100*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1345-1356.
 33. Quispe Vásquez, Y. (2016). Falta de publicación de calidad e Investigación en América Latina. *Revista SCientífica*, 7.
 34. Quitian-Bustos, R. M., Uribe-Montaña, S. L., & Pachón-Muñoz, W. (2020). Conducta delictiva y personalidad en adolescentes en riesgo de exclusión social en una institución educativa. *Logos Ciencia & Tecnología*, 12(2), 57-69.
 35. Rivadeneira-Díaz, Y., Gómez-Jiménez, S., & Cajas-Sigüencia, T. (2019). Educación emocional en el tratamiento de conductas disruptivas en estudiantes de la Escuela José Ingenieros. *Dominio de las Ciencias*, 5, 566. <https://doi.org/10.23857/dc.v5i3.953>
 36. Rivera Holguín, M., Velázquez, T., Custodio Espinoza, E., Hildenbrand, A., & Wakeham, A. (2019). La praxis en la formación en Psicología Comunitaria: Una mirada ética. *Revista de Psicología (PUCP)*, 37(1), 31-52. <https://doi.org/10.18800/psico.201901.002>

37. Rodríguez Alcántara, R., Barcelata, B., Ortega, A., & Jaime, S. (2018). Prácticas de crianza materna y paterna: ¿cómo se relacionan con la adaptación adolescente?
38. Rodríguez, M. A. F., Moreno, S. D., & Gómez, Y. F. (2018). La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: Estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes en Asturias. *Adicciones*, 31(4), 260-273. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1003>
39. Rodríguez, S. G. A., Echeverría, R. E., Alamilla, N. M. E., & Trujillo, C. D. C. (2018). Prevención de Factores de Riesgo en Adolescentes: Intervención para Padres y Madres. *Psicología Escolar e Educativa*, 22, 259-269. <https://doi.org/10.1590/2175-35392018014279>
40. Rosa-Alcázar, Á., Parada-Navas, J. L., Olivares-Olivares, P. J., Bernal Ruiz, C., Rosa-Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar, Á., Parada-Navas, J. L., Olivares-Olivares, P. J., Bernal Ruiz, C., & Rosa-Alcázar, A. I. (2019). Estilos educativos parentales y emociones como predictores de respuestas obsesivo-compulsivas en población adolescente. *Terapia psicológica*, 37(3), 241-254. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082019000300241>
41. Rosabal, E. P., Sánchez, Y. M. S., Rosabal, R. P., & Osorio, G. G. (2016). Factores de riesgo y consumo de alcohol en adolescentes. *MULTIMED*, 20(2), 308-321.
42. Ruvalcaba Romero, N. A., Gallegos-Guajardo, J., & Nava, J. M. F. (2017). Competencias socioemocionales como predictoras de conductas prosociales y clima escolar positivo en adolescentes. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 31(1), 77-90.
43. Sánchez Ruiz-Cabello, F. J., Vega de Carranza, M. de la, Campos Martínez, A. M., Esparza Olcina, M. J., Galbe Sánchez-Ventura, J., Gallego Iborra, A., García Aguado, J., Pallás Alonso, C. R., Rando Diego, Á., San Miguel Muñoz, M. J., Colomer Revuelta, J., Cortés Rico, O., Mengual Gil, J. M., Sánchez Ruiz-Cabello, F. J., Vega de Carranza, M. de la, Campos Martínez, A. M., Esparza Olcina, M. J., Galbe Sánchez-Ventura, J., Gallego Iborra, A., ... Mengual Gil, J. M. (2019). Promoción de la actividad física en la infancia y la adolescencia (parte 2). *Pediatría Atención Primaria*, 21(84), 415-425.
44. Scidev.net. (2019, noviembre 18). Los recortes en ciencia sacuden a América Latina. *El País*. <https://elpais.com/elpais/2019/11/15/ciencia/157381624>

- 7_796813.html
45. Torres-Fonseca, A., & López-Hernández, D. (2014). Criterios para publicar artículos de revisión sistemática. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 19(3), 393-399.
 46. Tur-Porcar, A., Llorca, A., Malonda, E., Samper, P., Mestre, M. V., Tur-Porcar, A., Llorca, A., Malonda, E., Samper, P., & Mestre, M. V. (2016). Empatía en la adolescencia. Relaciones con razonamiento moral prosocial, conducta prosocial y agresividad. *Acción Psicológica*, 13(2), 3-14. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.17802>
 47. Valdés-Cuervo, Á.-A., Martínez-Ferrer, B., & Carlos-Martínez, E.-A. (2018). El rol de las prácticas docentes en la prevención de la violencia escolar entre pares. *Revista de Psicodidáctica*, 23(1), 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.psicod.2017.05.006>
 48. Velásquez, J. D. (2014a). Una Guía Corta para Escribir Revisiones Sistemáticas de Literatura Parte 1. *DYNA*, 81(187), 9-10. <https://doi.org/10.15446/dyna.v81n187.46758>
 49. Velásquez, J. D. (2014b). Una guía corta para escribir Revisiones Sistemáticas de Literatura Parte 2. *DYNA*, 81(188), 9-10. <https://doi.org/10.15446/dyna.v81n188.47872>
 50. Velásquez, J. D. (2015a). Una Guía Corta para Escribir Revisiones Sistemáticas de Literatura Parte 3. *DYNA*, 82(189), 9-12. <https://doi.org/10.15446/dyna.v82n189.48931>
 51. Velásquez, J. D. (2015b). Una Guía Corta para Escribir Revisiones Sistemáticas de Literatura. Parte 4. *DYNA*, 82(190), 9-12. <https://doi.org/10.15446/dyna.v82n190.49511>
 52. Velásquez Castro, T., Rivera Holguín, M., & Custodio Espinoza, E. (2017). Aportes y reflexiones de la formación en psicología comunitaria PUCP en tres regiones del Perú. *Revista de Psicología (PUCP)*, 35(1), 193-224. <https://doi.org/10.18800/psico.201701.007>
 53. Villegas, I. R., & Cabrera, C. E. (2018). Violencia escolar en el comportamiento de los estudiantes del Liceo Bolivariano “Manuel Alcázar”. <http://localhost:8080/xmlui/handle/654321/3398>

ANSIEDAD Y AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19 EN ESTUDIANTES DE UNA UNIDAD EDUCATIVA DE MANTA, ECUADOR, 2021.

Dennys Monserrate Murguesa Chávez.
Justo Reinaldo Fabelo Roche

RESUMEN

Introducción: La pandemia de COVID-19 constituye una emergencia de salud pública que se ha extendido rápidamente en Ecuador, con impactos sin precedentes en el siglo XXI. Hoy representa un gran desafío a la salud mental ya que múltiples son las alteraciones psicológicas asociadas.

Objetivos: Identificar cómo se manifestó la ansiedad en los participantes en el estudio durante el aislamiento social obligatorio debido a la pandemia de COVID-19 y elaborar un sistema de recomendaciones desde la perspectiva comunitaria ante situaciones de emergencias y desastres.

Metodología: La población de estudio fueron 88 estudiantes de básica media que accedieron a participar en la investigación mediante consentimiento informado por parte de madre/padre o representante legal. Posteriormente se recabó la información necesaria mediante técnicas como la observación, la entrevista y el instrumento IDARE, para medir los niveles de ansiedad.

Resultados: De las personas estudiadas, el 64,8 % mostraban un nivel de ansiedad como estado de medio y el 69,3 un nivel de ansiedad como rasgo medio, con mayor frecuencia en los varones con el 34,1 %. Según las características sociodemográficas en el estudio realizado predominaron los estudiantes con niveles de ansiedad medio (estado).

Conclusiones: En el estudio realizado predominó el nivel de ansiedad media y en mayor medida en el sexo masculino. Ello se puso de manifiesto con mayor intensidad en los estudiantes de 10 años de edad que cursan el sexto año de educación general básica y se elaboró un sistema de recomendaciones desde la perspectiva comunitaria para afrontar la ansiedad en situaciones críticas.

Palabras claves: Aislamiento social, Ansiedad, COVID-19, Emergencias y desastres Pandemia.

INTRODUCCIÓN:

La COVID-19 o neumonía de Wuhan surgió a finales de

diciembre de 2019 en China y se extendió velozmente alrededor del mundo. Por este motivo se han tenido que implementar medidas sanitarias tradicionales de salud pública como el aislamiento y la cuarentena, el distanciamiento social y la contención comunitaria. (Sánchez-Villena & de La Fuente-Figuerola, 2020)

El 11 de marzo de 2020 la Organización Mundial de la Salud declaró la COVID-19 como pandemia. Perú fue el primer país de América del Sur en decretar un “aislamiento social obligatorio” OMS (2020). El aislamiento social obliga a cada persona a permanecer confinada en su vivienda durante todo el día y solo movilizarse en situaciones estrictamente necesarias, a actividades de primera necesidad o desplazamientos al lugar de trabajo; el transporte de viajeros debía reducir su oferta; los locales de actividades culturales, artísticas, deportivas y similares deberían permanecer cerrados; se priorizaba el trabajo a distancia y se suspendía la actividad escolar presencial en favor de actividades educativas en línea. (Oblitas A & Sempertegui N, 2020)

Baro (2010) afirma que durante las situaciones de emergencias, catástrofes y desastres que afectan a gran parte de la humanidad se está en presencia de una emergencia de salud pública global y una crisis, por lo que debido a la situación de elevado índice de mortalidad es recomendable realizar un aislamiento social preventivo- obligatorio, para precautelar la vida.

Debido a esto, el proceso educativo se vio forzado a adaptarse a la situación generada por la COVID-19, modificándose los roles de docentes y estudiantes, la adaptación a aprender nuevas habilidades que tienen que ver con lo que es relevante se prioriza y es importante para cada uno de los miembros de la comunidad. (Castillo Mendoza, 2020)

Johnson et al., (2020) manifiestan que el aislamiento social por la COVID-19 puede afectar al bienestar infantil, lo cual se puede poner en manifiesto en las emociones manifestadas durante el aislamiento. Debido a lo reciente de esta situación, son limitados los estudios relacionados con los efectos causados por el aislamiento social por COVID -19.

Ya en el contexto de una pandemia es importante tener en consideración la pérdida de funcionamiento que puede acompañar a la enfermedad adquirida, y esto a su vez representarse en desmoralización y desamparo, llegando a configurar un estado de duelo. Los estudiantes, debido a la situación por la pandemia de COVID-19, han tenido que realizar obligatoriamente aislamiento social por situación de emergencia sanitaria, en lo cual se pueden identificar posibles alteraciones de bienestar emocional,

dependiendo el contexto familiar y social en el que el estudiante se desenvuelva.

El estudio propuesto brinda la posibilidad de abordar factores asociados a la ansiedad causada por el aislamiento social por COVID-19. Las personas que están aislamiento social, con movilidad restringida y poco contacto con los demás son vulnerables a presentar complicaciones en su salud mental, que van desde síntomas, hasta el desarrollo de un trastorno mental como insomnio, ansiedad, depresión y trastorno por estrés postraumático.(Ramírez-Ortiz et al., 2020).

Los objetivos de este trabajo son identificar cómo se manifiesta la ansiedad en los estudiantes de una institución educativa de la ciudad de Manta como consecuencia del aislamiento social obligatorio debido a la pandemia de la COVID-19 y elaborar un sistema de recomendaciones desde la perspectiva comunitaria frente a la ansiedad en situaciones de emergencias y desastres.

MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal con 88 de los 280 estudiantes de la unidad educativa fiscal Pedro Atanasio Balda de la ciudad de Manta (Ecuador), que cursan la enseñanza básica media (quinto, sexto y séptimo grados de educación general básica) y que aceptaron participar en la investigación. Para ello se contó con la autorización de la Dirección Distrital de Educación, el consentimiento informado de los padres y la voluntariedad de los participantes. De los 88 estudiantes evaluados 38 son mujeres (43%) y 50 fueron hombres (57%).

Para la recolección de datos, se les aplicó el test IDARE para niños, para medir rasgo y estado de ansiedad respectivamente, realizándole adaptaciones para ser implementada on-line a través de Google Forms. Se omitió el registro del e-mail personal para resguardar el anonimato de las personas y se agregó una descripción de instrucciones para ser respondida por computador o teléfono móvil, ya que, por la situación de la pandemia, no estaba autorizada la asistencia de los estudiantes a los centros educativos. Para el análisis de información se utilizó la estadística descriptiva (Hernández & Mendoza, 2018) y a partir de ello se pudieron describir e interpretar en forma objetiva los valores de los datos. Asimismo, se garantizó la protección de la información aportada por los estudiantes que participaron en la investigación.

Con respecto a la elaboración de un sistema de recomendaciones desde una perspectiva comunitaria frente a la ansiedad en

situaciones de emergencias y desastres, se partió de realizar la revisión de documentos provenientes de diferentes bases de datos: SciElo, Google académico, Dialnet, Redalyc y páginas web. Se emplearon como palabras claves: ansiedad, intervención comunitaria, intervención psicosocial, estrategias psicosociales. Además, se valoraron los resultados del test de IDARE y se aplicó una entrevista a estudiantes que han enfrentado el aislamiento social por COVID-19, con respuesta de opciones múltiples, para identificar como experimentaron el aislamiento social, si tuvieron afectaciones por ello y si contaban con fortalezas que les permitieran aprender a sobrellevar situaciones estresantes.

RESULTADOS

La Tabla 1 se muestran los niveles de ansiedad como rasgo y como estado que presentan los participantes. Las puntuaciones del índice de ansiedad como rasgo predominante, según el inventario de ansiedad rasgo- estado IDARE, fueron las correspondientes al nivel medio. El 69,3 % (61 participantes) presentaron una ansiedad media con índices mínimos y máximos de 29 y 41 puntos respectivamente. En segundo lugar, en el 30,7 % (27 participantes) se identificó un nivel alto de ansiedad, con un índice por encima de 41 puntos. Ninguno de los participantes obtuvo puntuaciones que evidenciaran un nivel bajo de ansiedad como rasgo.

Por otra parte, al evaluar la ansiedad como estado se pudo identificar que de los 88 participantes el 64,8 % (57 participantes) presentan una ansiedad media con índices mínimos y máximos de 24 y 38 puntos respectivamente. Los niveles de ansiedad bajos se manifestaron en el 30,7% (27 participantes) y los niveles elevados de ansiedad solo estuvieron representados en el 4,5 % (4 participantes). Como puede apreciarse en el estudio realizado predominaron de forma general los niveles de ansiedad medios.

Tabla 1. Niveles de ansiedad como rasgo y como estado de los estudiantes evaluados.

NIVELES DE ANSIEDAD	RASGO		ESTADO	
	N	%	N	%
Bajo	0	0,0	27	30,7
Medio	61	69,3	57	64,8
Alta	27	30,7	4	4,5
TOTAL	88	100,0	88	100,0

En la tabla 2 se puede observar que entre los estudiantes que participaron en la investigación predominaron los varones (56,8 %). Las mujeres representaron el 43,2 % de los participantes. En todos los casos las edades consideradas estuvieron entre 9 y 12 años. En cuanto al nivel de ansiedad como rasgo según características sociodemográficas de los estudiantes en aislamiento social obligatorio por COVID-19, los resultados más relevantes según edad muestran que entre los estudiantes de 10 años de edad el 15,9 % (14 participantes) presentaron un nivel alto de ansiedad como rasgo.

Con relación a la escolarización entre los estudiantes de sexto año de educación general básica resultó de interés que el 17 % (15 participantes) también presentara un nivel alto de ansiedad como rasgo, aunque en sentido general en dicho año predominó la ansiedad como rasgo medio en el 25% (22 participantes). En ninguno de los estudiantes se identificó un nivel de ansiedad como rasgo bajo.

En cuanto al género entre los varones predominaron los niveles de ansiedad medios tanto como rasgo en el 39,8 (35 participantes) que como estado en el 34,1% (30 participantes). De igual manera en el caso de las mujeres prevalecieron niveles de ansiedad medios (29,5%/26 participantes como rasgo y 30,7%/27 participantes como estado). Resulta de interés que entre los varones 15 (17%) presentaran un nivel alto de ansiedad como rasgo y entre las mujeres 12 (13,6%) también presentaron un nivel de ansiedad alto como rasgo.

Tabla 2. Niveles de ansiedad como rasgo y como estado según características sociodemográficas.

INDICADOR	GENERAL		RASGO						ESTADO					
	N	%	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
EDAD														
9 años	24	27,3	0	-	16	18,2	8	9,1	6	6,8	17	19,3	1	1,1
10 años	37	42,0	0	-	23	26,1	14	15,9	16	18,2	20	22,7	1	1,1
11 años	23	26,1	0	-	18	20,5	5	5,7	5	5,7	16	18,2	2	2,3
12 años	4	4,5	0	-	4	4,5	0	0,0	0	-	4	4,5	0	-
ESCOLARIZACIÓN														
Quinto	24	27,3	0	0,0	17	19,3	7	8,0	6	6,8	17	19,3	1	1,1
Sexto	37	42,0	0	-	22	25,0	15	17,0	15	17,0	21	23,9	1	1,1
Séptimo	27	30,7	0	-	22	25,0	5	5,7	6	6,8	19	21,6	2	2,3
GÉNERO														
Femenino	38	43,2	0	-	26	29,5	12	13,6	9	10,2	27	30,7	2	2,3
Masculino	50	56,8	0	-	35	39,8	15	17,0	18	20,5	30	34,1	2	2,3

En la tabla 3 se puede identificar como se han enfrentado los estudiantes al aislamiento social por COVID-19. Se observa entre los datos más relevantes que el 27,3% (24 participantes) se han sentido estresados durante el aislamiento, el 25% (22 participantes) asustado y el 15,9% (14 participantes) preocupado. Contrariamente el 19,3% (17 participantes) se ha sentido tranquilo. Las respuestas que denotan mayor nivel de ansiedad estuvieron más representadas entre los varones: 17% (15 participantes) estresados y 15,9% (14 participantes) asustados.

En general, el 48,9% (43 participantes) expresan que le disgusta no poder asistir a la escuela y el 35,2% (31 participantes) les disgusta no visitar la familia durante el aislamiento social por covid-19.

El 48,9% (43 participantes) manifestaron que les ha gustado el aislamiento social porque durante ese tiempo han podido compartir en familia y el 33% (29 participantes) lo han preferido para sentirse más protegidos por su salud. En lo que respecta a las actividades que realizan durante el aislamiento social obligatorio se observa que el 47% (42 participantes) ocupa el tiempo en juegos y recursos tecnológicos, como celular, tabletas y laptops y el 27,3% (24 participantes) en realizar actividades recreativas con la familia.

Estos resultados nos permiten obtener información de relevancia, para de esta manera poder identificar las necesidades sentidas por los estudiantes y a su vez utilizar los recursos, fortalezas y habilidades importantes que se pueden identificar en la comunidad, para aprender a enfrentar situaciones estresantes y mejorar la salud mental en los estudiantes.

Tabla 3. Entrevista a estudiantes que estuvieron en aislamiento social por COVID-19

INDICADOR	GENERA		MASCULINO		FEMENINO	
	N	%	N	%	N	%
1. ¿CÓMO TE HAS SENTIDO FRENTE AL AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19?						
Asustado	2	2	1	15	8	9,
	2	5,	4	,9		1
		0				
Estresado	2	2	1	17	9	10
	4	7,	5	,0		,2
		3				
Preocupado	1	1	8	9,	6	6,
	4	5,		1		8

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

INDICADOR	GEN ERA L	MASC ULINO	FEME NINO
Tranquilo/Bien	1 7 9,3	8 9, 1	9 9, 1,2
Contento	1 1, 1	0 0, 0	1 1, 1
Triste	1 1, 0 4	5 5, 7	5 5, 7

2. ¿QUÉ ES LO QUE TE DISGUSTA/ENOJA DEL CONFINAMIENTO Y AISLAMIENTO SOCIAL POR EL COVID-19?

No Salir Con Tus Amigos	7 8, 0	4 4, 5	3 3, 4
No Asistir A La Escuela	4 4, 3 8, 9	1 19, 7 ,3	2 29, 6 ,5
No Visitar A La Familia	3 3, 1 5, 2	1 18, 6 ,2	1 17, 5 ,0
No Salir De Paseo	6 6, 8	3 3, 4	3 3, 4
Problemas En Casa	0 0, 0	0 0, 0	0 0, 0
Estar Solo En Casa	1 1, 1	1 1, 1	0 0, 0
Discusiones En Casa	0 0, 0	0 0, 0	0 0, 0

3. ¿QUÉ ES LO QUE TE GUSTA DEL CONFINAMIENTO Y AISLAMIENTO SOCIAL POR EL COVID-19?

Compartir Más Tiempo En Familia	4 4, 3 8, 9	2 26, 3 ,1	2 22, 0 ,7
Educación Virtual	7 8, 0	6 6, 8	1 1, 1
Ha Mejorado La Convivencia Familiar	9 1, 0, 2	5 5, 7	4 4, 5
Sentirse Más Protegido Por Salud	2 3, 9 3, 0	1 18, 6 ,2	1 14, 3 ,8

4. ¿DURANTE EL AISLAMIENTO SOCIAL POR COVID-19, QUÉ ACTIVIDADES REALIZAS CON FRECUENCIA?

Leer Libros O Dctos De Interés	1 1, 1 2, 5	3 3, 4	8 9, 1
--------------------------------	-------------------	-----------	-----------

INDICADOR	GEN ERA L	MASC ULINO	FEME NINO
Actividades Recreativas En Familia	2 2 4 7, 3	1 17 5 ,0	9 10 ,2
Observar Videos Educativos	8 9, 1	4 4, 5	4 4, 5
Juegos En Celular, Laptop, Tablets	4 4 2 7, 7	2 31 8 ,8	1 15 4 ,9
Otro	3 3, 4	0 0, 0	3 3, 4

DISCUSIÓN

La investigación tuvo como objetivo identificar cómo se manifiesta la ansiedad en los estudiantes de una institución educativa de la ciudad de Manta como consecuencia del aislamiento social obligatorio debido a la pandemia de la COVID-19. Al respecto se encontró que el 30,7% presenta nivel bajo de ansiedad y que el 64,8% presenta ansiedad media. Estos resultados son similares a los obtenidos por Quito Niveló (2021) en un estudio realizado en la ciudad de Cuenca (Ecuador) en la cual se encontró que el 52.1% de niños y adolescentes mostraron niveles normales de ansiedad mientras que el 47.9% restante alguna anomalía. Por su parte Orgilés et al. (2020) expresó como resultado de su investigación en un grupo de niños de entre 3 y 18 años que el nerviosismo, síntoma relacionado a la ansiedad, se presentó en el 38% de los participantes de ese grupo etario. Por su parte Xie et al., (2020) en su estudio encontró que el 18,9% de los estudiantes mostraron síntomas de ansiedad en una provincia de China. Como puede apreciarse los estudiantes participantes de este estudio presentaron mayor ansiedad que los estudiantes de China, lo que podría estar determinado por las diferencias culturales y sociales entre estos dos países.

Zayas-fajardo, (2021) en un estudio realizado con niños y adolescentes en edades comprendidas entre 5 y 19 años evidenció que existe una prevalencia de elevados niveles de ansiedad en los niños entre 5 y 9 años. Durante el primer mes de manifestarse la situación crítica, el 12,7 % se detectó ansiedad y en el segundo y tercer mes se identificó una ansiedad somatizada en él con 44,6 de los participantes, mientras que en la presente investigación el 22,7 % presentó ansiedad con nivel medio, sobre todo en los niños de 10 años.

Con respecto a la entrevista a estudiantes que han estado en aislamiento social por COVID- 19, y en concordancia con los hallazgos realizados con otras investigaciones, se mostró que los estudiantes durante el aislamiento social se han mantenido asustados 9,1%, estresados 10,2%, preocupados 6,8%. Orgilés et al., (2020) en su investigación manifestaron que los niños italianos y españoles han mostrado dificultad y preocupaciones 30,1%, sentimientos de soledad (31,3%), malestar (30,4%).

En relación con las actividades realizadas durante el confinamiento, se identificó que el 15,9% de ellos dedicaban mayor tiempo en el uso de Tablets, laptops, celulares. De la misma manera lo manifiesta Francisco et al., (2020) donde enuncia que los niños pasan mayor tiempo en la pantalla, reduciendo actividad física. Por su parte Erades & Morales, (2020) expresa que los niños empeoraron en mayor medida sus bienes-tar emocional y conductual y que los que dedicaban mayor tiempo al uso de los medios electrónicos y menor tiempo a realizar actividad física, mejoraron sus reacciones durante el periodo de con-finamiento en el hogar.

Finalmente, se debe indicar que los hallazgos del estudio podrían tomarse en cuenta para diseñar intervenciones psicológicas preventivas y promocionales orientadas a mejorar la salud mental de las poblaciones vulnerables durante y después de la pandemia de COVID- 19.

Sistemas de recomendaciones desde una perspectiva comunitaria frente a la ansiedad en situaciones de emergencias y desastres.

A partir de la literatura consultada (Alarcón Pulido et al., 2005), (Esther et al., 2020) y (Abeldaño & Fernández, 2016) y la experiencia de la autora de esta investigación, se elaboró un sistema de recomendaciones desde la perspectiva comunitaria para afrontar la ansiedad que se genera en situaciones de emergencias y desastres. A partir de ellas se pueden articular y organizar las acciones de protección de la salud mental e de intervención psicosocial, para mitigar el impacto de dichas situaciones en la salud mental en los estudiantes, disminuir las repercusiones en las personas y comunidades al corto, mediano y largo plazo. Ello permite fortalecer las capacidades para enfrentar situaciones adversas como la originada por la pandemia de COVID-19.

Se definieron cinco líneas de acción, cada una de las cuales incluye una serie de estrategias específicas que se detallan a continuación:

- 1- **Gestión de la Información:** Se sugiere establecer mecanismos para el monitoreo de las acciones de salud mental, con los padres, docentes, directivos y estudiantes, para establecer canales para el intercambio de información para fortalecer la salud mental en la comunidad educativa.
- 2- **Grupos específicos:** Se sugiere realizar la focalización de estrategias para los siguientes grupos: afectados directos por emergencias y desastres, incluyendo grupos en cuarentena, estudiantes contagiados, familiares; grupos en mayor vulnerabilidad psicosocial, tales como, migrantes, niños, niñas y adolescentes; promoción de la inclusión de personas en situación de discapacidad y/o dependencia.
- 3- **Acciones de trabajo comunitario:** Se recomienda el trabajo conjunto con las organizaciones de base de la comunidad presentes en el territorio, líderes y agentes comunitarios, para facilitar las acciones de apoyo social y cuidado mutuo, participación de la comunidad en el levantamiento de necesidades en salud mental y propuesta de acciones territoriales. Además, promover las iniciativas comunitarias autogestionadas y el apoyo espiritual que puedan estar presentes, haciendo uso de mecanismos de interacción entre las familias, los funcionarios de gobiernos locales, los líderes comunitarios, los maestros, los grupos de mujeres, los clubes de jóvenes y los grupos de planificación comunitaria, entre muchos otros. Con ello se aspira a crear una base de seguridad de acuerdo al contexto de emergencias y desastres. Se deben utilizar los recursos físicos en infraestructuras que se tiene en la comunidad (canchas, parques, institución educativa, centro de salud, etc.)
- 4- **Fortalecer acciones de promoción de conducta prosocial, control emocional e incrementar el bienestar mental y autocuidado en la comunidad:** Se recomienda:
 - Creación de redes de apoyo que promuevan la recuperación del intercambio y la conexión social en y por salud.
 - Crear y mantener espacios directos y virtuales para interactuar (creación de redes sociales específicas y uso de medios de intercambio social como teléfonos, internet, entre otros).
 - Realización de acciones dirigidas a fomentar el soporte social entre compañeros.
 - Talleres de autocuidado en salud física y mental, el

- cuidado en equipo y con familiares y amigos de los niños, niñas y adolescentes.
- Promoción de la realización de actividades de manejo de las emociones y la retoma del intercambio social en la postemergencia
- 5- Normalizar sensaciones y sentimientos generados por las situaciones emergentes y que se mantienen en la postemergencia y postdesastres: Se Sugiere:
- Programación de actividades para fomentar la realización de actividad física.
 - Talleres de entrenamiento en técnicas de respiración diafragmática y relajación.
 - Mantenimiento de apoyo social y psicológico mediante grupos focales para promover la expresión de sentimientos y emociones entre todos.
 - Talleres y difusión de técnicas de manejo del estrés y bienestar emocional como relajación progresiva y Mindfulness.
 - Talleres y difusión de estrategias para facilitar la identificación de necesidades sentidas.
 - Talleres psicoeducativos para hacer frente a las consecuencias psicológicas de las emergencias y desastres, para brindar estrategias de contención y orientación, con base en las necesidades sentidas y priorizando los recursos y fortalezas de la comunidad para ser utilizados como elementos importantes para enfrentar situaciones de emergencias y desastres.
 - Implementar actividades lúdicas en los talleres con los estudiantes, ya que es un excelente recurso para transmitir ideas, información, comportamientos y acciones, además de ser actividades placenteras, distendidas y reforzantes de emociones.

CONCLUSIONES

En el estudio realizado predominó el nivel de ansiedad media y en mayor medida en el sexo masculino. Ello se puso de manifiesto con mayor intensidad en los estudiantes de 10 años de edad que cursan el sexto año de educación general básica. La mayoría de los participantes se han sentido estresados, preocupados, asustados y tristes. También fue predominante que les disgustara el no poder

asistir a la escuela de manera regular ni poder visitar a su familia. Resulta de especial interés que la mayor parte de los estudiantes han manifestado que pasan el tiempo realizando juegos utilizando medios tecnológicos, como laptops, tablets y celulares. Prácticamente no dedican tiempo a actividades educativas y físicas, lo que constituye un factor de riesgo para la salud y el bienestar de los participantes.

Se elaboró un sistema de recomendaciones desde la perspectiva comunitaria para afrontar la ansiedad en situaciones de emergencias y desastres. Para evitar la afectación en la salud de la población se propone llevar a cabo acciones de prevención, asistencia y abordaje de la salud mental y de la promoción del bienestar psicosocial para disminuir los efectos psicológicos negativos y lograr equilibrio en la comunidad. Las principales líneas de acción sugeridas parten de la Gestión de la Información, la atención a grupos específicos, la promoción de acciones de trabajo comunitario, la conducta prosocial, normalización de las sensaciones y sentimientos generados por las situaciones críticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abeldaño, R. A., & Fernández, R. (2016). Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. *Ciencia e Saude Coletiva*, 21(2), 431–442. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.17502014>
2. Alarcón Pulido, E., Alcaraz Fuentes, M. B., Corpas Ortiz, A., López Caballero, A., Montilla Velasco, A., Navarro Cubillo, R., & Soriano Márquez, A. (2005). Protocolo de intervención psicológica en crisis ante situaciones de emergencias y desastres. Patronato Provincial de Servicios Sociales de Córdoba, 50–54.
3. Baro, M. (2010). Aislamiento social. Comisión Para El Desarrollo De La Enfermería En El Servicio Andaluz De Salud Aislamiento, 1–10. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0239.pdf>
4. Castillo Mendoza, L. (2020). Lo que la pandemia nos enseñó sobre la educación a distancia. In *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos* (Vol. 50, Issue ESPECIAL, pp. 343–352). <https://rlee.ibero.mx/index.php/rlee/article/view/119>
5. Erades, N., & Morales, A. (2020). Confinement by COVID-19 and associated stress can affect children's well-being.

- Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes, 7(3), 27–34.
<https://doi.org/10.21134/rpcna.2020.mon.2041>
6. Esther, O., Pedreira, I., Amado, J., & Ábalo, G. (2020). La psicología de la salud en el enfrentamiento a la Covid-19 en América Latina. In Repositorio Institucional - UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/52877>
 7. Francisco, R., Pedro, M., Delvecchio, E., Espada, J. P., Morales, A., Mazzeschi, C., & Orgilés, M. (2020). Psychological Symptoms and Behavioral Changes in Children and Adolescents During the Early Phase of COVID-19 Quarantine in Three European Countries. *Frontiers in Psychiatry*, 11(December), 1–14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.570164>
 8. Hernández, R., & Mendoza, C. (2018). Las rutas Cuantitativa Cualitativa y Mixta. In Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/bitstream/54000/1292/1/Hernández- Metodología de la investigación.pdf>
 9. Johnson, M. C., Saletti-Cuesta, L., & Tumas, N. (2020). Emotions, concerns and reflections regarding the COVID-19 pandemic in argentina. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25, 2447–2456. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10472020>
 10. Liebler, C. A., & Halpern-Manners, A. (2008). A practical approach to using multiple-race response data: A bridging method for public-use microdata. *Demography*, 45(1), 143–155. <https://doi.org/10.1353/dem.2008.0004>
 11. Oblitas A, & Sempertegui N. (2020). Ansiedad en tiempos de aislamiento social por COVID-19. Chota, Perú, 2020. *Av Enferm [revista en Internet]* 2020 [acceso 1 de marzo de 2021]; 38(1): 1-11. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/87589/>
 12. OMS. (2020). 11-3-2020-Oms-Characteriza-Covid-19-Como-Pandemia @ [Www.Paho.Org](http://www.paho.org). <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>
 13. Orgilés, M., Morales, A., Delvecchio, E., Mazzeschi, C., & Espada, J. P. (2020). Immediate Psychological Effects of the COVID-19 Quarantine in Youth From Italy and Spain. *Frontiers in Psychology*, 11(November), 1–10.

- <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.579038>
14. Quito Niveló, G. (2021). Ansiedad en niños, niñas y adolescentes de 8 a 15 años en periodo de aislamiento durante pandemia por Covid-19.
 15. Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colombian Journal of Anesthesiology*, 48(4), 1–8. <https://doi.org/10.5554/22562087.e930>
 16. Sánchez-Villena, A. R., & de La Fuente-Figuerola, V. (2020). COVID-19: cuarentena, aislamiento, distanciamiento social y confinamiento, ¿son lo mismo? *Anales de Pediatría*, 93(1), 73–74. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.05.001>
 17. Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J., & Song, R. (2020). Mental Health Status Among Children in Home Confinement During the Coronavirus Disease 2019 Outbreak in Hubei Province, China. *JAMA Pediatrics*, 174(9), 898–900. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>
 18. Zayas-fajardo, M. L. (2021). Repercusión psicológica en niños, adolescentes y la familia relacionada con el aislamiento social por la COVID-19. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 46(1).

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ATENDIERON PACIENTES CRÍTICOS DURANTE LA PANDEMIA COVID-19.

Palma Delgado Gema Lissette
FabeLo Roche Justo Reinaldo

RESUMEN

Introducción: El trastorno por estrés postraumático, es un conjunto de síntomas físicos y psicológicos que experimentan las personas debido a situaciones traumáticas breves o duraderas. Surgen como respuesta tardía o diferida a acontecimientos estresantes. Los profesionales sanitarios que brindaron atención directa a pacientes durante la pandemia COVID-19 presentaron afectaciones en sus estados de ánimo, agotamiento físico y sobrecarga laboral.

Objetivo: El estudio realizado tuvo como objetivo identificar las alteraciones, caracterizar la atención de las afectaciones de los profesionales de salud con estrés postraumático y proponer un sistema de recomendaciones desde una perspectiva de calidad comunitaria.

Metodología: Se basó en un estudio piloto de diseño observacional descriptivo y transversal, utilizando como instrumento el Test de Escala de Gravedad de Síntomas Revisada del trastorno de estrés (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales). Se tuvieron en cuenta resultados de la evaluación de 26 participantes que aceptaron ser parte de la investigación desarrollada.

Resultados: Entre las afectaciones detectadas predominaron alteraciones cognitivas, estado de ánimo negativo (88%), reexperimentación (85%). El 50% de los profesionales presentaron estrés con un inicio demorado, el 35% manifestó la presencia de síntomas meses posteriores a la situación traumática vivenciada.

Conclusiones: La mayoría de los profesionales sanitarios estudiados presentaron alteraciones en la salud mental relacionadas con estrés postraumático. La atención de las afectaciones en la salud mental de la población de estudio desde la perspectiva comunitaria ha sido insuficiente. Se propone un sistema de recomendaciones con una intervención comunitaria concreta en técnicas cognitivo conductuales.

Palabras claves: COVID-19, Estrés Postraumático, Pandemia, Profesionales Sanitarios, Trastornos.

INTRODUCCIÓN

El estrés postraumático se presenta como un trastorno después de una sobrecarga general o a partir de haber presenciado algo crítico y fuerte que no se puede superar fácilmente. Esta situación si no es tratada a tiempo genera problemas, afectando la salud física y mental del individuo.

La COVID-19 surgió a finales de 2019, desde entonces el mundo se vio comprometido, con la enfermedad por coronavirus (COVID-19) es una afección infecciosa causada por un enemigo microscópico: el virus SARS-CoV-19. El síndrome agudo respiratorio severo provocado por el nuevo coronavirus presenta elevada letalidad y fue identificado en China inicialmente, causando una inflamación respiratoria leve severa comprometiendo así a los pulmones.

La pandemia ha dejado millones de pérdidas humanas, los médicos, enfermeros, e incluso hasta los pacientes, no sabían con exactitud de que se trataba. Con el paso del tiempo se han podido establecer los protocolos y medicación adecuada específica para tratar esta enfermedad que por ahora se mantiene con un control debido a la inoculación que existe a nivel mundial.

Con la aparición del virus que generó la pandemia mundial COVID- 19, formando situaciones estresantes afectando a los profesionales de salud, mentalmente agotados por el cansancio, dobles jornadas de turnos, emociones, sentimientos y el aislamiento de su entorno familiar que debían cumplir de forma obligatoria durante el tiempo más crítico de la pandemia.

Las secuelas y consecuencias de la lucha con el virus durante la primera etapa de la pandemia fue caótica y desastrosa por las innumerables muertes, más la pérdidas de profesionales, el agotamiento de las largas guardias realizadas por duplicado, el poco personal existente en las instituciones hospitalarias y el aislamiento obligatorio porque eran los profesionales que brindaban atención directa con el infectado brindando soluciones inmediatas a las múltiples situaciones que afrontaron desde la primera línea de combate. Esta situación va acompañada de muchas afecciones e incluso se estima que puede llevar al profesional a sufrir un desenlace fatal en su vida.

Para los autores Ruiz & Guerrero (2017), el estrés postraumático o trastorno por estrés postraumático, es un conjunto de síntomas físicos y psicológicos que experimentan las víctimas y testigos de situaciones traumáticas breves o duraderas. Surgen como respuesta tardía o diferida a tales acontecimientos estresantes y pueden

persistir largo tiempo después los mismos.

Los profesionales de la salud de las Unidades de Cuidados Intensivos, fueron los más afectados en presentar el estrés postraumático, debido a las múltiples situaciones en su entorno, agotamiento físico y sobrecarga laboral por periodos prolongados de guardias ante la gran demanda de pacientes. A todo ello se añade sobrellevar las condiciones críticas en que llegaban los pacientes, los cuales fallecían en pocas horas a pesar de la atención y cuidados que los médicos proporcionaban (Freraud, 2020).

Ante dichas circunstancias surgían frustración, muchas veces enojo sin poder hacer nada más por aquellas vidas (Psicología Clínica y de la Salud, 2020). Todo esto fue generando problemas asociados en el estado emocional, sentimientos, cambios drásticos de actitud y periodos de estrés.

Para un profesional de salud cuya función es sanar y proteger vidas con un diagnóstico previo con la prescripción de medicinas para controlar cualquier tipo de complicación de salud, este virus pandémico suponía una contradicción (Medina, Cruz, & Avila, 2020).

Todas estas situaciones en el entorno laboral generaron el estrés, no obstante, el estrés postraumático genera a corto plazo otros síntomas que rápidamente comprometen el estado de la salud física y mental, además el control y tratamiento de dicha problemática puede lograrse con una atención oportuna que incluya seguimiento de un psicólogo para mejorar la salud mental y controlar el desencadenante que causa el estrés postraumático. Los médicos que ejercieron la atención de pacientes COVID-19 durante la pandemia, presentaron entre las repercusiones más importantes el impacto a la salud mental debido al riesgo de desarrollar desde trastornos psicológicos hasta enfermedades mentales (Mayo Clinic, 2017).

El estudio realizado tuvo como objetivo principal caracterizar a los pacientes con estrés postraumático, la atención comunitaria de salud mental que recibieron y proponer un sistema de recomendaciones basadas en la cualidad comunitaria.

Los objetivos del presente estudio fueron los siguientes:

- Identificar las alteraciones en la salud mental de una población de profesionales sanitarios con estrés postraumático adquirido durante la situación crítica generada por la pandemia de COVID- 19.
- Caracterizar la atención de las afectaciones en la salud

mental de la población de estudio desde la perspectiva comunitaria.

- Proponer un sistema de recomendaciones para el entrenamiento de habilidades y técnicas para afrontar el estrés postraumático en los profesionales de salud desde una perspectiva de cualidad comunitaria.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio piloto de diseño observacional descriptivo y transversal, con profesionales sanitarios que trabajan en instituciones hospitalarias en el área de cuidados intensivos de dos instituciones hospitalarias de la ciudad de Quito (Hospital Enrique Garces, Hospital IESS Quito Sur), donde ejercieron sus funciones en los momentos críticos de COVID-19. Se valoraron los 26 profesionales sanitarios que estuvieron de acuerdo en participar y respondieron el instrumento utilizado: el test de Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del trastorno de estrés postraumático (TEPT) según el DSM-5.

Esta escala es una herramienta con propiedades psicométricas que permite medir la intensidad del estrés postraumático al evaluar los núcleos sintomáticos que hacen referencia al malestar emocional global, al grado de interferencia en la vida cotidiana y a la duración de los síntomas del trastorno (Echeburúa, y otros, 2016).

Además de los síntomas nucleares del estrés postraumático, se han añadido dos ítems destinados a evaluar de forma complementaria la presencia de síntomas disociativos por la importancia que se concede a estos síntomas en el DSM-5 y para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad relacionado con el suceso traumático (Echeburúaa, Amor, Muñoz, Sarasua, & Zubizarreta, 2015).

Los sujetos estudiados pertenecían a la Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) de los dos hospitales de la ciudad de Quito referidos. Como criterio de inclusión se consideraron los residentes, intensivistas, médicos de planta y enfermeros, se evaluaron variables generales como el sexo, la especialidad y el índice de estrés. Para caracterizar la atención de la afectación de la salud mental en los profesionales sanitarios con trastornos por estrés postraumático desde la perspectiva comunitaria se utilizó la revisión de los artículos seleccionados y la observación participante.

Para la propuesta de sistema de recomendaciones de entrenamiento en habilidades y técnicas para afrontar el estrés

postraumático en los profesionales de salud desde una perspectiva de cualidad comunitaria, se realizó una revisión sistemática y bibliográfica de estudios que abordaban las principales técnicas y herramientas de promoción de salud aplicables en el contexto comunitario (Sampieri, 2016).

También se consultaron fuentes de datos digitales y se emplearon como palabras claves: Trastornos por Estrés Postraumático, Profesionales sanitarios, Pandemia, COVID-19. Para la búsqueda de información las siguientes: prevención del estrés postraumático, empoderamiento para superar situaciones críticas y recursos terapéuticos ante situaciones de estrés (Aranbicia, 2018).

La bibliografía seleccionada fue de 40 artículos relacionados con el tema de investigación, con fecha de publicación del 2010 al 2021, utilizando las palabras claves referidas. Después de aplicar los criterios de selección quedaron 30 referencias bibliográficas en idiomas de inglés, portugués y español. Posteriormente se procedió a estructurar el trabajo con base en la información recopilada orientada a responder los objetivos y preguntas de investigación planteados. Los resultados de los test aplicados fueron desarrollados en una base de datos con la puntuación respectiva de cada pregunta del test, las mismas que se plasmaron en las tablas de resultados en forma general acorde a los objetivos planteados del estudio con sus respectivos porcentajes.

Se tuvieron en cuenta los principios éticos de la investigación científica, se partió del consentimiento informado de los participantes y se garantizó la confidencialidad de la información declarada (Hernández, Cote, & Cueto, 2015).

RESULTADOS

Los 26 profesionales de la salud que colaboraron en el estudio fueron 11 hombres (42%) y 15 eran mujeres (58%). Se encontraban en un rango de edad de 28 a 33 años de edad. La incidencia del estrés postraumático fue mayor entre las mujeres. Entre las alteraciones detectadas a partir de la aplicación del EGS-R predominaron las cognitivas y del estado de ánimo negativo en un (88%) y la reexperimentación en un (85%) de los profesionales de salud estudiados. (Tabla 1).

Tabla 1 Distribución porcentual de las alteraciones identificadas a partir de la Escala de la Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R)

Alteraciones	Frecuencia	Porcentaje
Reexperimentación	22	85%
Evitación Conductual/Cognitiva	15	58%
Alteraciones Cognitivas y estado de ánimo negativo	23	88%
Hiperactivación	16	62%
Síntomas Clínicos Subjetivos	17	65%
Disfuncionalidad	18	69%
Total	26	100%

Fuente: Test de la Escala de Gravedad de síntomas Revisada (EGS-R)

García (2019) encontró asociación entre el ajuste psicológico, la salud percibida, y las conductas de riesgo para la salud, a corto y medio plazo de la persona con estrés postraumático. Para ello, se basó en dos estudios empíricos. Concretamente, el primer estudio aborda el trauma, la revictimización traumática y el TEPT previo a la afectación de los profesionales de salud, y evalúa su asociación con el ajuste psicológico del paciente (niveles de estrés agudo, sensibilidad a la ansiedad, evitación experiencial, ansiedad y depresión), salud percibida (emocional, física y global) y conductas de riesgo (consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, actividad física y deportiva) a corto plazo.

En lo que respecta, a los profesionales de salud estudiados, las alteraciones que predominaron fueron las cognitivas y del estado de ánimo negativo, lo que se considera relativamente aceptable debido a la situación vivida o experimentada, lo cual amerita una intervención oportuna, pertinente para el mejor manejo y control de las conductas de riesgo para la salud. El resultado general del diagnóstico del estrés postraumático, intensidad y duración de los síntomas según la (EGS-R) fue que el 50% de ellos presentaron estrés con un inicio demorado caracterizado por presencia de síntomas posterior a los seis meses o más del suceso crítico, los cuales interfieren la vida cotidiana generando malestar psíquico. En segundo lugar, en el 35% de los participantes se manifestó la presencia de los síntomas tres meses o más posteriores a la situación traumática vivenciada. (Tabla 2).

Tabla 2 Distribución porcentual de diagnóstico de intensidad del test de la Escala de Gravedad de síntomas Revisada (EGS-R)

Diagnostico/ Intensidad	Frecuencia	Porcentaje
Agudo	4	15%
Crónico	9	35%
Inicio demorado	13	50%
Total	26	100%

Fuente: Test de la Escala de Gravedad de síntomas Revisada (EGS-R)

En cuanto a la caracterización de la atención de las afectaciones mentales que presentan los participantes, se encontró que la totalidad de ellos la considero insuficiente. En el desempeño de los profesionales de salud estudiados predomina un modelo biomédico que ignora las posibles afectaciones a su salud mental. No obstante, los sujetos declararon que ante las circunstancias críticas vividas durante la atención al paciente de COVID-19 se sentían muy tensos, angustiados, y con mucho temor no solo ante la posibilidad de enfermarse sino además por el riesgo de llevar el virus a sus casas y familiares (Arias & Tabuenca, 2020).

A causa de la pandemia de COVID-19, se ha observado una alta prevalencia de trastorno de estrés postraumático en las distintas comunidades hospitalarias. En el presente estudio se obtuvo como resultado que el 69% de profesionales sanitarios estudiados (residentes, intensivista, médicos de planta y enfermeros) pertenecientes al área de UCI de instituciones hospitalarias de la ciudad de Quito, han sido diagnosticados con estrés postraumático. De los participantes en el estudio, el 35% recibió tratamiento (farmacológico el 23% y psicológico el 12%), mientras el 65% de ellos no han recibido ningún tratamiento ni seguimiento alguno. (Tabla 3).

Tabla 3 Distribución porcentual de tratamiento recibido por suceso acontecido

Recibieron tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Si	9	35%
No	17	65%
Tratamiento Psicológico	3	12%
Tratamiento Farmacológico	6	23%

Recibieron tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
Ningún tratamiento	17	65%
Total	26	100%

Fuente: Encuesta realizada

Como resultado se identificó que la mayor parte de los profesionales de salud estuvieron expuestos a sufrir estrés postraumático. Se manifestó que la intervención basada en la experiencia del psicólogo clínico es necesaria para la atención, control y los cuidados de la salud mental de esta población por medio de terapias cognitiva y conductual. Con ello se potenciaría el tratamiento y la pronta recuperación ya que la intervención psicológica puede mejorar la salud mental de estos profesionales sanitarios.

DISCUSIÓN

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) es una enfermedad mental crónica que generalmente se desarrolla después de estar expuesto a un trauma severo y está relacionado con recuerdos intrusivos, sueños angustiantes, estados de ánimo negativos, entre otros (Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria, 2020). Se estima que aproximadamente, el 6% de personas expuestas a un trauma psicológico llegan a desarrollar un TEPT.

En este estudio se detectó un alto porcentaje de los profesionales de salud con estrés postraumático y un tercio de ellos de carácter crónico. Existe mayor coincidencia con otros estudios como el realizado por los autores (Lai, y otros, 2020) los cuales desarrollaron un estudio descriptivo y concluyen que de los 311 profesionales sanitarios que atendieron directamente en la pandemia en Wuhan, un tercio padeció algún tipo de problema psicológico. Las afectaciones a la salud mental, se suscitan ante un contexto inédito en cualquier lugar del mundo (Mayo Clinic, 2017). Aranbicia (2018) realizó estudios comparativos de los métodos usados para valorar la gravedad de secuelas psicológicas de un evento estresante en una población y encontró resultados similares.

En el presente estudio se ha identificado que las principales alteraciones que predominaron en la población de profesionales sanitarios fueron las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo

negativo. También se detectó la reexperimentación de los estados generados por el estrés postraumático, sobrecarga de emociones y sentimientos que el psicólogo clínico puede tratar con recomendaciones para el control adecuado del estrés postraumático en la comunidad hospitalaria.

En un estudio realizado por Cedeño (2017), identificó que los pacientes estudiados presentaban una salud mental deteriorada, en este caso los niveles de inicio demorado fueron muy altos. Los resultados demostraron que los profesionales que intervinieron con personas en el área de emergencia fueron expuestos a mayores niveles de estrés. Resulta interesante mencionar que Arias & Tabuenca (2020) encontraron que aquellos profesionales que gozaban de un apoyo social y psicológico adecuado mostraban menores niveles de estrés.

Herrera (2020), encontró que la mayoría de sujetos con TEPT tienen una vivencia de insatisfacción. El estrés puede generar muchas otras afecciones y afectar la calidad percibida en cuanto a los servicios de salud recibidos y la óptima actuación del profesional psicológico. En un estudio desarrollado por García (2019), la sobrecarga laboral es el primer causante del estrés postraumático, llevando a la persona a padecer alteraciones cognitivas y afectando el estado de ánimo.

En el estudio realizado por García (2019) encontraron que durante el tiempo vivido en la pandemia todos los profesionales que se quedaron a cargo de la atención de los pacientes, consideraron como su domicilio a los hospitales y pese a sus esfuerzos fueron sometidos a muchas críticas por justificar falencias del estado y del entorno. Para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud comunitaria es importante considerar la salud mental de esta población, desarrollar cuidados y corregir las deficiencias para optimizar el tratamiento del personal que se encuentra afectado por el estrés postraumático.

Recientemente se publicó una revisión sistemática sobre la reducción de efectos emocionales negativos en trabajadores del área de emergencias y catástrofes mediante técnicas de catarsis que tuvo como objetivo evaluar la heterogeneidad existente en la aplicación de técnicas de catarsis en los trabajadores que atienden situaciones de emergencia y el trastorno de estrés postraumático (Iglesias-Osores & Acosta-Quiroz, 2020). Estos conceptos se consideran interesantes como argumento actual durante la pandemia COVID-19. Uno de los puntos más relevantes ha sido el tomar medidas para prevenir el estrés, fortaleciendo las habilidades para su manejo. Los psicólogos por medio de su atención y

aplicación de terapias ayudan a la población afectada.

Con relación a los equipos de médicos que hasta el momento combaten la pandemia mundial, muchos de estos profesionales han empezado ya a sentir las secuelas de haber padecido estrés debido a las muchas etapas vividas durante la atención a los pacientes que llegaban a los hospitales en estado crítico por haber sido afectados con el virus. Sin embargo, en la actualidad esta población no está siendo atendida para restablecer y cuidar de su salud mental.

La Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA por sus siglas en inglés), establece que el momento ideal para tomar medidas para prevenir el estrés y fortalecer las habilidades es antes de enfrentarse a las situaciones estresantes, por lo que se recomienda una serie de alternativas para lidiar con la ansiedad, fatiga y estrés (Medina, Cruz, & Avila, 2020). Por la compasión generada en la atención de pacientes graves y todo lo que conlleva esta pandemia, son las “micro prácticas”, herramientas altamente procesables y reproducibles que requieren un tiempo mínimo para aprenderse e implementarse las que resultan de mayor utilidad. Aquellas que se conectan con una actividad ya existente ofrecen un atractivo especial y gran facilidad para adoptarlas.

Un ejemplo de micro práctica sencilla es la llamada respiración diafragmática, la cual ha demostrado ser prometedora para reducir el estrés y la autopercepción de la ansiedad. La respiración diafragmática ha determinado una mejora estadísticamente significativa en la reducción del estrés medida por biomarcadores fisiológicos (presión arterial y cortisol salival) y niveles de estrés auto informados a través del ampliamente utilizado DASS-21 (Escala de Depresión, estrés y ansiedad-21). Otra estrategia a considerar es el apoyo temprano, preparar adecuadamente al personal para el trabajo y los desafíos asociados, la cual reduce el riesgo de problemas de salud mental. Todos los trabajadores de la salud deben estar preparados para los dilemas morales que enfrentarán durante situaciones críticas.

Las redes comunitarias en este estudio fueron identificadas como los jefes y superiores de los equipos médicos. Ellos deberán ofrecer a sus subordinados una evaluación lo más completa y franca de lo que enfrentarán, sin eufemismos y en lenguaje claro; de lo contrario pueden aumentar los sentimientos de ira cuando se enfrenten a la realidad. Los líderes del equipo deben ayudar al personal a comprender las decisiones moralmente desafiantes que se toman. Una buena manera de hacerlo es mediante las rondas de Schwartz, estas consisten en conversaciones con el personal, sobre

el impacto emocional de su trabajo y ofrecen una oportunidad para que el personal de todas las disciplinas de una organización de atención médica reflexione sobre los aspectos emocionales de su trabajo.

Estas tienen la gran ventaja para poder realizarse remotamente si fuera necesario. En cuanto a la identificación de los líderes comunitarios en este estudio se consideran los miembros del equipo más experimentados, los cuales deben supervisar a los más jóvenes y verificar cómo se encuentran anímicamente, ya que la identificación y el apoyo temprano son clave para evitar que la capacidad operativa y la salud de todos los miembros del equipo se vea afectada (Torres-Muñoz, Farias-Cortés, Reyes-Vallejo, & Guillén-Díaz-Barriga, 2020).

CONCLUSIONES

1. Los profesionales participantes en este estudio presentaron alteraciones en la salud mental relacionadas con el estrés postraumático, predominando las afectaciones cognitivas y el estado de ánimo negativo, niveles de estrés agudo, evitación experiencial, ansiedad y depresión.
2. La atención de las afectaciones en la salud mental desde la perspectiva comunitaria ha sido insuficiente. Se ha identificado la necesidad de potenciar el tratamiento aplicando un sistema de entrenamiento de habilidades y técnicas para afrontar el estrés postraumático e intervenciones comunitarias basadas en técnicas cognitivas conductuales, fundamentalmente el entrenamiento en habilidades para afrontar el estrés, técnica de relajación, técnica de respiración y mindfulness.
3. Desde la perspectiva comunitaria el personal de Psicología puede propiciar la ejecución de un sistema de recomendaciones para el entrenamiento de habilidades y adecuar áreas o espacios comunitarios de descanso, mitigar el cansancio empleando la psicoeducación y aplicar las técnicas para bajar el índice de estrés postraumático. A partir de ello se puede fortalecer el afrontamiento efectivo a estresores de gran magnitud para erradicar el estrés postraumático y evitar el desarrollo de otras complicaciones a corto plazo.

RECOMENDACIONES

1. Proponer la elaboración y aplicación de protocolos de

atención psicológica dirigido a los profesionales sanitarios que se enfrentan a situaciones de emergencia y desastres.

2. Propiciar el desarrollo de acciones de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos por estrés postraumático desde una perspectiva comunitaria, con el objetivo de empoderar a los profesionales de la salud para enfrentar eventos estresantes y situaciones emergentes que pudieran presentarse.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. America Retail. (2020). Evolución del consumidor: ¿Cómo han cambiado nuestros hábitos? Estudios: Un 75% de los consumidores estadounidenses ha cambiado sus comportamientos de compra durante la pandemia. Obtenido de <https://www.america-retail.com/>: <https://www.america-retail.com/>
2. Aranbicia, M. (2018). Estudio descriptivo sobre estrés postraumático secundario en personal de la emergencia. Una mirada desde la psicología de la emergencia. Colombia: Universidad de las Américas.
3. Arias, E. M., & Tabuenca, T. P. (2020). Impacto Psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19. España: Cuaderno de Crisis psicológicas.
4. Arias, E. M., & Tabuenca, T. P. (2020). Impacto Psicológico en profesionales del ámbito sanitario durante la pandemia Covid-19. España: Cuaderno de Crisis psicológicas.
5. Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. (2020). Guía de apoyo psicosocial durante la pandemia coronavirus. Salud mental, 89.
6. Asociación de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria. (2020). Guía de apoyo psicosocial durante la pandemia coronavirus. Salud mental, 89.
7. Avendaño, D. G. (2018). Actitud del personal de salud ante la muerte de la persona en la unidad de cuidados intensivos. Estudio cuantitativo. Duazary, 6. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.2421>
8. Cedeño, R. (2017). Depresión, estrés postraumático. Perú: Cayetano Heredia.
9. Cedeño, R. (2017). Depresión, estrés postraumático. Perú: Cayetano Heredia.
10. Cote, Velez, & Sampieri. (2016). El planteamiento del problema en una investigación. México.

11. Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. (T. Psicol, Ed.) Scielo, 34(2).
12. Echeburúaa, E., Amor, P. J., Muñoz, J. M., Sarasua, B., & Zubizarretaa, I. (2015). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés, Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). Cross Mark, 99.
13. Freraud, A. (2020). Estrés post traumático después del Covid-19. Un acercamiento. Block de psicología, 3.
14. Freraud, A. (2020). Estrés post traumático después del Covid-19. Un acercamiento. Block de psicología, 3.
15. Garcia, E. (2020). Perfiles psicológicos que afectan a los síntomas de salud en pacientes infartados el rol del trastorno de estrés postraumático. Dialnet, 99.
16. Garcia, J. (2019). “Percepción del personal de salud ante el estrés laboral”. Repositorio Cayetano Heredia, 79.
17. Hernández, Cote, & Cueto. (2015). Metodología de la investigación. Metodología de la Investigación, 543.
18. Herrera, J. (2020). “Niveles de estrés en el profesional de salud en la atención de pacientes durante la pandemia COVID-19 Hospital de Barranca”,. Repositorio , 98.
19. Iglesias-Osores, S., & Acosta-Quiroz, J. (2020). Estrés postraumático en trabajadores de la salud y COVID-19. Perú: Arch Prev Riesgos Labor.
20. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., J, H., Wei, N., & al, e. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus. Disease. doi:doi/org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
21. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., J, H., Wei, N., & al, e. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus. Disease. doi:doi/org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
22. Martínez y Col. (2016). Tratamiento psicológico en pacientes estrés postraumático. Una revisión sistemática. Terapia Psicológica, 26.
23. Mayo Clinic. (2017). Trastorno por estrés postraumático. Mayo Clinic. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/diagnosis-treatment/drc-20355973>
24. Mayo Clinic. (2017). Trastorno por estrés postraumático (TEPT). Obtenido de [229](https://www.mayoclinic.org/es-

</div>
<div data-bbox=)

- es/diseases-conditions/post-traumatic-stress-disorder/diagnosis-treatment/drc-20355973
25. Medina, A., Cruz, A., & Avila, A. (2020). Efectos psicológicos del trabajo en el personal sanitario en condiciones de pandemia. Pautas para su adecuada gestión. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 173. Obtenido de <http://www.alfepsi.org/wp-content/uploads/2021/01/25-alternatvas-cubanas-en-psicologa-v9n25.pdf>
 26. Ministerio de Salud Pública. (2016). *Guía de Práctica Clínica*. [Online]. Repositorio de Machala. Obtenido de http://instituciones.msp.gob.ec/documentos/Guías/Guía_1_upus.pdf.
 27. Ministerio de Salud Pública. (2020). Rueda de prensa por la llegada del Covid-19. Quito: MSP.
 28. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2017). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural*. MSP, 106. Obtenido de https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/8_Modelo_integral_de_atencion_drogas.pdf
 29. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2020). *Tiempos Covid-19, declaración pandemia*. MSP, 23.
 30. Organización Mundial de la Salud. (2018). *Sobre la salud mental comunitaria*. Suiza: OMS.
 31. Organización Mundial de la Salud. (2020). *COVID-19*. Obtenido de [omscovid2019.com](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019)
 32. Organización Mundial de Salud. (2020). *La importancia de la salud mental*. Organización Mundial de la Salud, 33.
 33. *Psicología Clínica y de la Salud*. (2020). *Estrés post traumático después del Covid-19. Un acercamiento*. Obtenido de *Estrés post traumático después del Covid-19. Un acercamiento*.: <https://www.copmadrid.org/wp/estres-post-traumatico-despues-del-covid-19-un-acercamiento/>
 34. Ruiz, L., & Guerrero, A. (2017). *Afectaciones psicológicas en personal de primera respuesta: ¿Trastorno por Estrés Postraumático o Estrés Traumático Secundario?* *Psicología*, 28(2), 90.
 35. Sampieri, R. (2016). *Metodología de la Investigación*. México.
 36. Sampieri, R. (2016). *Metodología de la Investigación*. Mexico.
 37. Torres-Muñoz, V., Farias-Cortés, J. D., Reyes-Vallejo, L. A., & Guillén-Díaz-Barriga, C. (2020). *Riesgos daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes y con*

- COVID-19. *Urol*, 80(3), 1-9.
doi:<https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur2020/ur203i.pdf>
38. Torres-Muñoz, V., Farias-Cortés, J. D., Reyes-Vallejo, L. A., & Guillén-Díaz-Barriga, C. (2020). Riesgos y daños en la salud mental del personal sanitario por la atención a pacientes con COVID-19. *Urol*, 20(3), 80. Obtenido de [medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf](https://www.medigraphic.com/pdfs/uro/ur-2020/ur203i.pdf)
39. Vallerial, A. (2019). Haz ejercicio en casa y mantente en forma sin estrés. *Scielo*, 3-9.

LA INTERVENCIÓN EN ADOLESCENTES INFRACTORES DE LA LEY DESDE UN ENFOQUE DE SALUD MENTAL COMUNITARIA. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LITERATURA. IBEROAMÉRICA, 2021.

Carla Fernanda Quispe Celorio
Verónica Egas

RESUMEN

Introducción: Los problemas de infracción de la ley por parte de los adolescentes, constituye un fenómeno de necesario abordaje psicológico y social. Dicho fenómeno es una problemática de alcance global, cuyas repercusiones afectan a muchas esferas de la sociedad.

Objetivo: Analizar y describir las principales características del modelo de salud mental comunitario, que se identificaron en aquellas investigaciones analizadas, que abordaron la intervención de adolescentes infractores de la ley realizados en Iberoamérica, durante el periodo 2010-2020.

Método: Para cumplir con el objetivo del estudio, se llevó a cabo una revisión sistemática de literatura -RSL-, en la que se realizó una síntesis de las mejores evidencias obtenidas a partir de estudios primarios relacionados con la temática de interés.

Resultados: En un número considerable de las investigaciones revisadas, se identificó que los autores tomaron en cuenta aspectos y características definitorias del modelo comunitario de salud mental durante el abordaje de la temática de interés. Específicamente, se identificaron los indicadores propuestos: el origen o proceso de surgimiento de la acción comunitaria; el número y el grado de implicación de los diferentes agentes y el alcance de las transformaciones que se propone la acción comunitaria.

Conclusiones: La intervención de adolescentes y jóvenes infractores desde el enfoque o modelo de acción descrito (comunitario), propicia un abordaje global y de carácter multidimensional, multicontextual y multitemático, y valora a la comunidad como una cualidad, la cual aporta en gran medida con agentes y recursos relevantes para lograr una intervención eficaz.

Palabras Claves: Intervención, Rehabilitación, Adolescentes Infractores de la ley, intervención psicosocial.

INTRODUCCIÓN

Que los adolescentes se vuelvan infractores, es una problemática de alcance global, cuyas repercusiones afectan a muchas esferas de la sociedad, y pueden afectar no solamente la vida del infractor, sino, de un número elevado de personas a su alrededor. El adolescente infractor es aquel que ha cometido una o más infracciones contra las leyes criminales (Jacques & Zambrano, 2009). Entre las infracciones más corrientes se encuentran los delitos contra la propiedad, robos, agresiones, homicidios o intentos de homicidio, robos a mano armada, los delitos sexuales, Y los delitos relacionados con drogas ilegales, el fraude y el vandalismo.

Esta población es de especial interés puesto que muchos investigadores coinciden en señalar que durante la adolescencia las personas están más susceptibles a cometer actos delictuales (Zambrano & Pérez-Luco, 2004; Alarcón, Vinet & Salvo, 2005; Dionne & Zambrano, 2008), tanto por factores sociales como la presión de los pares, psicológicos como los estilos de personalidad, propios de esta etapa del desarrollo, y biológicos como el temperamento y otros aspectos definidos genéticamente.

En todo caso, es importante precisar que la actividad delictual en la población adolescente que es intervenida oportunamente, es transitoria y se limita para la mayoría de sujetos, a este periodo de la vida (Jacques & Zambrano, 2009). Por lo tanto, identificar esta problemática a tiempo, y llevar a cabo una intervención adecuada y eficaz, resulta indispensable para prevenir los actos delictivos, y en aquellos casos en que esta ya forma parte de la vida del joven, no perdure y se mantenga en la vida adulta, trayendo consigo mayores consecuencias.

A nivel mundial, sobre todo en países considerados como primermundistas o desarrollados, la intervención y el trabajo social con adolescentes infractores es de mucha importancia, y de muy buena calidad (Forero Vargas, 2013). Existen varios modelos de atención que pueden ser tomados en cuenta para la intervención y rehabilitación de esta población, siendo los más comunes los modelos psicológicos, sociales y pedagógicos.

El propósito final de la intervención en adolescentes infractores, independientemente del modelo utilizado, es lograr una rehabilitación real en ellos y que puedan adaptarse nuevamente a la sociedad. En la actualidad, además de los modelos de intervención comunes, varios países, instituciones y profesionales han propuesto que se aborde esta problemática desde un enfoque de salud mental

comunitaria.

El usar los modelos psicológicos, pedagógicos y sociales de atención conjuntamente a un enfoque de salud comunitario, puede favorecer que la rehabilitación sea en la mayoría de los casos exitosa, pues se abordaría esta problemática desde una perspectiva más amplia, que no se limite únicamente al adolescente y a su entorno cercano, sino, que involucre a la comunidad como un actor más.

Por ello es relevante que se empiece a tomar en cuenta no solamente los aspectos sociales, psicológicos y/o pedagógicos, que, aunque tienen importancia se los podría complementar con un accionar comunitario (Forero Vargas, 2013), para tener una rehabilitación que intervenga con los adolescentes infractores de manera más completa e integral, y que vea a la comunidad como una cualidad y aliado.

En Ecuador, y en una gran variedad de países Latinoamericanos, no es para nada rara la carencia de una buena rehabilitación y programa de intervención de adolescentes infractores (Forero Vargas, 2013). Para que esta situación cambie positivamente, es necesario que se tomen en cuenta los modelos de atención que valoren e implementen un accionar comunitario en su estructura y no se limiten únicamente a una atención psicológica y pedagógica enfocada exclusivamente al individuo y/o familiares. Es por este motivo que en la actualidad el enfoque de salud mental comunitario está empezando a ganar terreno entre los profesionales de la psicología y carreras afines, no solo en la intervención de los jóvenes infractores de la ley, sino, en un sinnúmero de problemáticas y poblaciones diversas, por sus características y cualidades beneficiosas para los objetivos que se propongan.

Por lo tanto, está claro que los programas de rehabilitación e intervención eficaces, que son capaces de lograr el objetivo de influir y modificar trayectorias delictivas, son programas con múltiples componentes y perspectivas diferenciales, entre ellas, la comunitaria, que se han desarrollado a partir de datos probados, en los planos científico y profesional.

Al hablar de un modelo de intervención comunitario, se hace referencia a un accionar que se caracteriza por una serie de elementos y aspectos beneficiosos para el trabajo con la población infractora. Los valores de la acción comunitaria se encuentran tanto en la capacidad de generación de cambios y mejoras sociales, como en las formas de trabajo e interacción humana que preconiza (Gomá, 2007). Y plantea estos cambios a partir de procesos de protagonismo colectivo, de ciudadanía activa con capacidad

relacional y constructiva.

Entre los principales aspectos que caracterizan a los modelos de intervención con un enfoque comunitario, se encuentra que:

- La acción comunitaria contribuye a superar la desconstrucción tradicional de los problemas desde lógicas sectoriales. Pues reconoce su carácter complejo y multidimensional.
- El enfoque comunitario cuenta con la capacidad de aplicar estrategias y proyectos de acción en múltiples dimensiones (sociales, educativos, residenciales, urbanísticos, culturales, económico, y laborales).
- Los procesos comunitarios se han de sostener en el tiempo, más allá de la aportación coyuntural de recursos extraordinarios. En este sentido, es básico partir de lo que ya existe y generar dinámicas y recursos bien asentados en las capacidades comunitarias de hacerlos sostenibles.
- Los procesos comunitarios incorporan una visión global, integral y articulada de los procesos de transformación y mejora necesarios. El abordaje concreto será flexible: desde una actuación integral o a través de un eje de transversalidad potente.

En base a lo desarrollado anteriormente, la realización de la presente investigación se justifica en su aporte, puesto que permitirá un mayor conocimiento del estado actual de las intervenciones en jóvenes infractores que se basen en un modelo o enfoque de salud mental comunitaria, mediante el análisis de investigaciones realizadas en Iberoamérica durante los últimos 20 años, con el fin de conocer el grado en que los distintos estudios y propuestas de intervención valoran su importancia en base, y describir de qué manera se aplica el accionar comunitario a la intervención de esta problemática en concreto.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las principales características del modelo de salud mental comunitario, que se encuentran presentes en las investigaciones sobre la intervención de adolescentes infractores de la ley, realizadas en Iberoamérica durante el periodo 2000-2021?

METODOLOGÍA

Para el presente estudio, se estableció como objetivo describir las principales características del modelo de salud mental comunitario, que se identificaron en aquellas investigaciones analizadas, que abordaron la intervención de adolescentes infractores, y se realizaron en Iberoamérica, durante el periodo 2010-2020. A partir de ello, se establecieron una serie de recomendaciones, que se espera, sean de utilidad para los futuros lectores.

Para cumplir con el objetivo del estudio, se realizó una revisión sistemática de literatura -RSL-, en la que se realizó una síntesis de las mejores evidencias obtenidas a partir de estudios primarios relacionados con la temática de interés. Esta corresponde a un enfoque cualitativo, y es una investigación de tipo secundaria.

El alcance de esta investigación fue meramente descriptivo, y se expusieron los resultados mediante lo que se define como meta-síntesis, ya que se pretendió localizar, en las investigaciones sobre intervención de jóvenes infractores revisadas, las principales cualidades y características, propias del modelo de salud comunitario, que fuesen abordadas en estas por los investigadores. Posterior a ello se describieron los resultados más relevantes que se encontraron, con el fin de exponer una síntesis de estos.

Para desarrollar la investigación se asumió la propuesta metodológica de la declaración PRISMA. La declaración PRISMA es una guía compuesta por 27 ítems o directrices cuyo propósito es mejorar la calidad de las revisiones sistemáticas y meta análisis (Urrútia & Bonfill, 2010).

De acuerdo con estos cometidos y con los planteamientos metodológicos sugeridos para el caso de esta RSL, se procedió con la formulación de una serie de pasos para dar respuesta al objetivo principal de esta investigación.

Inicialmente para la fase de revisión de unidades de información, la búsqueda se centró en artículos científicos contenidos en repositorios de universidades de Iberoamérica mediante la utilización de meta buscadores como Google Académico y en las siguientes bases de datos científicas: Scielo, Science Direct, BASE, y Dialnet. La cobertura temporal de la búsqueda comprendió los artículos publicados desde enero del 2000 hasta diciembre de 2021, además se seleccionaron como artículos potenciales, solo aquellos que fueron realizados en Iberoamérica. Es importante aclarar que la búsqueda fue realizada únicamente en idioma español, lo cual disminuyó considerablemente los resultados obtenidos.

Así, para las consultas realizadas, la búsqueda fue guiada por las siguientes palabras clave o descriptores: intervención, intervención psicológica, intervención psicosocial, Rehabilitación, adolescentes infractores, e intervención psicosocial. Dichos vocablos han sido utilizados combinados entre sí, mediante la preposición “de”. Esto dio un total de 8 posibles combinaciones.

En un primer momento, la búsqueda inicial arrojó un aproximado de +400 investigaciones, que contenían en sus títulos ambos términos, o similares.

Realizado lo anterior, se establecieron varios criterios de inclusión y exclusión. Así cada uno de los estudios que se tomaron en cuenta debía cumplir con lo siguiente:

- a) Los estudios abordan como temática principal la intervención de adolescentes infractores de la ley.
- b) Se realizaron en Iberoamérica, y se publicaron en idioma español.
- c) Se encuentran indexados en bases de datos reconocidas para el área, y de acceso gratuito.
- d) Se publicaron en el periodo 2000-2021.
- e) El estudio debe encontrarse finalizado y el documento que lo respalde debe estar completo.

Finalmente, se excluyeron todos aquellos trabajos que no cumplieran satisfactoriamente con los anteriores cinco puntos señalados o que fuesen ensayos de reflexión teórica en lugar de resultado de una investigación empírica de corte prospectivas o retrospectivas.

Así, se escogieron un total de 20 artículos que cumplieron con los criterios de inclusión y que satisficieron con los objetivos de la investigación. Entre los artículos revisados, se incluyeron tesis de grado, tesis de maestría, tesis doctorales y artículos de revistas científicas.

Para el análisis de las unidades de información se establecieron, primeramente, tres indicadores relacionados a las principales características del modelo comunitario de salud mental e intervención, los cuales se pretendieron identificar en las investigaciones revisadas, para su posterior descripción. Para ello, se tomaron en consideración los aspectos criterios: El origen de la iniciativa, el número y grado de la implicación de los agentes y el alcance de la acción.

Tabla 1 Tipología de acciones comunitarias, según Gómez Cabezas (2020)

Origen o proceso de surgimiento de la acción comunitaria	Acciones comunitarias impulsadas desde el tejido asociativo o vecinal , donde se pacta el papel que tendrán las instituciones y los servicios públicos.
Número y el grado de implicación de los diferentes agentes	Acciones comunitarias promovidas y desarrolladas por una red amplia de agentes con niveles elevados de implicación (servicios públicos de proximidad, ciudadanos y ciudadanas, movimiento asociativo, agentes económicos y comerciales...).
Alcance de la acción	Acciones comunitarias de abordaje global : se parte, por iniciativa ciudadana o institucional, de un análisis y visión global del territorio, de carácter multidimensional y multitemático.

Nota: En la tabla se describen cuatro componentes del sistema de intervención desde la perspectiva comunitaria, que fueron utilizado como variables para el análisis de los resultados de las investigaciones publicadas, según el objetivo propuesto en la investigación.

El análisis de los resultados obtenidos mediante la revisión de los artículos incluidos consistió en un primer momento analizar la presencia o ausencia de los indicadores establecidos, y posteriormente describir la evidencia encontrada en los estudios, para lograr sintetizar la información más relevante que se encontró.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO REALIZADO

Los resultados obtenidos en esta investigación deben ser analizados bajo ciertas limitaciones relevantes. Como principal limitación se encuentra el idioma, en tanto que, al momento de realizar la búsqueda, empleando las combinaciones de categorías propuestas, se evidenció que, al filtrar de acuerdo a los criterios de inclusión, entre ellos, el idioma español, los resultados obtenidos se

redujeron de manera significativa. Así mismo, con respecto a la región de Iberoamérica.

Por ende, no puede descartarse que haya una mayor cantidad de estudios que aborden la temática propuesta, y que se hayan realizado en otros idiomas, o que se encuentren indexados en otras bases de datos, por lo que se recomienda tomar en cuenta estas limitaciones para el desarrollo de futuros estudios que aborden esta temática.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

- El origen o proceso de surgimiento de la acción comunitaria.

En varias de las investigaciones revisadas, se identificó que, al abordar el origen de las acciones enfocadas a la intervención de adolescentes infractores de la ley, se consideró de suma importancia la presencia institucional y de los servicios públicos, y además se valoró su papel en la planificación, organización, e impulso de los programas y acciones enfocadas a la rehabilitación de esta población.

En la investigación realizada por Forero Vargas (2013), se hace referencia a la responsabilidad que el estado e instituciones pertenecientes tiene con este grupo de individuos. Este autor, señaló además la necesidad de que el estado sea quien origine e impulse las acciones comunitarias pertinentes, facilite y mejore las condiciones necesarias para lograr una intervención efectiva con los adolescentes infractores, y así evitar su reincidencia.

De acuerdo a lo anterior, se sostiene que urgen políticas públicas que engloben la intervención de los jóvenes infractores, mejorando sus condiciones de vida y prestando los recursos necesarios para originar e impulsar dicha intervención (Forero Vargas, 2013).

Por su parte, Zambrano et al. (2015) plantearon que la presencia institucional, mediante la articulación e integración de redes interinstitucionales con mejores grados de continuidad y complementariedad dirigida a la intervención de jóvenes infractores, ha logrado aumentar la eficacia de las intervenciones y evidencian mayores resultados. Por lo que la incorporación paulatina de la dimensión comunitaria a la rehabilitación de esta población, es sumamente favorable.

Dado esto, se puede añadir, que no es posible llevar a cabo la promoción y la ejecución de acciones comunitarias, enfocadas a la intervención de estos adolescentes, sin la presencia institucional, ya sea mediante el establecimiento de políticas públicas, o el aporte de los recursos necesarios, ya sean económicos o infraestructurales

(Galván Moya & Durán Palacio, 2019).

A su vez, Melendro et al. (2013) propone posibles dificultades, que se pueden presentar durante la intervención de adolescentes infractores desde un modelo comunitario y que están directamente relacionadas con la característica o indicador abordado en este apartado. Estas dificultades tienen que ver con la insuficiencia de redes de apoyo y promoción por parte del tejido institucional, lo que vuelve complicado que se originen iniciativas de intervención comunitarias.

En este contexto, Melendro et al. (2016) considera que para que una intervención pueda considerarse comunitaria, en parte resulta necesario una articulación de las políticas sociales enfocadas a la población de interés, que permita ir superando la fragmentación en la atención proporcionada y que responda a la complejidad de las situaciones abordadas.

Clueque (2019), destaca en su investigación, la importancia del uso de las redes institucionales, los servicios públicos, y otros organismos estatales al momento de llevar a cabo la intervención de los adolescentes infractores. La importancia de las redes y del tejido institucional, también es considerada por Zambrano et al. (2015), quienes ponen de relieve el uso y articulación de éstas para las atenciones especializadas, como el consumo problemático de drogas, el vandalismo, o demás infracciones de la ley.

Constanzo (2015), en su investigación, hace referencia a la importancia y necesidad de realizar un esfuerzo sostenido y deliberado de articulación de las redes focales, comunitarias e institucionales, y de integrar estratégicamente recursos, para favorecer y originar acciones comunitarias dirigidas a la intervención de los adolescentes infractores. Es decir, que la presencia institucional representa un pilar indispensable en el origen o surgimiento de la intervención desde un modelo comunitario, para varios de los autores analizados.

Respecto a las demás investigaciones revisadas, en estas los autores no tomaron en cuenta esta característica de la acción comunitaria al abordar la intervención de los adolescentes infractores, ya sea a nivel teórico, como práctico. No se consideró la presencia institucional ni de los servicios públicos, como una pieza clave y vital en el origen de la iniciativa de intervención, ni como parte del proceso de impulso de esta.

- El número y el grado de implicación de los diferentes agentes en la intervención.

En varias de las investigaciones revisadas, los autores concuerdan que, en la intervención de adolescentes infractores, se articula un trabajo de inserción entre distintas instituciones y contextos, que requiere, por consiguiente, la participación de una red amplia de agentes con niveles altos de implicación (Dionne y Zambrano, 2009; Moreira y Cantos, 2017; Tenenbaum, 2016).

En relación a lo anterior, Arevalo (2021) refiere la importancia de llevar a cabo acciones comunitarias promovidas y desarrolladas por agentes sociales, tales como el sistema educativo, el sistema judicial, la familia, y/o los ciudadanos en general, que se encuentren dirigidas a la intervención de adolescentes infractores. Más adelante en su investigación, el mismo autor refiere que el entorno familiar radica como agente indispensable para lograr resultados positivos, cambios o transformaciones en la población a intervenir, por lo que una intervención basada en el modelo comunitario, deberá abordar la problemática propuesta tomando en cuenta dicho agente.

Así mismo, Muñoz y Freixas (2017), abordan la intervención de los adolescentes infractores haciendo énfasis en la importancia que la incorporación y articulación de las principales instituciones especializadas (los sectores de justicia, capacitación, educación, salud), tiene en la rehabilitación de los jóvenes afectados, al ser los principales agentes institucionales.

Claramente se pudo observar, como en estas investigaciones, los autores han incluido y valorado esta característica/cualidad de la acción comunitaria al estudiar la intervención de los adolescentes infractores.

A niveles más prácticos, en el programa de intervención con menores infractores, propuesto por el Instituto Provincial de Bienestar Social de Córdoba en el año 2012, se encuentran presentes elementos definitorios del modelo comunitario, entre ellos, este programa refiere que se debe completar, coordinar e implementar la actuación individual con los demás agentes que están interviniendo con el menor, haciendo alusión a la importancia de contar con una red amplia de agentes que se encuentren implicados.

En la investigación realizada por Rodríguez (2012), este ve como una necesidad el empoderar a la comunidad, realizando acciones de carácter comunitario que impliquen y corresponsabilicen en la intervención de adolescentes infractores a agentes institucionales, tales como: el estado, la comunidad propiamente dicha, la familia, las instituciones educativas, las instituciones judiciales, etc., los cuales han sido también mencionados por otros autores en sus

investigaciones.

Es de relevancia, favorecer mecanismos que contribuyan a aumentar el nivel de implicación, y mejorar las respuestas de los distintos agentes institucionales (Zambrano, Muñoz, & Andrade, 2015), para contar con una red amplia de apoyo que promuevan acciones comunitarias para la intervención de los adolescentes infractores.

En este nivel, las propuestas de intervención deben orientarse con base en una lógica horizontal, de modo que favorezcan la integración entre los diversos agentes (Fleury, 2002), tal y como propone el modelo comunitario. En este sentido, las características de las instituciones, que se ponen de manifiesto en sus formas de vinculación con otras instituciones, con la comunidad y con las personas afectadas en general, que pueden impactar en las potencialidades de estas últimas de participar de forma activa en la configuración de estrategias para intervenir los problemas que abordan.

Para Gimeno & Nogueras (2013), es indispensable que se emplee metodología participativa, implicando a diferentes agentes, que forman parte de la intervención de los adolescentes infractores, y que se trabaje en base a acciones que aborden esta problemática desde un enfoque comunitario, para así adaptar de forma más eficaz y eficiente, las respuestas a las dificultades y necesidades de esta población. El sentido de este tipo de intervención es que se oriente a generar un anclaje de la comunidad con las instituciones y agentes que brinde oportunidades y recursos para la rehabilitación y desarrollo de jóvenes (Zambrano, Muñoz, & Andrade, 2015).

Por su parte, Jara (2010) menciona en su investigación, la utilidad de incluir agentes comunitarios en los procesos de intervención de los adolescentes infractores. Este refiere que los programas de intervención que sigan un modelo comunitario, deben apuntar a posicionar la existencia de personas que desde la comunidad sean significativas en el proceso de intervención.

Serán estos, “agentes comunitarios”, quienes desde su disposición y validación acompañen el proceso de responsabilización en las distintas instituciones y organizaciones comunitarias, generando en forma autónoma diferentes actividades que incorporen tanto a los adolescentes insertos en nuestro programa, como a todas aquellas personas que, voluntariamente, quieran participar de la actividad (Jara Fuentealba, 2010).

Tal y como refiere Zambrano, et al. (2015): se reconoce una triada de actores en la intervención psicosocial de los adolescentes infractores que va más allá del psicólogo/trabajador social –

adolescente, e incluye a los agentes comunitarios, como parte imprescindible de este proceso. Convocada en un mismo objetivo: hacer del servicio comunitario una actividad constituyente, significativa y generadora de nuevos espacios y figuras relacionales.

- El alcance de las transformaciones que se propone la intervención.

En la mayoría de las investigaciones revisadas, los autores hacen referencia a acciones o estrategias de intervención de adolescentes con un claro componente comunitario, que apunta principalmente a un abordaje global de la problemática, y al análisis de esta desde una visión y perspectiva multidimensional y multitemática.

La intervención debe apuntar a facilitar los medios para el fortalecimiento de los aspectos relacionados con la rehabilitación de los adolescentes infractores, no limitándose únicamente al trabajo individual con el menor, sino, generando también un proyecto con una visión multidimensional, promoviendo las áreas educacionales, laborales, económicas, familiares, y demás dimensiones de relevancia comunitaria, es decir, prosociales (Añaños-Brediñana y Fernández-Sánchez, 2013; Blasco y Almirall, 2012).

Blasco y Almirall (2012) coincidiendo con lo anterior, señalan que las estrategias o acciones con los adolescentes infractores deben dirigirse favorecer el acceso a servicios sociales —formativos, laborales, terapéuticos—. De esta manera, el proceso intervención adquiere un enfoque de carácter comunitario, apuntando a la capacidad de las entidades competentes y la comunidad misma, de aplicar estrategias y proyectos de acción en múltiples dimensiones (sociales, educativos, residenciales, urbanísticos, culturales, económico laborales...) desde procesos de autonomía y participación personal y asociativa. Es decir, implicación social con voluntad de actuar para transformar y mejorar. (Melendro et al., 2013; Moreira y Cantos, 2017).

En sintonía con lo anterior, y considerando esta complejidad y el carácter multidimensional y multitemático de la conducta transgresora-infractora en los adolescentes, Canales et al. (2005) plantean la necesidad de abordar esta problemática desde un enfoque integrado con carácter psicosocial y sobre todo comunitario que incorpore todas las áreas y agentes involucrados.

En segundo lugar, la acción comunitaria dirigida a la intervención de esta población, apunta a incluir en los programas diseñados, al contexto socio comunitario más próximo a la vida del

adolescente, constituido principalmente por los barrios en los que estos viven. Pues en ellos, pueden existir variables que actúan como protección o riesgo para la realización de conductas desadaptativas. Entre estas últimas destacan: la existencia de grupos de pares desadaptativos, la desorganización y fragilización comunitaria y cultural (Zambrano, Muñoz, & González, 2012).

Siguiendo esta línea de pensamiento, Montero (2005) refiere que la intervención desde un modelo comunitario involucra a un grupo más amplio que las redes focales donde se encuentra inmerso el adolescente, dado su carácter multidimensional, y global, a partir de la cual se favorece en las interacciones de los agentes que la componen.

Jaume Funes (2013) plantea la alta compatibilidad de los programas de intervención de adolescentes infractores, con los modelos de intervención social global propios del enfoque comunitario, y la utilidad que esto conlleva. Sobre todo, cuando se trata de abordar problemas cuya intervención debería ir más allá de la persona, al ser una situación directa e indirectamente relacionada con factores sociales, urbanos, educativos, etc., es decir, una situación de carácter multidimensional. Se trata de conseguir un esfuerzo conjunto que involucre a la escuela, las entidades culturales, la sanidad, la atención social, los servicios de juventud, y demás agentes institucionales (Jaume Funes, 2000).

CONCLUSIONES

1. En base a la presente Revisión Sistemática de Literatura (RSL), se concluye que la intervención de adolescentes y jóvenes infractores desde el enfoque o modelo de acción descrito (comunitario), propicia un abordaje global y de carácter multidimensional, contextual y temático, y valora a la comunidad como una cualidad, la cual aporta en gran medida con agentes y recursos relevantes para lograr una intervención eficaz, distinto a otras metodologías que se sustentan en acciones más individualizadas y limitadas en relación a los actores implicados.
2. De este modo, un programa que intervenga con adolescentes infractores de ley debe ser originado e impulsado desde el tejido institucional, en donde las instituciones y los servicios públicos tengan un papel relevante, además, debe ser capaz de identificar, caracterizar y gestionar de forma estratégica los recursos presentes en la comunidad.
3. Varios de los autores cuyas investigaciones y programas de

intervención fueron revisadas, consideran al adolescente infractor dentro de un contexto y de una comunidad, que se constituye en un marco de referencia para el adolescente, actuando este como un factor de riesgo o de protección en los diversos casos. Es por ello que se incorpora el modelo comunitario en las propuestas de plan de intervención como un motor de transformación y cambio, más inclusivo, global y multidimensional.

4. Es por ello por lo que la implementación de los programas de intervención psicosocial para adolescentes infractores de la ley no debe poseer solo un carácter clínico-terapéutico, sino que constituyen programas con un fuerte componente de reinserción social, trabajo en red, intervención psicosocial, comunitaria y familiar.
5. En este sentido, el rol de la Psicología Comunitaria permite incluir en las intervenciones, acciones que van más allá de las explicaciones y abordajes centradas solo en las características personales y familiares de los adolescentes. Como se analiza a lo largo de esta investigación, hay una sociedad-comunidad, que desde esta mirada o enfoque no puede ser excluida del proceso intervenido. Por último, resulta imprescindible incluir en el proceso de recuperación a aquellos agentes comunitarios relevantes, significativos y capaces de asumir un acompañamiento posterior al cumplimiento del servicio.

RECOMENDACIONES

- Es importante generar un análisis de las realidades y contextos en los que viven los adolescentes infractores, a fin de crear estrategias comunitarias que aumenten la eficacia de los programas actuales de intervención.
- Es necesario que se desarrollen políticas acordes a las necesidades socioeconómicas, familiares, educativas, judiciales, y demás dimensiones involucradas en esta problemática, que permitan la rehabilitación de los adolescentes infractores.
- También, se torna necesario realizar una revisión y evaluación a los programas de intervención y tratamiento a adolescentes infractores presentes en el país, dado que es importante analizar las prácticas llevadas a cabo en la intervención, desde una perspectiva global y un marco multidimensional y multitemático.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcón, P., Vinet, E., & Salvo, S. (2005). Estilos de Personalidad y Desadaptación Social Durante la adolescencia. *Revista Psykhe*, 3-16.
2. Añaños-Brediñana, F., & Fernández-Sánchez, M. (2013). Aproximación a los contextos en prisión. Una perspectiva socioeducativa. *Revista Interuniversitaria*, 13-28.
3. Arévalo Contreras, M. (2021). Intervención socioeducativa con adolescentes infractores: orientaciones estratégicas, ámbitos de aplicación y dificultades. Una revisión exploratoria-descriptiva de literatura. *Universidad Iberoamericana.*, 1-44.
4. Blasco, C., & Almirall, J. (2012). Acción socioeducativa con familias en el ámbito de la justicia juvenil desde el medio abierto. *RES Revista de Educación Social*, 1-12.
5. Collueque, D. (2019). Un enfoque socioeducativo desde el trabajo social en adolescentes infractores a la ley penal. *Margen*, 1-17.
6. Dionne, J., & Zambrano, A. (2008). Intervención con jóvenes infractores de ley. En el desafío de la intervención psicosocial en Chile: Aportes desde la psicoeducación. *Santiago-Chile*.
7. Forero Vargas, J. T. (2013). *INCIDENCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL EN LA APLICABILIDAD DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PSICO-SOCIO-PEDAGÓGICOS EN EL CENTRO DE ADOLESCENTES INFRACTORES DEL CANTÓN AMBATO.* . Ambato, Ecuador.: Universidad Técnica de Ambato.
8. Galván Moya, A., & Durán Palacio, N. (2019). Adolescentes infractores y promoción de acciones prosociales: una tarea pendiente. *El Ágora USB*, 583-595.
9. Gimeno, R., & Nogueras, A. (2013). Programa de soporte a la prevención de la delincuencia juvenil y a la mediación comunitaria. Cataluña, España.: Departamento de Justicia Dirección General de Ejecución Penal en la Comunidad y Justicia Juvenil.
10. Gomá, R. (2007). La acción comunitaria: transformación social y construcción de ciudadanía. *Revista de Educación Social*.
11. Instituto Provincial de Bienestar Social. (2012). Programa de Intervención con Adolescentes y Familias. Córdoba:

- Gerencia Provincial Unidad de Drogas y Adicciones.
12. Jacques, D., & Zambrano, A. (2009). Intervención con adolescentes infractores de ley. *El Observador*.
 13. Jara Fuentealba, I. (2010). Inclusión participativa: perfilando un modelo de intervención comunitaria con adolescentes infractores de ley. *El Observador*, 105-117.
 14. Jaume Funes, C. (2000). Delincuencia juvenil, justicia e intervención comunitaria. Madrid-España.
 15. Melandro, M., de Juanas, A., & Rodriguez, A. (2016). Déficits en la intervención socioeducativa con familias de adolescentes en riesgo de exclusión. *Revista Bordón. Sociedad Española de Pedagogía*, 123-138.
 16. Montero, M. (2005). Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos. Buenos Aires: Paidós.
 17. Moreira, T., & Cantos, J. (2013). Efectividad de las medidas socioeducativas impuestas por la Administración de Justicia Juvenil en la reintegración social de adolescentes infractores: Una revisión crítica. *International Annals of Criminology*, 133-155.
 18. Tenenbaum, G. (2016). Infracción y desistimiento: Influencias familiares en los adolescentes en conflicto con la ley de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 195-221.
 19. Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemática y metaanálisis. *Rev. Medicina Clínica*, 507-511.
 20. Zambrano, A., & Pérez Luco, R. (2004). Construcción de identidad en jóvenes infractores de ley, una mirada desde la Psicología Cultural. *Revista de Psicología Universidad de Chile*, 115-132.
 21. Zambrano, A., Muñoz, J., & Andrade, C. (2015). El desafío de incorporar las redes institucionales y comunitarias en la intervención con adolescentes infractores: una investigación-acción en tres regiones del sur de Chile. *Universitas Psychologica*, 1371-1386.
 22. Zambrano, A., Muñoz, J., & González, M. (2012). Variables psicosociales del entorno comunitario asociadas a procesos de desadaptación social en adolescentes: reflexiones a partir de un estudio de caso. *Universitas Psychologica*, 1135-1145.

IMPACTO DEL COVID-19 EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN DE LA UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ (2020-2021).

Reyna Moreira Vicente Ignacio
Salazar Guerra Yusel Iraklys

RESUMEN

Introducción: El mundo vive una situación excepcional por el avance de la pandemia producida por el Covid-19, situación que ha producido grandes cambios en el estilo de vida de los individuos. En este nuevo contexto, caracterizado por una total alteración de la rutina socio-familiar y el enfrentamiento a una enfermedad con altos niveles de contagio, se hace necesario profundizar sobre sus efectos psicológicos en la población.

Objetivo: Identificar las principales alteraciones psicológicas en una muestra de estudiantes, docentes y personal administrativo de la ULEAM, producidas por la pandemia actual.

Método: Para ello, el enfoque utilizado fue cuantitativo, y el tipo de investigación realizada fue descriptiva y no experimental. Se optó por diseñar y utilizar un instrumento que permitió identificar aquellas alteraciones presentadas por los sujetos que conformaron la muestra, en las áreas principales que componen su esfera psicológica

Resultados: Los resultados de la presente investigación evidencian que, la presencia de alteraciones y afectaciones, a nivel cognitivo, emocional, y conductual, es un factor común, en una cantidad considerable de los participantes. Estos concuerdan con lo expuesto por la literatura sobre el tema disponible, y se asemejan a lo concluido por otras investigaciones.

Conclusiones: Los problemas cognoscitivos, afectivos y conductuales se identificaron en una gran parte de la muestra estudiada. La mayoría de los participantes refirieron manifestar estos problemas “a veces”, y con menos frecuencia “siempre”, mientras que un bajo número respondió que “nunca”, salvo en el consumo de sustancias

Palabras Claves: Salud mental, impacto psicológico, pandemia, alteraciones mentales.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en enero de 2020,

declaró el brote de un nuevo padecimiento, al cual denominó: la enfermedad por COVID-19. Desde entonces fue identificada como una emergencia de salud pública, debido al elevado riesgo de contagio, y su fuerte impacto a la salud. En marzo de 2020, dicha organización decidió identificar al COVID-19 como una pandemia, es decir, una problemática de alcance mundial (World Health Organization, 2020).

La pandemia por COVID19 ha generado una crisis global sin precedentes, que más allá de la repercusión sanitaria, y la fuerte amenaza a su salud que enfrenta la humanidad, está cambiando la manera en que funciona el mundo, y, por tanto, el funcionamiento de las personas.

La declaratoria de emergencia sanitaria emitida desde hace más de un año por casi todos los países del mundo, como medida de contención frente a esta nueva enfermedad, ha impuesto una “nueva normalidad”, caracterizada por: el aislamiento de personas tanto sanas como infectadas y de aquellas con quienes han tenido contacto, la limitada movilidad de los individuos, el distanciamiento social, la puesta en pausa de un sin número de actividades cotidianas como el ir al gimnasio, asistir a clases, trabajar, y la prohibición de realizar ciertas actividades de ocio y entretenimiento como ir al cine, a restaurantes o bares.

Esta situación inesperada, se ha convertido en una fuente generadora de estrés y preocupación, la cual afectó y sigue afectando a la salud mental de gran parte de la población, sobre todo, de aquellas personas que se definen como vulnerables, como es el caso de la población infanto-juvenil, los adultos mayores, las mujeres en situación de desvalimiento, personas con limitados recursos económicos, aquellos que perdieron personas importantes, entre otros. Afectaciones que, de no ser identificadas a tiempo, e intervenidas de manera eficaz, pueden llegar a producir secuelas psíquicas en estos sujetos, tanto a corto, como mediano y largo plazo.

Tal como mencionan Godoy & Paz García (2021), el período de confinamiento social, y de cuarentena que experimento la población mundial es un ejemplo relevante de biopolítica y de la incidencia de una amenaza biológica en las distintas esferas que constituyen a los sujetos, entre ellas, la psicológica.

La situación de encierro produjo una serie de alteraciones en la vida cotidiana y lógicamente en el psiquismo de los miembros de unos o varios grupos sociales, sobre todo, de aquellos en situación de riesgo y vulnerabilidad. Alteraciones, cuyas secuelas y consecuencias, han representado una seria dificultad al momento

de querer incorporarse al nuevo estilo de vida que ha impuesto la sociedad post-covid.

La pandemia indudablemente ha cambiado la vida de muchas personas y en particular, sus costumbres diarias. Ha traído: incertidumbre, rutinas diarias alteradas, presiones económicas, aislamiento, y temor a enfermarse (Equipo Editorial, 2020). Esta situación se agrava ante el desconocimiento de cuánto tiempo durará la pandemia, y qué puede traer el futuro.

A medida que la pandemia del coronavirus se extiende rápidamente por todo el mundo, provoca un grado considerable de miedo y preocupación, ya sea por el confinamiento impuesto por las autoridades y lo que esto implica, o por la amenaza que conlleva una enfermedad, con tal índice de mortalidad (World Health Organization, 2020).

A su vez, el exceso de información y los rumores infundados que circulan a diario por las redes, pueden hacer que las personas se sientan sin control y que no tengan claro qué hacer. Lo que genera en los individuos más susceptibles: estrés, ansiedad, depresión, miedo, tristeza, y soledad, por lo que aumenta la posibilidad de que empeoren los trastornos de salud mental previos, o surjan en aquellas personas que se encontraban “sanas”, generando un impacto significativo en la calidad de vida de los individuos (Hernández Rodríguez, 2020).

Además, se ha evidenciado que el confinamiento prolongado y el desempleo aumentan el riesgo de un mayor consumo de alcohol y otras sustancias, maltrato de pareja, discusiones familiares, maltrato infantil y abuso sexual dentro del hogar (Wang & et al. , 2020).

A su vez, debido a la alerta sanitaria, muchos profesionales de la salud mental no han podido continuar con sus intervenciones. La falta de acceso a los servicios de salud mental puede agravar algunos síntomas en el adulto, como depresión o consumo de drogas, que acaban repercutiendo de forma negativa en el niño, llegando incluso a producirse situaciones de maltrato o negligencia en los casos más (Espada, Orgilés, Piqueras, & Morales, 2020).

Las razones antes expuestas agudizan la necesidad de profundizar en el estudio de la salud mental, de la población general que por más de un año se ha visto expuesta al estrés y demás reacciones emocionales, cognitivas y conductuales producidas por la pandemia del COVID-19.

No existe un número significativo estudios concluyentes sobre el impacto que la situación de confinamiento provoca en la población tanto adulta como infantojuvenil, puesto que se trata de una

situación sin precedentes y reciente. La mayoría de los estudios realizados en otros países se centran en la evolución del virus y en las características de los pacientes infectados (Wang & et al. , 2020).

Además de lo anterior, los escasos estudios publicados hasta la fecha sobre la repercusión que tiene la emergencia sanitaria, en la salud mental de la población, han sido llevados a cabo en otras regiones y contextos, por lo que, el estudiar dicho fenómeno y su impacto en la salud mental, en una población y entorno más próximo, representa una oportunidad, al ser un campo investigativo novedoso y sin explorar, del cual se puede obtener información de utilidad.

En los últimos meses, debió al avance de la vacunación, y el mayor control que los distintos gobiernos han logrado sobre la pandemia, la reactivación progresiva en distintos ámbitos, entre ellos el educativo, se ha visto sujeto a especial interés, pues cada vez más, se habla del regreso a la presencialidad, y al menos a nivel universitario, las clases semi-presenciales, ya son una realidad, aunque sujetas a ciertas condiciones y protocolos.

Esto implica el retorno a las aulas de un número considerable de estudiantes, docentes y trabajadores que conforman las comunidades universitarias, en un periodo de tiempo cada vez más próximo, por lo que, resulta necesario prestar especial atención al estado de salud mental de dicha población, y a los efectos (alteraciones y afectaciones) que la pandemia ha tenido sobre ella, pues esta se verá nuevamente expuesta a situaciones, actividades y entornos de su vida antes del Covid-19, y a nuevos retos que pueden resultar difíciles de superar si su estado psicológico no es el más adecuado.

Entonces, ¿Cuáles son las principales afectaciones psicológicas en la población universitaria frente al covid-19?

Con el objetivo de responder a estos interrogantes, se diseñó el presente estudio, encaminado a obtener evidencias empíricas sobre las principales afectaciones psicológicas de una muestra de estudiantes, docentes y trabajadores de la comunidad universitaria de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, en Manta, Ecuador, surgidas a raíz de la pandemia por Covid-19. Todo ello, en función de contar con los elementos necesarios que permitan conocer el estado de salud mental de la población objetivo.

METODOLOGÍA

1. Metodología

El propósito de esta investigación fue conocer el impacto en la

salud mental ocasionado por la pandemia del COVID-19, por lo que se definió como objetivo principal el identificar las principales alteraciones psicológicas de los participantes, que surgieron raíz de la pandemia, Para ello, el enfoque utilizado fue cuantitativo, y el tipo de investigación realizada fue descriptiva y no experimental.

La información que se presenta en el presente trabajo se tomó de manera transversal de una muestra delimitada previamente, mediante la utilización de un instrumento determinado que satisfaga las necesidades del estudio.

2. Participantes

El tipo de muestreo utilizado fue aleatorio simple. El estudio fue realizado entre junio de 2021 y noviembre del mismo año, en la ciudad de Manta, Ecuador, con la participación de 687 sujetos que conforman una muestra representativa de la población administrativa, docente y estudiantil (50-28-609 respectivamente) total de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí. Sus edades y sexos no se consideraron relevantes para el objetivo del estudio.

Todos los participantes firmaron consentimiento informado de colaboración en la investigación, supervisado por el Comité de Ética de la institución.

3. Técnica

Para la obtención de los datos de interés, se aplicó una encuesta original, mediante la cual se accedió a información relevante de un subconjunto de la población, que sirvió de parámetro para el estudio del fenómeno descrito.

4. Instrumento

De acuerdo con el objetivo del proyecto de vinculación, se optó por diseñar y utilizar un instrumento que permitió identificar aquellas alteraciones presentadas por los sujetos que conformaron la muestra, en las áreas principales que componen su esfera psicológica. Consta de 12 preguntas, y están clasificadas en 3 áreas cognoscitiva, afectiva y conductual. Para comenzar a realizar el cuestionario se tuvo que aprobar el consentimiento informado, donde se dio a conocer que los datos serán tratados cumpliendo con los códigos éticos y a los valores específicos que priman en la disciplina de un psicólogo comunitario.

La identificación de estas variables será de utilidad al momento de diseñar planes de acción y prevención con el fin de mejorar la calidad de vida de los individuos y aumentar su bienestar durante esta crisis sanitaria.

Para el desarrollo del cuestionario se realizó una revisión de la literatura científica relacionada con el impacto psicológico, emocional, conductual y físico, del aislamiento y crisis vitales producidas por el covid-19, en los limitados estudios previos que se realizaron en población adulta.

5. Procedimiento

Se aplicó la encuesta a la totalidad de la muestra en un periodo de cuatro semanas. La duración de esta fase de la investigación se extendió debido a las limitaciones propias de la situación sanitaria, y las dificultades al momento de acceder al personal administrativo, y docente debido a su carga laboral y a los estudiantes por el escaso tiempo que se encuentran en las instalaciones a causa de la modalidad semipresencial que rigió en la institución.

6. Análisis de resultados

El análisis de los datos se llevó a cabo mediante la utilización de tablas de frecuencia. Los datos se presentaron en cifras y porcentajes.

El análisis descriptivo consideró la media, desviación estándar, y rango, con el objetivo de describir las respuestas brindadas por los participantes en relación a las alteraciones sufridas en su salud mental.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se agruparon de acuerdo a las 3 áreas de interés (cognoscitiva, afectiva y conductual) evaluadas.

Para representar los hallazgos principales se incluirán tablas, en donde se detallaron los datos estadísticos más relevantes.

Es importante aclarar que los porcentajes y total referido en el análisis de resultados y distribución de frecuencias corresponde a las respuestas obtenidas en cada uno de los ítems incluidos en las encuestas, mas no al total de la muestra, puesto que en ciertos casos puede ser menor a esta debido a que los participantes en ciertos indicadores se abstuvieron a responder.

1. Análisis de problemas cognoscitivos reportados por los participantes

a) Muestra estudiantil (Tabla No.1):

En relación a los problemas cognoscitivos reportados por los entrevistados se puede apreciar que 499 estudiantes, que

representan el 82.35% del total de respuestas obtenidas, respondieron que “a veces” han identificado problemas de concentración, mientras que solo 9 (1,48%) reportó nunca haberlos sentido. Así mismo, 98 estudiante, que representan el 16.17% de la muestra total, respondieron que “siempre” presentan problemas de concentración a raíz del inicio de la pandemia.

Con respecto a las alteraciones de la memoria, la mayoría de los estudiantes, 372 estudiantes (75%) refirió que solo a veces presentan este tipo de problemas, 84 (16,94%) que nunca, y solo 40 (8%) reportó manifestarlos siempre.

Los resultados obtenidos sobre las alteraciones de pensamiento refieren que 222 (59,39%) estudiantes manifiestan solamente “a veces” alteraciones relacionadas con el pensamiento, 101 (27%) “nunca”, y solo 51 (13.64%) “siempre”.

Finalmente, sobre la presencia de conflictos personales, se obtuvo un índice muy bajo de respuesta, con solo 50 en comparación al total de la muestra estudiantil (609). De los 50 estudiantes que respondieron a este ítem, 33 (66%) estudiantes indicaron que “siempre” presentan problemas personales, 14 (28%) “a veces”, y solo 3 (6%) que “nunca”.

TABLA 1. Distribución de la frecuencia de problemas cognoscitivos reportados por los estudiantes encuestados.

VARIABLES	GRUPOS DE ESTUDIO						TOTAL
	ESTUDIANTES						
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Problemas de concentración	9	1.48%	499	82.35%	98	16.17%	606
Problema de memoria	84	16.94%	372	75%	40	8%	496
Pensamiento	101	27%	222	59.39%	51	13.64%	374
Problema de conflictos personales	3	6%	14	28%	33	66%	50

b) Muestra Docente (Tabla No.2):

En cuanto al grupo de docentes, se identificó que 20 profesores (71,43%) refirieron “a veces” tener problemas de concentración, mientras que 4 profesores (14,29%) refirieron presentar “nunca” alteraciones en su concentración y la misma cantidad refirió presentarlos “siempre”.

Con respecto a los problemas de memoria, la mayor parte de los

profesores encuestados: 20 (67,86%) refirieron que solo “a veces” presentan este tipo de problemas, 7 profesores (25%) que “nunca”, y solo 2 de estos (8%) reportó manifestarlos “siempre”.

Correspondiente a la variable del pensamiento, la mayoría de los profesores, 13 (46,43%), refirieron “nunca” haberlos manifestado, mientras que 11 (39,29%) refirieron que “a veces”, y solo 4 (14,29%) “siempre”.

En relación a los conflictos personal, 22 docentes (78,56%) definieron su presencia con un “a veces”, en comparación al 3,57% (1 docente) que respondió “nunca”. Solo 5 de los encuestados (17,8%) refirieron que “siempre” presentan conflictos personales.

TABLA 2. Distribución de la frecuencia de problemas cognoscitivos reportados por los docentes encuestados.

VARIABLES	GRUPOS DE ESTUDIO						TOTAL
	DOCENTES						
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Problemas de concentración	4	14.29%	20	71.43%	4	14.29%	28
Problema de memoria	7	25%	19	67.86%	2	7.14%	28
Pensamiento	13	46.43%	11	39.29%	4	14.29%	28
Problema de conflictos personales	1	3.57%	22	78.56%	5	17.86%	28

c) Muestra Administrativa (Tabla No.3):

En el grupo de Administrativos, se observó que 40 administrativos, que representan el 81.63% de la muestra total, respondieron que “a veces” han tenido problemas de concentración, mientras que 6 (12,24%) respondieron “nunca” y 3 (6,12%) “siempre”.

38 de los participantes correspondientes a este grupo (69,17%), indicaron que “a veces” presentan problemas de memoria, 7 (14,58%) “nunca” los han sufrido, y 3 de ellos (6,25%) refieren que “siempre”.

De los resultados obtenidos sobre las alteraciones de pensamiento, 26 participantes que conforman el personal administrativo, que representa el 53,06% refieren que “nunca” las han presentado, mientras que 20 (40,82%) “a veces” las han presentado y solo 3 (6,12%) las presentan “siempre”.

Por último, 37 individuos del personal administrativo (75,51%) señalaron en la encuesta que “a veces” presentan problemas personales, en comparación a esto, 7 (14,29%) respondieron que “siempre”, mientras que solo 5 (10,20%) respondieron que “nunca”.

TABLA 3. Distribución de la frecuencia de problemas cognoscitivos reportados por los docentes encuestados.

VARIABLES	GRUPOS DE ESTUDIO						TOTAL
	ESTUDIANTES						
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Problemas de concentración	6	12.24%	40	81.63%	3	6.12%	49
Problema de memoria	7	14.58%	38	69.17%	3	6.25%	48
Pensamiento	26	53.06%	20	40.82%	3	6.12%	49
Problema de conflictos personales	5	10.20%	37	75.51%	7	14.29%	49

2. Análisis de problemas afectivos reportados por los participantes

a) Muestra estudiantil (Tabla No.4):

En relación a los problemas afectivos reportados por los participantes que conformaron el grupo de estudiantes, se puede apreciar que la mayor parte de los estudiantes, con un total de 408 encuestados (67,5%) refirió “a veces” la presencia de sentimientos de tristeza, mientras que 185 (30,6%) contestó que “siempre”, y solo 11 (1,82) refirieron que “nunca” los manifiesta.

Respecto a la presencia de sentimientos de soledad, 361 estudiantes (59,8%) refirieron que “a veces” los manifiestan, 161 estudiantes (26,6%) que “siempre”, y 81 estudiantes (13,4%) que “nunca”.

De 601 estudiantes que contestaron la pregunta sobre el tercer ítem que corresponde a miedo a enfermarse o morir, 317 estudiantes o el 52,7% respondieron que “a veces” presentan estos pensamientos, 149 estudiantes (24,7%) respondieron “siempre” y 135 estudiantes (10,70) que “nunca”. No existe una diferencia notable entre estos dos indicadores.

Finalmente, en relación a la presencia de ansiedad por la

incertidumbre que conlleva la actual pandemia, solo 317 contestaron este ítem. Del total de respuestas obtenidas, 227 que corresponde al 71,6% refirieron que “a veces” manifiestan dicha ansiedad 56 estudiantes (17,60%) contestaron que “siempre” la manifiestan y solo 34 estudiantes (10,70) contestaron “nunca” haberla manifestado.

TABLA 4. Distribución de la frecuencia de problemas afectivos reportados por los estudiantes encuestados.

VARIABLES	GRUPO DE ESTUDIO						TOTAL
	ESTUDIANTES						
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Sentimiento de tristeza	11	1.82%	408	67.5%	185	30.6%	604
Sentimiento de soledad	81	13.4%	361	59.8%	161	26.6%	603
Miedo a enfermar o morir	135	22.4%	317	52.7%	149	24.7%	601
Ansiedad por la incertidumbre	34	10.7%	227	71.6%	56	17.6%	317

b) Muestra docente (Tabla No.5):

En cuanto al grupo de docentes, se identificó que 25 docentes, que representan el 89.2% de la muestra, respondieron que “a veces” han presenciado sentimiento de tristeza. 2 docentes, que representan el 7,1% de la muestra, respondieron que “siempre” sienten tristeza y solo 1 (3,5%) respondió que “nunca” ha sentido tristeza desde que inicio la pandemia.

Con respecto a los sentimientos de soledad, 15 docentes que corresponde al 53,50% de la muestra, respondieron que “a veces” se han sentido solos, 7 docentes (25%) respondieron que “nunca” han presentado sentimientos de soledad, y 6 docentes que corresponde al 21,5% respondieron que “siempre” se sienten solos.

De la muestra de docentes encuestados, 19 de estos, que representa el 67,8%, respondieron que “a veces” manifiestan miedo a enfermar o a morir, 8 docentes refirieron que manifiestan dicho miedo “siempre”, y solo 1 de los docentes encuestados respondió que “nunca” ha presentado este tipo de miedo.

Por último, en relación a la ansiedad por la incertidumbre que causa la presente pandemia, solo 19 docentes respondieron este ítem. Del total de respuestas obtenidas, 14 docentes, que corresponde al 73,6% de esta muestra valida, respondieron que “a veces” manifiestan ansiedad por incertidumbre, y 5 docentes (26,3%) respondieron que “siempre”. Ninguno de los docentes que respondieron este ítem, refirió que “nunca” han manifestado esta ansiedad.

TABLA 5. Distribución de la frecuencia de problemas afectivos reportados por los docentes encuestados.

VARIABLES	GRUPO DE ESTUDIO						TOTAL
	DOCENTES						
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Sentimiento de tristeza	1	3.5%	25	89.2%	2	7.1%	28
Sentimiento de soledad	7	25%	15	53.5%	6	21.4%	28
Miedo a enfermarse o morir	1	3.5%	19	67.8%	8	28.5%	28
Ansiedad por la incertidumbre	0	0	14	73.6%	5	26.3%	19

c) Muestra de administrativos (Tabla No.6):

En el grupo de Administrativos, se observó que 44 administrativos, que representan el 89.7% de la muestra total, respondieron que “a veces” han tenido sentimientos de tristeza, y el resto del personal administrativo que respondió, es decir, 5 que representa el 10,2% de esta muestra, respondieron que “siempre” tienen sentimientos de tristeza. Ninguno de los participantes refirió “nunca” haber presentado sentimientos de tristeza.

En relación al sentimiento de soledad, 30 administrativos que corresponde al 61,2% respondieron que “a veces” se sienten solos, y solo 4 administrativos respondieron que “siempre”. Al contrario, 15 administrativos (30,6%) refirieron que “nunca” se han sentido así.

Con respecto al miedo a enfermarse o morir, 34 administrativos que representan al 69,3% del total de la muestra, respondieron que “a veces” manifiestan miedo a enfermarse o morir, y solo 8 administrativos (16,32%) respondieron que “siempre”, mientras

que 7 administrativos que corresponde al 14,20% respondieron que “nunca”.

Finalmente, sobre la ansiedad por incertidumbre, 28 administrativos (84,80%) respondieron que “a veces” manifiestan esta ansiedad, mientras que 5 administrativos que corresponden al 15,10% de la muestra que respondió a este ítem, refirieron que “siempre” presentan este tipo de ansiedad.

TABLA 6. Distribución de la frecuencia de problemas afectivos reportados por el personal administrativo encuestado.

VARIABLES	GRUPO DE ESTUDIO						
	ADMINISTRATIVOS						TOTAL
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Sentimiento de tristeza	0	0%	44	89.7%	5	10.2%	49
Sentimiento de soledad	15	30.6%	30	61.2%	4	8.16%	49
Miedo a enfermar o morir	7	14.2%	34	69.3%	8	16.32%	49
Ansiedad por la incertidumbre	0	0%	28	84.8%	5	15.1%	33

3. Análisis de problemas conductuales reportados por los participantes

a) Muestra estudiantil (Tabla No.7):

En relación a las afectaciones conductuales reportadas por los estudiantes encuestados, se puede apreciar que 350 estudiantes, que representa el 57,47% de las respuestas obtenidas, refirieron que “a veces” se exponen a tareas o actividades riesgosas desde que empezó la pandemia. A su vez, 151 estudiantes (24,79%) contestaron que “nunca” se han expuesto a este tipo de tarea-actividad. Por último, solo 108 (17,73%) de los estudiantes encuestados contestaron “siempre”.

Respecto a cambios en el comportamiento reportados por los encuestados, 409 estudiantes, que representan el 67.49% de la muestra total, respondieron que “a veces” han identificado cambios en su comportamiento, en comparación a antes de la pandemia. Así mismo, 126 estudiante, que representan el 20.79% de la muestra

total, respondieron que “siempre” han manifestado que estos cambios en su comportamiento ocurren “siempre” desde que inicio la pandemia. Solo 67 estudiantes (11,05) encuestados respondieron que “nunca” han manifestados dichos cambios desde que inicio la pandemia.

Sobre el consumo de sustancias, 394 estudiantes que corresponde al 65,01% reportaron “nunca” haber consumido sustancias durante el desarrollo de la pandemia por Covid-19, mientras que 163 estudiantes (26,89%) respondieron que “a veces” con respecto a dicho consumo, y solo 49 (8,08%) respondieron que “siempre” consumen.

Por último, con respecto al cambio en la forma de relacionarse con otras personas, 354 estudiantes (58,60%) contestaron que solo han visto estos cambios “a veces”, mientras que 175 estudiantes que corresponden al 28,97% refirieron “nunca” haberlos manifestado. Finalmente, solo 75 estudiantes (12,40%) contestaron con un “siempre” a dicho ítem.

TABLA 7. Distribución de la frecuencia de problemas conductuales reportados por los estudiantes encuestados.

VARIABLES	GRUPO DE ESTUDIO						TOTAL
	ESTUDIANTES						
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Exponerse a tareas de riesgos	151	24.79%	350	57.47%	108	17.73%	609
Cambios en su comportamiento	67	11.05%	409	67.49%	126	20.79%	602
Consumo de sustancias	394	65.01%	163	26.89%	49	8.08%	609
Cambio al relacionarse con otras personas.	175	28.97%	354	58.60%	75	12.41%	604

b) Muestra docente (Tabla No.8):

En cuanto al grupo de docentes, se identificó que 16 de los profesores encuestados, que corresponde al 57,14%, contestaron que “a veces” se exponen a tareas o actividades riesgosas, 8 profesores (28,57) contestaron que “nunca” lo han hecho, mientras que solo 4 profesores (14,29%) refirieron que “siempre” lo hacen.

Con respecto a los cambios en el propio comportamiento, la mayor parte de los profesores encuestados, que es igual a 21 profesores o el 75% de la muestra, refirieron que solo “a veces”

presentan estos cambios, 4 profesores (14,28%) contestaron que “siempre”, y solo 3 profesores (8%) refirieron que “nunca” los han presentado.

En relación al consumo de sustancias, 18 profesores que corresponden a un 64,28% del total de esta muestra, respondieron que “nunca” han consumido sustancias como respuesta a la pandemia, 7 profesores (25%) refirieron que solo “a veces” consumen, y únicamente 3 docentes (10,71%) contestaron que “siempre” lo hacen.

Por último, con respecto al cambio en la forma de relacionarse con otras personas, 17 docentes (60,71%) refirieron que solo “a veces” han manifestados estos cambios, mientras que 10 profesores (35,71%) contestaron que “nunca”, y únicamente 1 profesor (3,57%) refirió que “siempre”.

TABLA 8. Distribución de la frecuencia de problemas conductuales reportados por los docentes encuestados.

VARIABLES	GRUPO DE ESTUDIO						TOTAL
	DOCENTES						
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Exponerse a tareas de riesgos	8	28.57%	16	57.14%	4	14.28%	28
Cambios en su comportamiento	3	10.71%	21	75%	4	14.28%	28
Consumo de sustancias	18	64,28%	7	25%	3	10,71%	28
Cambio al relacionarse con otras personas.	10	35,71%	17	60,71%	1	3,57%	28

c) Muestra de administrativos (Tabla No.9):

En el grupo de Administrativos, se observó que 27 trabajadores (55,10%) se exponen “a veces” a tareas o actividades de riesgo, 18 trabajadores que corresponde al 36,70% refirieron que “nunca” lo han hecho, y solo 4 (8,16%) contestaron que “siempre” lo hacen.

Respecto a los cambios en el comportamiento reportados por los encuestados, 35 participantes, que representa un 55,10% de la muestra, refirieron que estos cambios solo ocurren exponen “a veces”, 9 participantes del personal administrativo (18,36%) no refirieron cambios en su comportamiento, y únicamente 4

encuestados (8,16%) refirieron la presencia de cambios en su comportamiento con una frecuencia de “siempre”.

Sobre el consumo de sustancias, la gran parte de los participantes, que representan el 67,34% de la muestra o un total de 33 encuestados, respondieron “nunca” haber consumido sustancias como efecto de la pandemia. Por su parte, 14 participantes (28,57%) contestaron que “a veces” lo hacen y solo 2 (2,57%)

En relación a la presencia de cambios en la manera de relacionarse con otras personas, 27 del total de participantes, que representan el 55,10% de estos, no refirieron un cambio en sus relaciones con otras personas, mientras que 21 encuestados del personal administrativo (42,85%) respondieron que “a veces” han manifestado un cambio al relacionarse con otras personas. Por último, solo 1 participante del personal administrativo (2,04%) contestó que “siempre” observa y manifiesta dichos cambios.

TABLA 9. Distribución de la frecuencia de problemas conductuales reportados por el personal administrativo encuestado.

VARIABLES	GRUPO DE ESTUDIO						TOTAL
	ADMINISTRATIVOS						
	NUNCA		A VECES		SIEMPRE		
	No.	%	No.	%	No.	%	
Exponerse a tareas de riesgos	18	36,73%	27	55,10%	4	8,16%	49
Cambios en su comportamiento	9	18,36%	35	71%	4	8,16%	48
Consumo de sustancias	33	67,34%	14	28,57%	2	4,08%	49
Cambio al relacionarse con otras personas.	27	55,10%	21	42,85%	1	2,04%	49

DISCUSIÓN

Este estudio tuvo como objetivos identificar las principales afectaciones y alteraciones en la salud mental de una muestra de estudiantes, docentes y personal administrativo de la universidad laica Eloy Alfaro de Manabí, surgidas durante la pandemia por Covid-19, que comenzó en marzo 2020. Además, para este estudio, se tuvieron en cuenta variables cognitivas, emocionales, y

conductuales.

Las evidencias obtenidas sobre las alteraciones y afectaciones en la salud mental de las participantes, producidas como consecuencia de la pandemia por covid-19, se describen ampliamente en el apartado de resultados.

Los resultados de la presente investigación evidencian que, la presencia de alteraciones y afectaciones, a nivel cognitivo, emocional, y conductual, es un factor común, en una cantidad considerable de los participantes. Estos concuerdan con lo expuesto por la literatura sobre el tema disponible, y guardan similitud con los resultados expuestos por otros autores en sus investigaciones, en las que, de igual manera, se estudió la influencia de la pandemia en la salud mental de distintas poblaciones y contextos.

Al igual que en este estudio, en el Programa de Promoción de la Salud Mental, elaborado por Madrid Salud en junio del 2020, se clasificó el impacto psicológico de la pandemia en problemas del comportamiento, pensamiento (cognoscitivo) y emociones (afectividad), las cuales serían una reacción aguda a la situación traumática, y representan un problema, ya que pueden persistir y cronificarse más allá de este periodo agudo.

Por otra parte, los resultados obtenidos guardan similitud con lo expuesto en investigaciones como la llevada a cabo por Ribot Reyes & et, al. (2020), la cual se realizó a los pocos meses de iniciar la pandemia, y ya se infería el considerable impacto emocional-psicológico de la pandemia en los individuos. En esta investigación, los autores refirieron posibles alteraciones y problemáticas como: ansiedad por incertidumbre, sentimientos de tristeza, consumo de sustancias, alteraciones en la dimensión cognoscitiva, y cambios en las relaciones sociales. Estos autores concluyeron en que la pandemia tendría un fuerte impacto en la salud mental de las personas, y aumentaría el riesgo de aparición de patologías mentales y alteraciones emocionales, cognoscitivas y emocionales, como las descritas anteriormente.

Los resultados de este estudio indicaron un elevado porcentaje de participantes que manifestaron alteraciones mentales, en las tres áreas evaluadas, a raíz de la pandemia por covid-19. La mayoría de los estudiantes, docentes y personal administrativo, respondieron que estas afectaciones las presentan “a veces” y “siempre”. Mientras que un número más bajo, refirió que “nunca” han presentado las diversas problemáticas. Esta situación fue distinta al analizar los resultados relacionados al consumo de sustancias, indicador correspondiente al apartado de los problemas comportamentales, pues los resultados obtenidos refirieron que la mayor cantidad de

participantes “nunca” consumió sustancias como respuesta a la pandemia por Covid-19.

De forma específica, en relación a las alteraciones afectivas-emocionales, se evaluó la presencia de sentimientos de tristeza, sentimientos de soledad, miedo a enfermar o morir y ansiedad por la incertidumbre propia del contexto actual de la pandemia.

Los sentimientos de tristeza fueron la afectación con mayor predominancia en la muestra de estudiantes, en los que 408 (67,5%) refirieron manifestar dichos sentimientos “a veces”, y 185 (30,6%) los manifiestan “siempre”, únicamente 11 (1,82%) de los encuestados, respondieron que “nunca” se han sentido tristes. La ansiedad por la incertidumbre, fue el indicador con el menor número de respuestas positivas del total recibidas, puesto que solo 227 estudiantes (71,6%) respondieron “a veces”, y 56 (17,60%) “siempre, mientras que 34 participantes (10, 70) contestaron que “nunca” y el resto de la muestra obvio este ítem por distintas razones.

Respecto a los docentes, el sentimiento de tristeza y el miedo a enfermar o morir, fueron las alteraciones afectivas-emocionales con mayor predominancia respecto a las respuestas positivas. En relación a los sentimientos de tristeza, 25 docentes (89,20%) respondieron que los presentan “a veces”, y 2 (7,10%) que los presentan “siempre”, solamente 1 docente refirió “nunca” haber presentado sentimientos de tristeza. Sobre el miedo a enfermar o morir, 19 profesores (67,80%) respondieron que “a veces” los presentan y 8 docentes (28,50%) respondieron que “siempre”, mientras que al igual que el ítem anterior, solo 1 refirió que “nunca”. La ansiedad por la incertidumbre, fue la alteración con menor presencia en los docentes, pues solo 14 (73,6%) refirieron sufrirla “a veces” y 5 (26,30%) refirieron que “siempre”, de ahí, el resto de participantes no contestaron dicho ítem.

En el personal administrativo el sentimiento de tristeza fue nuevamente la alteración afectiva con mayor presencia entre los participantes. Del total de la muestra del personal administrativo de la ULEAM, 44 (89,70%) refirieron que “a veces” se sienten tristes, y 5 (10,20) respondieron que “siempre lo hacen”. Ninguno de los participantes contestó que “nunca”. A su vez, la ansiedad por la incertidumbre que provoca la pandemia, fue el ítem menos respondido, y con menos respuestas positivas obtenidas. 28 participantes del personal administrativo (84,80%) refirieron que “a veces” presentan este tipo de ansiedad, y 5 (15,10%) que “siempre” lo hacen.

En cuanto a las afectaciones cognoscitivas reportadas por los

participantes, se evaluó la presencia de problemas de concentración, problemas de memoria, problemas a nivel de pensamiento, y problemas relacionados con conflictos personales.

En el grupo de estudiantes, los problemas de concentración fueron aquellos con mayor presencia entre los participantes. 499 estudiantes (82,35%) refirieron que “a veces” tienen problemas para concentrarse y 98 (16,17%) refirieron manifestar dicho problema “siempre”, mientras que solo 9 estudiantes (1,48%) del total de la muestra, respondieron que “nunca” han presentado problemas o dificultades para concentrarse. Al contrario, los problemas relacionados a conflictos personales, fue el ítem con menor número de respuestas obtenidas, puesto que solo 50 estudiantes decidieron contestar la pregunta relacionada a este apartado, y además, fue la alteración con menor presencia en los participantes, pues únicamente 33 estudiantes (66%) refirieron que “siempre” los tienen y 14 estudiantes (28%) refirieron que “a veces”, mientras que solo 3 estudiantes respondieron que “nunca”.

En el grupo de los docentes, los problemas referentes a conflictos personales fueron aquellos con el mayor número de respuestas positivas. Del total de docentes encuestados, 22 (78,56%) refirieron este tipo de problemas “a veces”, mientras que 5 (17,86%) respondieron que “siempre” los tienen. Únicamente 1 docente refirió “nunca” haberlos presentado. Al contrario, en esta muestra de la población universitaria encuestada, los problemas a nivel del pensamiento fueron los menos frecuentes, pues solo 11 (39,29%) docentes refirieron manifestarlos “a veces” y 4 (14,29%) respondieron que presentan alteraciones en el pensamiento “siempre”, mientras que 13 docentes (46,43%) contestaron que “nunca” han sufrido de problemas a nivel de pensamiento durante el desarrollo de la pandemia.

En cuanto a los resultados obtenidos con la muestra que corresponde al personal administrativo, al igual que en la muestra de docentes, los problemas relacionados con conflictos personales, fue el tipo de alteración cognoscitiva con mayor presencia entre los participantes. 37 trabajadores (75,51%) refirieron que “a veces” han manifestado este tipo de problemática, y 7 participantes del personal administrativo (14,29%) indicaron que siempre los presentan, mientras que 5 de estos (10,20%) respondieron que “nunca” los han manifestado. A sí mismo, los problemas al nivel de pensamiento fueron las alteraciones menos recurrentes en esta muestra. 20 encuestados del personal administrativo (40,82%) indicaron que “a veces” presentan problemas del pensamiento, mientras que solo 3 (6,12%) señalaron que “siempre” los tienen. Al

contrario, 26 participantes (53,06%) refirieron que “nunca” los han presentado.

En relación a los problemas y alteraciones conductuales, se consideró como items a evaluar, el exponerse a tareas de riesgo, la presencia de cambios en el comportamiento habitual, el consumo de sustancias, y cambios en la manera de relacionarse con otras personas.

Entre los estudiantes, el mayor número de participantes manifestaron cambios negativos al relacionarse con otras personas. 354 estudiantes (58,60%) respondieron que “a veces” perciben cambios al relacionarse con los demás, mientras que 75 estudiantes (12,41%) refirieron que “siempre”, y 175 (28,97%) respondieron que “nunca” los han manifestado. El consumo de sustancias fue la problemática menos frecuente entre los estudiantes, únicamente 163 (26,89%) refirieron que “a veces” consumen y 49 (8,08%) refirieron que “siempre lo hacen”, al contrario, un total de 394 estudiantes (65,01%) respondieron que “nunca” han consumido sustancias a raíz de la pandemia.

En el grupo de docentes, los cambios en el comportamiento fueron el problema que se reportó en un mayor porcentaje de la muestra. 21 docentes (75%) refirieron que “a veces” presentan cambios en su comportamiento habitual, y 4 (14,28%) los refirieron “siempre”, únicamente 3 docentes (10,71%) respondieron que “nunca” han presentado estos cambios. Al igual que en la población de estudiantes, los docentes presentaron un consumo de sustancias bajo. Del total de docentes participantes, solo 7 docentes (25%) refirieron que “a veces” consumen y 3 (10,70%) refirieron que “siempre” lo hacen, al contrario 18 docentes (64,28%) respondieron que “nunca”.

Por último, en el grupo correspondiente al personal administrativo, los cambios en su comportamiento, fue la problemática conductual con mayor presencia en dicha muestra. 35 trabajadores (71%) respondieron que solo manifiestan estos cambios “a veces”, y 4 (8,16%) refirieron que “siempre”, mientras que solamente 9 individuos del personal administrativo refirieron “nunca” haberlos manifestado. Igual que en los dos grupos de participantes anteriores, el consumo de sustancias fue aquella alteración de la salud mental con menos presencia entre el personal administrativo. 33 participantes de este grupo (67,34%) refirieron “nunca” haber consumido sustancias a raíz de la pandemia, mientras que solo 14 (28,75%) respondieron que “a veces” y únicamente 2 (4,08%) respondieron que “siempre” lo hacen.

Entre las limitaciones y dificultades encontradas durante el

desarrollo de la presente investigación, se destaca el difícil acceso a la población estudiantil de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, debido a las limitadas clases presenciales que se derivan en una escasa presencia y concurrencia de estudiantes en las distintas facultades. Además, el tiempo actual que lleva la pandemia por Covid-19 no ha sido el suficiente para valorar sus repercusiones a largo plazo, por lo que los resultados obtenidos deben analizarse tomando en cuenta este aspecto, y se propone realizar estudios longitudinales que analicen la evolución de las problemáticas identificadas en este estudio.

Los resultados obtenidos son en base al estudio de una población y muestra determinada, en un contexto específico, por lo que su generalización debe realizarse con cuidado.

CONCLUSIONES

1. Los problemas cognoscitivos, afectivos y conductuales se identificaron en una gran parte de la muestra estudiada. La mayoría de los participantes refirieron manifestar estos problemas “a veces”, y con menos frecuencia “siempre”, mientras que un bajo número respondió que “nunca”, salvo en el consumo de sustancias, en donde la mayor parte de la muestra refirió “nunca” haber consumido sustancias a raíz de la pandemia por Covid-19.
2. En base a los resultados, se puede confirmar el impacto de la pandemia, y los cambios que esta ha implicado en la vida de los individuos, a la salud mental de estos. El covid-19 no solo ha tenido repercusiones a nivel físico, si no, que ha causado diversas problemáticas a nivel psicológico, cuyas repercusiones a largo plazo y consecuencias aún no han podido investigarse debido al corto tiempo que lleva la pandemia.
3. El presente estudio se consideró necesario debido a la escasa información disponible sobre cómo puede afectar la situación de la pandemia por COVID-19 a la población universitaria de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, previo al regreso progresivo a clases presenciales que se tiene programado en los meses venideros.
4. Debido a la identificación de las variables relacionadas con el impacto cognoscitivo, afectivo y conductual, como la presencia de ansiedad por incertidumbre, conductas de riesgo, sentimientos de tristeza, problemas del pensamiento y de la memoria, temor a la muerte o a enfermarse, entre otras

problemáticas identificadas en la muestra estudiada, futuros estudios pueden explorar con mayor profundidad y evaluar los efectos de dichas variables a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Equipo Editorial. (2020). Covid-19 y tu salud mental. Obtenido de EEUU: Mayo Clinic: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/coronavirus/in-depth/mental-health-covid-19/art-20482731>
2. Espada, J. P., Orgilés, M., Piqueras, J. A., & Morales, A. (2020). Las buenas prácticas en la atención psicológica infanto-juvenil ante el COVID-19. *Clínica y Salud*.
3. Godoy, J., & Paz García, P. (2021). *Salud mental, pandemia y políticas públicas*. Córdoba: IIPSI - Instituto de Investigaciones Psicológicas.
4. Hernández Rodríguez, J. (2020). Impacto de la Covid-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 578-594.
5. Madrid Salud. (2020). El impacto emocional de la pandemia. Madrid: Programa de Promoción de la Salud Mental.
6. Ribot Reyes, V. d., Chang Paredes, N., & González Castillo, A. L. (2020). Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*.
7. Wang, G., & et al. . (2020). Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak. *Lancet*, 945-947.
8. World Health Organization. (18 de Marzo de 2020). Mental Health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. Obtenido de Geneva: WHO: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y AFECTACIONES A LA SALUD MENTAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TRIBUTARIOS DE HEMODIÁLISIS.

Betsy Sonia Rodríguez Véliz.
Justo Reinaldo Fabelo
Eric Dionicio Fermín Chusino Alarcón

RESUMEN

Introducción: La adherencia terapéutica es un constructo que refleja como el comportamiento de un paciente coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud. Los pacientes diagnosticados de insuficiencia renal crónica van a experimentar una serie de cambios bruscos en su vida debidos a la propia enfermedad y al tratamiento, lo que determina dificultades para su adaptación y estados emocionales negativos.

Objetivo: Identificar las particularidades de la adherencia terapéutica y sus afectaciones a la salud mental en pacientes con insuficiencia renal crónica desde un enfoque comunitario.

Métodos: Se efectuó revisión sistemática de literatura sobre artículos científicos: 2016 - 2021; obtenidos de repositorios digitales Dialnet, Scielo, PubMed, Redalyc y Web of Science; con buscadores de literatura científica: Google Scholar y Biblioteca Cochrane a través de los tres operadores booleanos básicos: AND, OR y NOT.

Desarrollo: Se identificaron 35 artículos publicados entre los años 2016 a 2021. Pudiéndose constatar descripciones de pacientes con IRC con nivel de adherencia media con tendencia a presentar dificultad para desarrollar conductas saludables, estudios no registran planteamientos con enfoque comunitario, ni alternativas que contribuyan a la restauración de la salud mental.

Conclusiones: Las particularidades de la adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica, se relacionan fundamentalmente con la complejidad de las acciones terapéuticas establecidas en el tratamiento de hemodiálisis; identificándose como afectación a la salud mental: la ansiedad y depresión. Desde la perspectiva comunitaria en esta problemática se evidencia que ha sido poco estudiada, por lo que se sugiere realizar estudios de prevención y promoción en salud.

Palabras clave: adherencia terapéutica, afectaciones a la salud mental, hemodiálisis, insuficiencia renal crónica.

INTRODUCCIÓN

La adherencia terapéutica determina en gran medida la supervivencia de los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC), lo que se pone de manifiesto con gran relevancia durante el tratamiento de hemodiálisis pues se considera como la vía para prevenir complicaciones de la enfermedad y la progresiva disminución de la calidad de vida (Matos, 2019).

Para referirse al estado de salud mental en pacientes con enfermedad renal crónica, según Hiriart (2018) “se utiliza dicha noción para aludir a un estado o condición del individuo, a un campo -conceptual y práctico- dentro de la salud pública, a una serie de afecciones psiquiátricas y problemas psicosociales.” A partir de ello, Ruiz & Sánchez (2016), indicaron que “los pacientes diagnosticados de IRC van a experimentar una serie de cambios bruscos en su vida debidos a la propia enfermedad y al tratamiento, llegando en algunos casos, a padecer trastornos ansioso-depresivos”, en cambio, Moreno (2017) señala que “la ansiedad suele ser la respuesta emocional normal en las primeras etapas de adaptación a la hemodiálisis, además de estar relacionada con el tratamiento, también lo está con la incertidumbre respecto al futuro”.

La principal afectación de la adherencia terapéutica en el paciente con IRC que involucra el contexto comunitario es el apoyo social dentro del área de intervención; por ello, es importante considerar la participación del trabajo social comunitario, puesto que se ha ido desarrollando y con ello fueron apareciendo un conjunto de modelos para afrontar los problemas sociales, tanto en su dimensión individual-familiar como colectiva. Aunque han variado las teorías de referencia y surgen nuevas estrategias de intervención, todos persiguen como fin, el mejoramiento del ser humano como miembro de la sociedad (Alonso, 2018).

Durante el tratamiento de hemodiálisis, dichos pacientes presentan una amplia variabilidad de síntomas no específicos, en general de carácter fluctuante, que comprometen de forma significativa su bienestar general. Con frecuencia en estos casos no es posible determinar una causa orgánica y a menudo no responden adecuadamente a los tratamientos prescritos, generando así el fallo en la adherencia (Rebollo, et al, 2016), (Alvarez, et, al, 2016).

Rudniki (2016), considera que los factores emocionales son tan importantes que pueden agravar o causar mayores dificultades en el proceso de la IRC. Pueden ir desde la no aceptación de la enfermedad y del tratamiento hasta el desarrollo de otros síntomas

y enfermedades. Hiricare, et al (2018) estiman que la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes renales es de 55,91% para el caso de depresión y de 46,72% la de ansiedad. Por su parte, Moreno, et al (2017) identificaron presencia de depresión mayor en el 25% de pacientes con falla renal.

Se considera como otro factor la colaboración del paciente considerado como un usuario activo que coopera con el equipo de salud, lo que se distingue del mero cumplimiento de las prescripciones médicas que se refiere exclusivamente a la toma del medicamento indicado. Por lo contrario, se considera como no-adherencia a “la falla en el cumplimiento de las instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida” (Silva & Correa, 2015). Esto puede manifestarse de distintas formas como omisión en la toma y abandono del tratamiento, (Martín, 2016). La información es muy importante en cuanto a la valoración del fallo en la adherencia terapéutica, lo cual generan afectaciones a la salud mental con repercusión de comportamiento en el paciente tanto durante su tratamiento de hemodiálisis como en sus hogares, actividades laborales y contexto social en forma general.

El presente trabajo investigativo consiste en una revisión sistemática de literatura, referente a la adherencia terapéutica y afectación a la salud mental de pacientes IRC tributarios en hemodiálisis. Su objetivo fundamental fue identificar las particularidades de la adherencia terapéutica y su afectación a la salud mental del paciente con IRC. Para ello se valoraron publicaciones que abordan dicha problemática desde un enfoque comunitario, cuyo aporte científico dan realce a este estudio, por lo que es viable su ejecución.

METODOLOGÍA

Se efectuó una Revisión Sistemática de Literatura en fuentes de datos digitales. Se revisaron documentos procedentes de los repositorios como Dialnet, Scielo, PubMed, Redalyc y Web of Science. Los buscadores de literatura científica empleados fueron Google Scholar y Biblioteca Cochrane. Se incluyeron reportes de investigaciones que contenían casos controlados aleatorizados, revisiones sistemáticas y narrativas de la literatura. Se aplicaron las palabras claves con buscadores booleanos: “adherencia terapéutica en pacientes con insuficiencia renal crónica” AND/OR “salud mental”. La búsqueda efectuada responde a la pregunta: ¿Cuáles son las particularidades de la adherencia terapéutica y su afectación a la salud mental de los pacientes con insuficiencia renal crónica

que tributan en hemodiálisis?

La información recolectada, corresponden a estudios observacionales (no experimentales), retrospectivos, analíticos, cuantitativos y de revisión sistemática, con las siguientes características generales:

Nivel: Descriptivo.

Con un Diseño: Observacional.

Corte: Longitudinal (periodo 2016 al 2021).

Perspectiva del estudio: Retrospectivo.

Técnica del estudio aplicada: Revisión sistemática de literatura.

Unidad de Análisis: fueron artículos científicos.

Descriptor: en idiomas inglés, español, y portugués.

Operadores booleanos: para la búsqueda de la información se utilizó los tres operadores básicos: AND, OR y NOT.

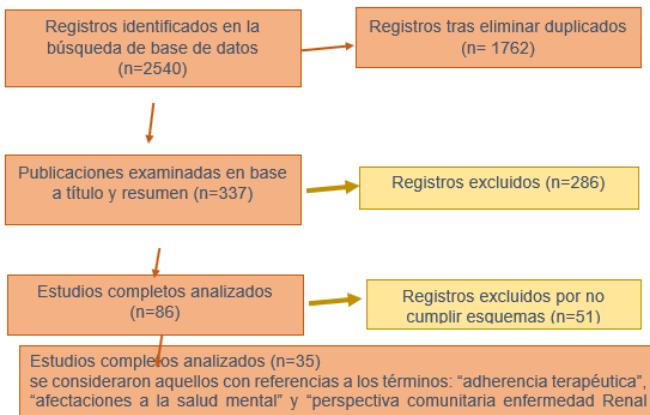
Criterio de Inclusión:

Artículos publicados durante los años 2016 al 2021 referidos a pacientes entre los 16 a 80 años de edad que abordaran el tema de adherencia terapéutica y salud mental en pacientes IRC tributarios a hemodiálisis.

Criterio de exclusión:

Artículos sobre adherencia terapéutica y salud mental en pacientes con otras enfermedades crónicas no transmisibles en los que coincida IRC tributaria a hemodiálisis

Fig. 1 Diagrama de flujo de resultados de la inclusión de estudios



Fuente: investigaciones, artículos, tesis, documentos.

A partir de ello, se logró integrar y sintetizar la información relacionada con el tema de investigación y se explicaron datos sobre conceptos, variables y contextos específicos. Los términos de búsqueda que se utilizaron fueron: “pacientes con insuficiencia renal crónica” y se precisaron entre los hallazgos aquellos con referencias a los términos: “adherencia terapéutica”, “afectaciones a la salud mental”. También, se realizó la identificación de estudios para completar la bibliografía de artículos seleccionados de libros de resúmenes de congresos y se buscó páginas web para identificar posibles investigaciones que no hayan sido publicados en las revistas médicas. Finalmente se organizó la información pertinente y se valoró la temática estudiada sobre las particularidades de la adherencia como un problema prevalente y relevante dentro del campo de la salud, que afecta directamente al paciente en lo personal, familiar y social, así como, al personal de la salud que labora en los centros de diálisis.

DESARROLLO

Se identificaron 35 artículos publicados entre los años 2016 a 2021, cuya información es pertinente porque están direccionadas a las variables de estudio, dieciséis correspondieron a estudios transversales, siete estudios de cohortes prospectivos, cuatro analíticos, cuatro cuantitativos y tres de revisión sistemática. Fueron desarrollados tanto a nivel asistencial como hospitalarios y en ellos se encontraron definiciones, factores, aspectos metodológicos y niveles de publicaciones sobre adherencia terapéutica y salud mental de los pacientes con IRC.

La mayoría de las investigaciones definen a la adherencia terapéutica como la persistencia del individuo en ejecutar, conservar las conductas de salud deseables, es el resultado de la participación activa y el consenso; en el cual, el individuo muestra comportamientos y ocupaciones consistentes para el beneficio de su propia salud, en donde influirá la interacción entre el paciente como en el profesional de la salud (Chipana Castro, 2018), (OMS, 2019).

Cerda (2018) identifica cinco dimensiones que influyen sobre la adherencia terapéutica:

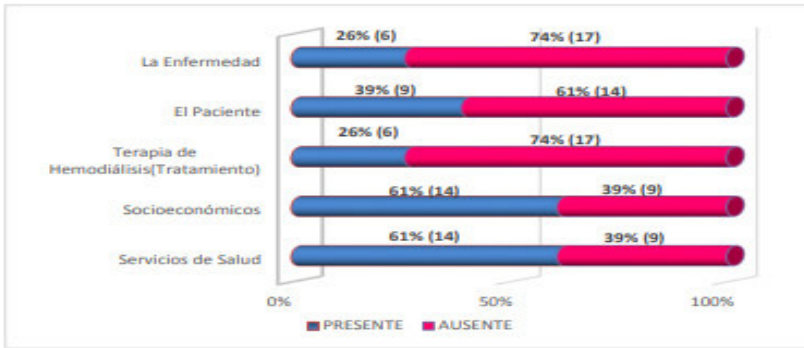
1. Factores socioeconómicos: Entre ellos se encuentra la pobreza, la entrada a la atención de salud y medicamentos, el analfabetismo, la provisión de redes de apoyo social y mecanismos para la prestación de servicios de salud.

2. Factores relacionados con el tratamiento: Son bastantes los componentes involucrados con el procedimiento terapéutico que influyen sobre la adhesión; los más importantes se vinculan con la dificultad del sistema doctor, la duración del procedimiento, los fracasos terapéuticos anteriores y los cambios constantes en el procedimiento.
3. Factores relacionados con el paciente: Resaltan la falta de recursos, temas religiosos, nivel escolar, falta de percepción en la mejora de la enfermedad, confianza en el médico, deseo de control, autoeficacia y salud mental.
4. Factores relacionados con la enfermedad: Ciertos determinantes de la cohesión terapéutica son los involucrados con la gravedad de los indicios, el nivel de discapacidad (física, psicológica y social), la rapidez de progresión y la disponibilidad de tratamientos efectivos.
5. Factores relacionados con el sistema o el equipo de asistencia sanitaria: Los factores relacionados con el sistema sanitario tienen efectos negativos en la adherencia terapéutica; por ejemplo: centros de salud con infraestructura inadecuada y recursos deficientes, personal de salud poco remunerado y con carga de trabajo desmesurada que conducen a consultas breves y carentes de calidad.

En la mayor parte de los trabajos revisados se considera también como factores determinantes para la adherencia terapéutica la relación óptima entre el paciente y el profesional de salud. Se subraya que a partir de ello se logra una mayor implicación del paciente en el tratamiento; ya que al existir confianza y buen trato entre ambos es posible que el paciente consiga expresar sus temores, inquietudes, problemas en relación con la terapia y el avance de la enfermedad. Es necesario que el médico interactúe con el paciente y de esta manera lograr un ambiente agradable de modo que el tratamiento represente algo positivo y se pueda llevar de la mejor manera (Flores, 2018).

Por otra parte, también se revisó un estudio que esta direccionado a identificar los factores que intervienen en la adherencia terapéutica en pacientes en tratamiento de hemodiálisis, el cual, se basó en una muestra de 35 pacientes en edades de 38 a 85 años entre hombres y mujeres. Aplicaron una encuesta con un formulario en tres partes, cuyo análisis y validez estadística la hicieron por la prueba ítem-test de correlación de Pearson. Ver Gráfico.1

Gráfico 1. Factores que intervienen en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRCT sometidos a hemodiálisis que asisten al centro de diálisis Vida Renal – SJM 2014. Lima: Perú, 2017



Fuente: SJM (2014), Instrumento aplicado en encuesta pacientes con IRC Vida Renal 2017. Investigadora: Ps. Cl. Betsy Rodríguez V.

En el análisis de la relación a los factores que intervinieron en la adherencia al tratamiento en los pacientes con IRC (Gráfico, No.1) se encontraron los relacionados con los servicios de salud y los socioeconómicos, así como también el factor de incumplimiento durante la terapia de hemodiálisis, esto a consecuencia de la impuntualidad repetitiva y por presentar un sobre peso mayor a 2.5 kg entre cada terapia, esto perjudicó la adherencia terapéutica durante el tratamiento, en el factor socio económico se registra que los pacientes con IRC cuentan con el recurso necesario para su traslado, alimentación, y demás necesidades de salud, el 39% corresponden a los factores que no están en condiciones de cumplir con todos los requerimientos.

En lo referente a los servicios de salud ellos reciben información sobre los beneficios de los medicamentos asociados a las terapias de hemodiálisis recetado por el médico, cuando existe algún problema de inasistencia el personal de salud les orienta con explicaciones adecuadas para su mejor comprensión y a sus familiares, y el 39% corresponde a la dimensión de factores que están ausentes generando el menor porcentaje en esta dimensión.

A pesar de que existen estudios estandarizados metodológicamente sobre adherencia en pacientes con IRC, los resultados publicados en los diferentes artículos no son totalmente semejantes. En algunos casos unos están direccionados

directamente a la adherencia; unos al incumplimiento terapéutico, otros al análisis de la adherencia, así como, a factores de la adherencia; por lo que se observa una diferenciación en el empleo de poblaciones para la estandarización.

En el artículo que hace referencia a la valoración de la adherencia terapéutica en una unidad de hemodiálisis, aplicaron el cuestionario SMAQ validado sobre adherencia terapéutica, a una población de 64 pacientes, el 60.9% hombres y 39.1% mujeres; edad media $66,56 \pm 15$ años y tiempo mediano en diálisis 32.5 (RIQ 15-81) meses. El 62.5% de los pacientes eran cumplidores con el tratamiento. En cuanto a la valoración de la adherencia concluyeron que el 47,4 % de los pacientes que refería aceptar el tratamiento, el 51,9% eran incumplidores. Del grupo de 52,6 % los que decían no aceptar su tratamiento el 80% eran incumplidores.

En el estudio de evaluación al paciente con IRC donde aplicaron el test sobre pensamiento automático y adherencia terapéutica al tratamiento con una muestra de 89 personas: hombres (54) y mujeres (35), en edades comprendidas entre 60 a 91 años y más, en sus resultados se registró que el pensamiento automatizado predominó el 57% en ese grupo predominó la falacia de recompensa divina, la falacia de razón, la sobre generalización, falacia de cambio y filtraje, la falacia de justicia y culpabilidad, personalización, razonamiento emocional. En cambio, en relación a la adherencia se pudo verificar que la media más baja encontrada correspondió al ítem “Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento”, lo que expresa la poca importancia que prestaron a su salud los pacientes cuando percibieron su deterioro

Al evaluar a los pacientes con IRC a partir de la Escala de Adherencia terapéutica basada en comportamientos explícitos, se determinó que el 57% de los pacientes, presentan un nivel de adherencia medio, es decir, dicha población presenta mayor dificultad, en el mantenimiento de conductas saludables y cambios en el estilo de vida, generando bajas expectativas sobre el control de su enfermedad y por ende disminuye su dimensión de autoeficacia.

En cuanto a la afectación del estado emocional de las personas con insuficiencia renal crónica, en este trabajo investigativo aplicaron varios instrumentos de evaluación: la escala auto aplicada de depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), el Cuestionario EE-D (herramienta para la evaluación del estado emocional en pacientes renales en diálisis). Entre sus resultados se evidenció el predominio del sexo masculino con un 64.70%; quienes en la valoración del test de Zung se pudo identificar que tenían una alta prevalencia de depresión en 109 pacientes (93,97 %).

Concluyeron que en este grupo de pacientes predominó la depresión leve y moderada, (Diaz, 2021). También indicaron que los pacientes con IRC presentan problemas psicológicos que generalmente pasan inadvertidos por el personal que los atiende; por lo que la mayoría terminan somatizando y esto trae como consecuencia la afectación de la “calidad de vida, y de esto depende, en cierta forma su bienestar, la adhesión y la respuesta al tratamiento de hemodiálisis”.

Según Matos et al (2019) en su estudio de adherencia terapéutica en pacientes con IRC en tratamiento de hemodiálisis mediante la encuesta aplicada “MBG”. Este cuestionario está estructurado en tres secciones (A- recoge datos generales; B- es el cuestionario MBG; C- registra los factores que condicionan la adherencia terapéutica (denominada factores influyentes). En encontraron que entre los factores condicionantes según los niveles de adherencia estaban los siguientes:

Tabla 1. Distribución de factores condicionantes según niveles de adherencia

Factores condicionantes de la adherencia	Adherencia Total		Adherencia Parcial		No Adherencia		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	28	37.3%	42	56%	5	6.7%	75	100%
Conocimiento correcto sobre la enfermedad	20	71.4	29	69.0	5	100	54	72
Creencia sobre el beneficio del tratamiento	27	96.4	39	92.9	4	80	70	93.3
Percepción de la enfermedad como grave	11	39.3	26	61.9	3	60	40	53.3
Satisfacción con la atención recibida	16	57.1	34	81.0	4	80	54	72
Percepción de	28	100	36	85.7	5	100	69	92

apoyo a la familia									
Percepción del apoyo de la institución de salud	26	92.9	39	92.9	3	60	68	90.6	
Atribución de causas incumplimiento del tratamiento	13	46.4	42	100	5	100	60	80	

Fuente: Matos et al. (2019)

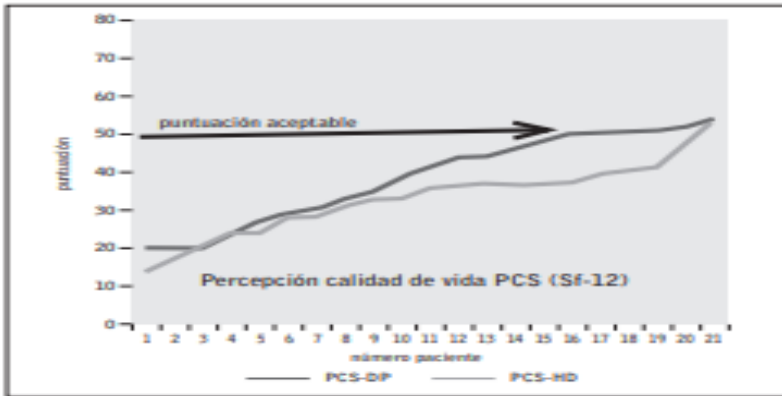
Como puede observarse en la distribución de factores condicionantes existe un mayor porcentaje en los niveles de adherencia parcial (56%). En igual forma se encontraron valores en los datos de la sección “C” de este cuestionario. Como se puede observar en la distribución de factores condicionantes existe un mayor porcentaje en los niveles de adherencia parcial (56%). En igual forma se encontraron valores en los datos de la sección “C” de este cuestionario, el 72 % de los pacientes presentan conocimientos correctos sobre la enfermedad y los poseen tanto las personas no adheridas (100 %) como los adheridos parciales (69 %). De este modo en las respuestas referidas por los pacientes no se aprecia vínculo entre conocimientos y adherencia pues la mayoría de los pacientes parcialmente adheridos y no adheridos tienen conocimientos correctos sobre la enfermedad.

Se aprecia que todos (100 %) los no adheridos y los adheridos parciales, seleccionaron aspectos atribuibles al no cumplimiento mientras que solo el 46,4 % de los adheridos totales lo hicieron. Por lo tanto, concluyen indicando que a pesar de existir factores influyentes no contribuyen a una correcta adherencia terapéutica.

Barbero (2016) en su estudio comparativo del estado físico, mental y calidad de vida del paciente con IRC en hemodiálisis con una muestra de 42 personas, 21 de Diálisis Peritoneal (DP) y 21 de Hemodiálisis (HD), la edad media fue 65,2%, con un rango comprendido entre 40–90 años, siendo 28 hombres el 66,7%, los test que utilizaron para este estudio fueron: cuestionario SF-12 mide según escala el estado físico y la salud mental; el Cuestionario escala Barthel, calcula la autonomía del paciente para realizar actividades básicas para la vida diaria; escala de Lawton-Brody, permite analizar la capacidad de las personas en su vida independiente y por último el Test de Yesavage para el cribado del

estado depresivo en pacientes mayores a 65 años. Ver Figura 2.

Figura 2. Percepción de Calidad de vida (PCS) según SF-12



Fuente (Barbero, y otros, 2016)

En el análisis de este trabajo, los autores concluyeron entre las comparaciones de calidad de vida del paciente en hemodiálisis (HD) y Diálisis Peritoneal (DP), indican que el paciente con DP tiene mejor salud mental y física que el de HD. Cabe decir que ambos grupos en lo referente a la media de salud física está muy por debajo del estándar mínimo aceptable. Por lo tanto, en los resultados encontrados la percepción de calidad de vida, cuya escala de medida fue con la SF-12, con una puntuación media para el componente físico de $35,79\% \pm 10,86$ puntos, mientras que para el psicológico fue de $51,04\% \pm 11,20$ puntos, siendo el resultado aceptable para ambas dimensiones de 50 según escala registrado en el gráfico.

Martínez (2020) en su estudio factores psicosociales en la adherencia terapéutica del paciente en hemodiálisis describe en sus resultados haciendo referencia el estado emocional, el paciente presenta frustraciones, tensiones, estados de culpabilidad por la dependencia tanto del familiar como del personal médico, esto genera conductas de regresión, negatividad, baja adhesión al tratamiento. En lo que concierne al estado de salud mental señala que la depresión es el estado emocional que tiene mayor morbilidad, considera que los factores que más sobresalen en la evaluación del efecto de la adherencia terapéutica es la relación médico-paciente, tipo de tratamiento; la propia enfermedad y las características personales del paciente.

En los artículos consultados sobre adherencia terapéutica y

afectaciones a la salud mental en pacientes hemodializado, no se encontraron referencias directas al enfoque comunitario. Solo se pudieron constatar descripciones acerca de cómo la población de pacientes con IRC presenta un nivel de adherencia medio y por lo tanto tienden a presentar una mayor dificultad para desarrollar conductas saludables. Ello implica cambios en el estilo de vida, genera bajas expectativas sobre el control de la enfermedad y disminuye la autoeficacia. Desde esa perspectiva solo describen las particularidades de la adherencia terapéutica y su repercusión en la salud mental, pero no plantean desde un enfoque comunitario como promover nuevas alternativas de mejora que contribuyan a la restauración de la salud mental en los pacientes con IRC que realizan hemodiálisis.

DISCUSIÓN

La insuficiencia renal crónica a nivel mundial constituye una problemática de la Salud Pública que es considerada como un fenómeno multifactorial, que requiere un campo laboral multidisciplinario. En este estudio se registra que la mayoría de los trabajos hacen referencia a las particularidades que intervienen en el proceso de adherencia terapéutica afectando el estado de la salud mental en los pacientes con IRC. Se consideran factores como la edad, el nivel escolar, creencias, la propia actitud del paciente en relación con su estado de salud, relación médico-paciente, en ocasiones escasa comprensión de la razón de las terapias y las dificultades socioeconómicas”, (Perafán, 2016). Otros estudios encontrados en la revisión de la literatura hacen énfasis en las características sociodemográficas de los grupos de estudios, (Calzado, 2016).

Rueda & García (2017) indicaron que en otros estudios con el cuestionario MBG la adherencia total fue de 67%. Paredes (2017) en su estudio en Ecuador indicó que el predominio de los pacientes no adheridos al tratamiento en un 74%. Otro estudio realizado en España identificó que el 51.9% de los pacientes evaluados presentaron un nivel de Matos & et, al (2019), indican que un estudio en México empleó en la evaluación de la adherencia el “Cuestionario MBG” y en el mismo se encontró el predominio de adherencia total con un 54,5 % seguido por la adherencia parcial con 45,5 %. incumplimiento en la adherencia Guaman & Yuqui (2018). Caroni (2019) planteó que el tratamiento de hemodiálisis a pesar de que salva la vida y genera expectativas, también promueve desequilibrio psicoemocional. Además, Barbosa (2017), encontró

que el 56.7% de los hombres con un tiempo de diálisis entre 1 a 5 años presentaron depresión.

En lo referente a la calidad de vida de los pacientes con IRC, se la debe entender como el bienestar del paciente, dado que es un proceso dinámico y cambiante (Potter, 2016). En este estudio se encontró que la mayoría de los autores utilizaron algunos cuestionarios como el SF-12 que mide según escala el estado físico y la salud mental, así como las: escala Barthel, Lawton-Brody por último el test de Yesavage que permite detectar las primeras señales de dificultad y falta de autonomía en las personas en edad avanzada (Sanz, 2018). En cuanto a los datos obtenidos en estudios que revelan bajo nivel de AeS, publicados por Young (2017) y Pelayo, et al (2017) permitieron identificar asociaciones entre el nivel de autocuidados deficientes y un bajo nivel de AeS, como consecuencia a la falta de comprensión e información del estado de salud de los pacientes.

Entre las particularidades de la adherencia terapéutica en los pacientes con IRC que reciben hemodiálisis, se debe considerar que por lo general tratan de adaptarse y cumplimentar el tratamiento, para lo cual deben ajustarse a los requerimientos de la dieta basada en las sugerencias médicas y nutricionales según reportes de laboratorio. En lo referente a los factores socioeconómicos aquellos pacientes que viven en zonas distantes deben tener apoyo institucional en cuanto al servicio de transporte.

En la terapia de hemodiálisis los síntomas o complicaciones más frecuentes son: hipertensión, disnea, hipotensión, cefaleas que se acompañan de náuseas o vómitos, edema palpebral o de miembros inferiores o generalizado, en determinados casos infartos durante la diálisis. En esta enfermedad independientemente del cumplimiento con la medicación prescrita pueden generarse complicaciones que afectan a la salud de manera general.

El estado de la salud mental de los pacientes con IRC se ve afectado en los inicios a la terapia renal, durante todo el proceso de aceptación y adaptación al mismo. Las posibles complicaciones a lo largo de la enfermedad generan afecciones psicopatológicas que concommitan con la insuficiencia renal, siendo las más frecuentes la depresión y la ansiedad. A ello se añade el abandono parcial del tratamiento en algunos pacientes.

Se ha identificado que tener un mejor nivel de formación escolar se relaciona positivamente con la ausencia de psicopatologías y con una mejor adaptación y comprensión a los cambios a que conduce la IRC. Cuando ello no es así, suelen generarse actitudes negativas hacia el autocuidado y el afrontamiento, lo que trae como

consecuencia un deterioro progresivo que puede desencadenar dificultades para la adherencia, las relaciones familiares, sociales, e incluso laborales. En fin, se produce una gran afectación a la calidad de vida y a su propio estado de salud mental.

CONCLUSIONES

Las particularidades de la adherencia terapéutica en pacientes con IRC se relacionan con la complejidad de las acciones terapéuticas indicadas, por ejemplo, la dieta estricta, régimen terapéutico, sistematización de la hemodiálisis, percepciones de su estado de salud, de apoyo familiar e incluso el apoyo de la institución y de sus profesionales. Por lo tanto, la falta de adherencia terapéutica repercute en los costos sanitarios, evolución de la enfermedad. En ellos se manifiestan una serie de factores psicosociales que modulan el comportamiento y determinan afectaciones al estado de salud mental. Es oportuno señalar que se dispone de una serie de instrumentos de gran utilidad para determinar los factores condicionantes que se manifiestan según los niveles de adherencia, la calidad de vida y la afectación emocional en estos pacientes.

Entre las afectaciones a la salud mental se encuentra referencias fundamentalmente a la depresión y la ansiedad como consecuencia de los cambios al estilo de vida que se precisa en esta enfermedad. También los autores describen otras manifestaciones como la frustración, tensión, sentimientos de culpabilidad por la dependencia familiar, social y laboral, e incluso por depender del profesional de la salud. En ese contexto la depresión constituye el síntoma más frecuente.

En la literatura revisada no se encontraron artículos que se aproximen a esta problemática desde la perspectiva comunitaria. Ello denota que no es frecuente el trabajo preventivo a partir de las necesidades sentidas de este grupo poblacional.

RECOMENDACIONES

Como aporte profesional en este campo de intervención psicológica, se sugiere desarrollar programas mediante talleres de promoción de salud mental y prevención de alteraciones psicológicas en pacientes en pre diálisis (estadio 4), con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida, lograr una mejor adherencia y evitar en gran medida la afectación a la salud mental. Facilitar que se exprese una perspectiva comunitaria en este contexto puede

contribuir a mantener la independencia en el contexto socio-familiar y laboral, potenciar el apoyo familiar y contribuir a mejorar la calidad de vida y bienestar de estas personas, así como a facilitar el trabajo del equipo multidisciplinario que los atiende.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alonso, M. M. (2018). Acerca de los modelos de Intervención en Trabajo Social.
2. Alvarez, U F; Fernández, M; Vásquez, A; Mon, C; Sánchez, R; Rebollo, P; et, al. (2016). Sintomatología física y trastornos emocionales en pacientes en programas de hemodiálisis periódica. *Nefrología [Pubmed]*, 21: 191-9.
3. Cerda, J. J. (5 de febrero de 2018). Scielo. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226
4. Chipana Castro, K. (2018). Factores Asociados a la Adherencia Terapéutica . 46.
5. Chipana Castro, K. F. (2018). Universidad peruana . Obtenido de Factores asociados a la adherencia terapeutica : https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/5010/Factores_ChipanaCastro_Karen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. Chipana Castro, K. Y. (s.f.). Adherencia Terapéutica en Hemodialisis. Factores Asociados a la Adherencia Terapéutica. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
7. Contreras, F., Esguerra, G., Espinoza, C., & Fajardo, L. (2016). Calidad de vida y adhesión al tratamiento en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Univ. Psychologi*, 5(3): 487- 499.
8. Correa, M., Reyes del Paso, G., García , A., & González , M. (2016). optimismo/pesimismo disposicional y las estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicohema*. Obtenido de <http://www.psicohema.com/pdf/3177.pdf> (Consultado 5 mayo 2016).
9. Díaz , M. (2016). La adherencia terapéutica en el tratamiento y rehabilitación: Implicaciones para el profesional de la conducta y salud. *Griot*, 7(1): 73-84.
10. Dilla, T. (16 de junio de 2018). Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora . Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-adherencia-persistencia-terapeutica-causas-consecuencias-S0212656709001504>

11. Farmer , K. (2019). Methods for measuring and monitoring medication regimen adherence in clinical trials and clinical practice. *Clinical Therapeutics*, 21,: 1074-1090.
12. FDA. (24 de enero de 2017). [fda.gov](https://www.fda.gov/about-fda/fda/2017). Obtenido de <https://www.fda.gov/about-fda/fda/2017>
13. Flores, L. (2018). Obtenido de https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/5010/Factores_ChipanaCastro_Karen.pdf?sequence=1&isAllowed=y
14. García, H., & Calvanes, N. (2018). Calidad de vida percibida, depresión y ansiedad en pacientes con tratamientos sustitutivo de la función renal. *Revista Psicológica y Salud*, 18(1), 5-15.
15. Heras , M. T., & Martínez, C. (20015). Conocimiento y ercepción nutricional en diálisis: su influencia en la transgresión y adherencia. *Nutricion Hospitalaria Madrid*.
16. Hiriart, G. M. (26 de junio de 2018). Utopía y Praxis Latinoamericana. Obtenido de Utopía y Praxis Latinoamericana: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/279/27957772009/27957772009.pdf>
17. Híricare, Perez- Dominguez, T., Rodriguez Pérez , A., Garcia - Bello, M. A., Buset-Rios, N., Rodriguez- Esparragón, F., . . . & Rodriguez - Pérez, J. C. (2018). Prevalencia de ansiedad y depresión en la poliquistosis renal autosómica dominante. *Nefrología,. Progresión de la enfermedad renal crónica. , 32(3), 397-9*. [http://dx.doi.org/10.3265 \[links \]](http://dx.doi.org/10.3265 [links]).
18. Huerta, C. P. (2017). Univeridad San Marcos. Obtenido de https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5900/Ramirez_hc.pdf?sequence=1&isAllowed=y
19. López , A; Bragg, J; Young, E; Goodkin, D; Mapes, D; Combe, C; &, et all. (2018). Depression as a predictor of mortality and hospitalization among hemodialysis patients in the United State and Europe. *Kidney Int [Pubmed]*, 62: 199-207.
20. Martínez, R. (2020). Psychosocial Factors in the Therapeutic of the Hemodialysis Patient. *Horizonte de Enfermería*. Obtenido de En La Adherencia Terapéuti-Ca Del Paciente En Hemodiálisis/ Psychosocial Factors in the Therapeutic Adherence of the Hemodialysis Patient. *Horizonte de Enfermeria*, 31(1), 107–115. https://doi.org/10.7764/horiz_enferm.31.1.107-115
21. Matos, G., Martin, L., Álvarez , B., Remón , L., & ett, al. (2019). Adherencia terapéutica de pacientes con insuficiencia

- renal crónica en tratamiento dialítico. Habanera de Ciencias Médicas vo.18no.4.
22. Moreno, N. O. (15 de enero de 2017). revistaseden. Obtenido de revistaseden: <https://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094100094097424170>
 23. Njah, M; Nasr, M; Ben; Dhia; N; &, et al. (2015). Anxiety and depression in the hemodialysis patient. *Nephrologie [Pubmed]*, 22: 353-7.
 24. Ojeda, M. (2 de junio de 2017). Scielo. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842017000200132&script=sci_arttext&tlng=pt#B2
 25. OMS. (2019). who.int/features/factfiles/mental_health/es/. Obtenido de [https://Salud Mental: un estado de bienestar.who.int/features/factfiles/mental_health/es/](https://SaludMental.una.edu.ve/revistas/revista-salud-mental/)
 26. Ortega, J. J., Sanchez, D., Rodríguez, O. A., & Ortega, J. M. (2018). Acta Médica Grupo Ángeles. *medigraphic.com*. Volumen 16, No. 3, julio-septiembre. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>
 27. Perales, C., Duschek, S., Reyas del Paso, G., & et, al. (2016). Calidad de vida relacionada con la salud en la enfermedad renal crónica: relevancia predictiva del estado de ánimo y la sintomatología somática. *Nefrológica*, 04- 010.
 28. Rebollo, P., Gonzxález, M., Bobes, J., Saiz, P., Ortega, F., & et, al. (2016). interpretación de los resultados calidad de vida, relacionado con la salud- pacientes-terapia. *revista nrfrológica*. Obtenido de <http://www.revistanefrologia.com/es-publicacion-nefrologia-articulo-interpretacion-los-resultados-calidad-vida-relacionada-con-salud-pacientes-terapia-X021169950001286X>
 29. Riquelme., M. (12 de Mayo de 2014). Porter y la responsabilidad social corporativa. Obtenido de Web y Empresas.: <https://www.webyempresas.com/porter-y-la-responsabilidad-social-corporativa/>
 30. Rodríguez, C., Martín, A., & Bayarre, V. (2015). adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión. *Revista Cubana Medicina General Integral*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421252011000400009&script=sci_abstrac
 31. Rudniki, T. (2016). Sol de invierno: aspectos emocionales del paciente renal crónico. *Revista Diversitas*, 2(2), 279-288. Obtenido de <https://goo.gl/TwaeZJ> [Links]

32. Ruiz, E., Latorre, L., Crespo, R., & Sánchez, J. (2016). adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes hemodiálisis. *Enfermería Nefrológica*, 19(3): 232 - 241.
33. Sandoval, X. C. (08 de 2018). scielo . Obtenido de scielo : http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727-81202018000200338&script=sci_arttext&tlng=pt
34. Silva, G. E., Galeano, E., & Correa , O. J. (2015). Adherencia al Tratamiento Implicaciones de la noadherencia. *Act. Medica Colombiana*.
35. Sueuda, C., Da Silva, A., Ponte, P., & Lopes , L. (Junio de 2019). Representaciones sociales de ancianos en hemodiálisis: estudio de casos en el noreste Brasil. *Revista Cubana de Enfermería*, 23(4). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400008
36. Timmreck, T., Randolph, J., & Smoking, C. (2019). Clinical steps to improve compliance. *Geriatrics*, 48: 63-66.
37. Veliz, L., Mendoza, S., & Barriga, O. (2015). Adherencia terapéutica y control de los factores de riesgo cardiovascular en usuarios de atención primaria. *enfermería Universitaria*, 12(1): 3-11.
38. Yang, Z., Han, Q., Zhu, T., Chen, J., & et, al. (2016). The associations between the family education and mortality of patients on peritoneal dialysis.

INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL EN FAMILIAS CON PROBLEMAS DE CRIANZA DESDE LA PERSPECTIVA COMUNITARIA.

Karina Alexandra Rodríguez Escaleras
Cruz Birmania Alcívar Ruiz

RESUMEN:

Introducción: La utilización inconsciente de estilos de crianza autoritario o negligente, dificultan o limitan a los padres, en la atención y necesidades de sus hijos, porque imponen normas o carecen de las mismas en los hogares, obstaculizando la comunicación familiar, exponiendo a sus hijos a diversos riesgos psicosociales.

Objetivos: Valorar la relevancia de la intervención psicosocial para abordar las prácticas de crianza inadecuadas desde la perspectiva comunitaria.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática de literatura en fuentes de datos digitales en idioma español en las bases de datos Google académico, Dialnet, Redalyc, Scielo y en revistas y repositorios educativos en el período comprendido entre los años 2003 al 2021.

Resultados: A nivel de Latinoamérica, se ha realizado investigaciones, en las que se pueden evidenciar los estilos de crianza que generan problemas en los hijos y en los diversos contextos en los que se desenvuelven. las prácticas de crianza más frecuentes son las que corresponden al estilo autoritario, ya que se considera que permiten establecer límites, normas y metas en su familia

Conclusiones: Las prácticas de crianzas inadecuadas más utilizadas en el contexto familiar tradicional se caracterizan por la permisividad y la negligencia. En el contexto latinoamericano predomina el trato violento hacia los adolescentes. La intervención psicosocial dirigida al mejoramiento de dichas prácticas desde la perspectiva comunitaria debe partir de la sensibilización ante dicha problemática e incluir acciones como propicien la convivencia basada en valores y actitudes positivas.

Palabras clave: Intervención psicosocial, perspectiva comunitaria, prácticas de crianza, relación padre/hijos.

INTRODUCCIÓN:

Tanto el concepto de intervención como el término psicosocial son difíciles de definir por la complejidad de sus contenidos. Para ello deben tenerse en cuenta los aspectos teórico-prácticos, metodológicos, éticos y políticos que se ponen de manifiesto en el contexto comunitario donde se desarrolla el individuo. Dubost, considera la intervención como: “Acciones dirigidas a fines elegidos por un solo actor social (con o sin ayuda de investigadores), y las intervenciones-consulta prácticas psicosociológicas y sociológicas colaboradoras” (Citado en Montero, 2012, pág. 58)

Arango (citado por Ramírez y Martínez, 2015), considera que el ámbito de lo psicosocial incluye varios aspectos que colaboran para mejorar el contexto en que se desenvuelve el individuo, como son la experiencia personal e interpersonal o experiencias externas. A partir de la interacción y el intercambio de significados se construye una forma de pensar distinta a la de la identidad de cada sujeto y su realidad personal, social y cultural. La intervención psicosocial constituye “una alternativa que permite articular en una lectura compleja de la realidad, el interés por fomentar conocimientos situados y posibilidades de acción para la transformación social” (Ramírez, 2015, pág. 13)

Quintero analiza dicha problemática desde el contexto de la intervención familiar partiendo del enfoque sistémico. Considera que debe propiciarse el fortalecimiento e interrelación de la familia, utilizando una serie de estrategias y técnicas que permita respetar las individualidades personales a través del enfoque restaurativo. A partir de ello se pueden fortalecer los factores de protección y disminuir los riesgos psicosociales en los niños, niñas y adolescentes. (Quintero Á. M., 2009); (Quintero A. , 2010)

Por otra parte, Rodríguez (2016) resalta la importancia de la comunicación en el contexto de la intervención profesional. (Rodríguez, 2016); mientras que Peñaranda et al. (2017) manifiestan que los aprendizajes adquiridos se emplean en programas para apoyar a las familias, mejorando sus condiciones de vida y su estilo de crianza, permitiendo la participación comunitaria y el trabajo multidisciplinario interinstitucional e intersectorial. (Peñaranda, 2017)

Los padres de familia tienen una función primordial en cada etapa del desarrollo de sus hijos. La familia se desarrolla como principal organismo protector y promotor de habilidades sociales del niño, con su entorno cultural-social-académico, jugando un papel importante la estimulación temprana. (Torres González,

2021). Por esa razón es necesario que los padres sean educados para que puedan educar a sus hijos, en lo que deben o no hacer, tanto con el lenguaje verbal como con el no verbal, influenciando directamente en la salud mental y física de los hijos. (Alfonso Amaro, 2020)

Sin embargo, existen situaciones que generan conflicto parental perjudicando y confundiendo la identidad y seguridad de los hijos con relación a su familia. Los hijos pueden replicar la conducta hostil de los padres en todas sus actividades haciéndolo parte de su día a día. (Valdés Cuervo, 2016). Por esa razón es necesario que los padres de familia controlen tanto sus comportamientos como los de los hijos, utilizando una serie de estrategias de socialización, que expresan sus distintas necesidades personales (Izzedin-Bouquet, 2009).

El presente estudio consiste en una revisión sistemática que se realizó con el siguiente objetivo general:

- Valorar la relevancia de la intervención psicosocial para abordar las prácticas de crianza inadecuadas desde la perspectiva comunitaria.

Objetivos específicos:

- Caracterizar las prácticas de crianzas inadecuadas más utilizadas en el contexto familiar tradicional.
- Proponer recomendaciones para la intervención psicosocial dirigidas al mejoramiento de dichas prácticas desde la perspectiva comunitaria.

METODOLOGÍA

Se efectuó una revisión sistemática de literatura en fuentes de datos digitales en idioma español. Se revisaron documentos procedentes de bases de datos como Google académico, Dialnet, Redalyc, Scielo, revistas y repositorios educativos en períodos comprendidos entre el 2003 al 2021. Se incluyeron reportes de investigaciones realizadas en contextos educativos y se utilizaron las palabras claves estilos de crianza, problemas de crianza, relación padres-hijos e intervención psicosocial. La búsqueda efectuada respondió a las preguntas: ¿Cuáles son las principales problemáticas de crianza parental que generan dificultades en los hijos y demandan intervenciones psicosociales para ser corregidas?

La información recolectada, corresponden fundamentalmente a

estudios observacionales.

Criterio de Inclusión:

Artículos publicados durante los años 2003 al 2021 referidos a la identificación de estilos de crianzas en padres de niños y adolescentes, a sus consecuencias comportamentales y a su abordaje desde la perspectiva comunitaria.

Criterio de exclusión:

Artículos sobre dicha temática realizados en niños y adolescentes que presentaran trastornos orgánicos o vivieran sin amparo filial.

Inicialmente fueron identificados 50782 artículos sobre temáticas afines con la búsqueda realizada. Posteriormente se fueron descartando los artículos que no hacían referencia específica a estilos de crianza, los que no contenían una explicación detallada de la metodología utilizada o eran publicaciones duplicadas. Como resultado de ello quedaron 8909 artículos (4769 empíricos, 4100 teóricos y 40 revisiones sistemáticas). De ellos se eligieron los que enfatizaban en las prácticas de crianza aplicadas por los padres y sus consecuencias en los hijos. El análisis de contenido de los textos valorados determinó que finalmente se trabajara con 17 artículos que cumplían los criterios de inclusión y aportaban a la comprensión de las problemáticas exploradas en la presente revisión sistemática.

A partir de ello, se logró integrar y sintetizar la información relacionada con el tema de investigación y se precisaron entre los hallazgos aquellos con referencias a los términos: “estilos de crianza”, “problemas de crianza”, “relación padres-hijos” e “intervenciones psicosociales”. Para explorar las especificidades de la problemática estudiada desde la perspectiva comunitaria se incluyó en el análisis la experiencia profesional de la autora, la cual ha laborado en los departamentos de consejería estudiantil de Loja, Santo Domingo y Guayas. En este sentido también se tuvo en cuenta el impacto sobre los estilos de crianza de la pandemia de COVID-19.

Finalmente se organizó la información pertinente y se valoraron los diversos contenidos relacionados a la temática analizada, incluyendo conceptos básicos, intervenciones, fortalezas y debilidades que sirven para aportar y desarrollar un sistema de recomendaciones en beneficio de la familia y sobre todo de los niños, niñas y adolescentes.

RESULTADOS:

El análisis temático de los 17 artículos considerados permitió identificar los textos que aportaron más información sobre la problemática estudiada. Tres de ellos se consideraron especialmente representativos de las prácticas de crianza en el contexto latinoamericano. Ver Tabla 1

Tabla 1. Caracterización de los tres artículos identificados como representativos del estudio de las prácticas de crianza en el contexto latinoamericano.

TEMA	PAÍS	MUESTRA	PROBLEMAS DE CRIANZA	AUTOR
Percepción de adolescentes sobre las prácticas de crianza de sus padres y madres. Comparativo de género en contextos rural y urbano	San Juan del Río Municipio Bastión en el estado de Querétaro-México	Padres	Permisividad (40%) y en un (25%) un trato violento y negligente hacia los adolescentes	(De Luna, 2020, pág. 200)
Prácticas de crianza tradicionales, estilos de crianza parentales de riesgo en madres con hijos adolescentes	Municipio de Pensilvania (Departamento de Caldas, Colombia)	15 madres de familia	La figura autoritaria fue considerada como parte fundamental para el proceso de adaptación y socialización de sus hijos entre 12 y 16 años	(Pérez Santiago, 2020, pág. 261)
“Prácticas de crianza y su relación con los problemas conductuales en niños de 8 a	Ecuador, barrio San Marcos, ciudad de Quito	Unidad Educativa “Virgen del Consuelo”, 17 niños y 13 niñas de 8 a	El estilo de crianza permisivo en un 60% , el de tipo autoritario en un 23,33% y en un 16,66% la de	(Gualpa Almeida, 2015)

TEMA	PAÍS	MUESTRA	PROBLEMAS DE CRIANZA	AUTOR
12 años.”		12 años con problemas de conducta.	tipo democrático	

A nivel de Latinoamérica, se ha realizado algunas investigaciones, en las que se pueden evidenciar los estilos de crianza que generan problemas en los hijos y en los diversos contextos en la que se desenvuelven. En un estudio realizado en el estado de Querétaro-México, se encontraron como generadores de problemáticas sociales el alto grado de permisividad (40%) y el trato violento y negligente hacia los adolescentes (25%). (De Luna, 2020, pág. 200)

En otro estudio realizado a 15 madres de familia en el Municipio de Pensilvania (Departamento de Caldas, Colombia), la figura autoritaria fue considerada como parte fundamental para el proceso de adaptación y socialización de sus hijos entre 12 y 16 años en los diferentes espacios donde se vinculan. Consideraron que ello les ha permitido establecer límites, normas y metas en su familia, asociados a sus estilos de crianza actual. (Pérez Santiago, 2020, pág. 261)

En una investigación realizada en la Unidad Educativa “Virgen del Consuelo”, ubicada en el barrio San Marcos de la ciudad de Quito (Ecuador), se valoraron estudiantes de 8 a 12 años que fueron identificados por los profesores por que presentaban problemas conductuales. Después de observar y evaluar a los niños(as) se estableció una muestra de 30 casos de los cuales fueron 13 de género femenino y 17 del masculino Se verificó el predominio de la utilización por parte de sus padres de un estilo de crianza permisivo (60%) y el de tipo autoritario (23,33%). (Gualpa Almeida, 2015)

Como puede apreciarse los hallazgos identificados en estos artículos, podrían representar un problema psicosocial en corto, mediano o a largo plazo, porque existe relación entre las prácticas de crianza negativas, con los problemas conductuales y emocionales de los/as adolescentes (Méndez Sánchez et al., 2019). En estos casos el trato permisivo o violento y negligente hacia los adolescentes puede generar comportamientos desajustados en el contexto social

Según la revisión sistemática realizada, las prácticas de crianza más frecuentes en latinoamericano son las que corresponden al estilo autoritario, ya que se considera que permiten establecer

límites, normas y metas en su familia (Pérez Santiago, 2020, pág. 261). Sin embargo, tanto el estilo el negativo y coercitivo de los padres como el alto grado de permisividad son predictores de problemáticas sociales en los hijos (Vergara Pablo, 2020).

El trato violento y negligente hacia los adolescentes que incluye el estilo de crianza permisivo y el autoritarismo obstaculizan el desarrollo personal de los hijos generando dificultades marcadas (De Luna, 2020, pág. 200). Para superar dicha problemática pueden desarrollarse estrategias de intervención psicosocial.

El acompañamiento y seguimiento psico-socioemocional, permite que tanto padres como hijos fortalezcan sus vínculos y estilos de crianza tradicional por unos más saludables como el democrático, porque actualmente la mayoría de padres de familia no tienen autoridad, y han caído en la permisividad y la negligencia en la crianza de sus hijos, por no contar con herramientas claves en el funcionamiento de su hogar, para una sana convivencia, permitiendo a sus hijos el desarrollo de bienestar integral tanto en la parte emocional como habilidades sociales que proactivamente se pone en práctica en el día a día.

Sobre este tema los investigadores Fajury y Schle-Singer (2016), indican que “para realizar políticas públicas dirigidas a la primera infancia, se deben conocer los procesos de desarrollo cognitivos, afectivos, psicológicos y sociales de esta población para poder crear estrategias de intervención que se ajusten a sus necesidades y cambios”

Para valorar la problemática de los estilos de crianza desde la perspectiva comunitaria se tuvo en cuenta la experiencia profesional de la autora, la cual ha trabajado en los departamentos de consejería estudiantil de Loja, Santo Domingo y Guayas. Con frecuencia los padres no ponen en práctica lo que predicán, predominando familias disfuncionales y reconstruidas, ausencia de normas claras en el hogar y no establecimiento de hábitos. Además, se aprecia que en esos casos no existe corresponsabilidad de la familia en las actividades escolares de los hijos, no existiendo escucha empática ni comunicación asertiva en la familia, y en la mayoría de casos el estilo de crianza de la población es autoritario o negligente.

También durante la pandemia de COVID-19 se evidenció, que por las dificultades para la utilización de las tecnologías de la informática y las comunicaciones (TIC), muchas comunidades se vieron afectadas tanto para el aprendizaje como para modificar aspectos rutinarios en la familia. Ello también impactó los estilos de crianza siendo necesaria la intervención psicosocial para generar

alternativas o estrategias para mejorar superar dicha problemática. Los padres que adoptan un estilo de crianza basada en valores, cariño y comunicación constante, logran que sus hijos tienden a fomentar un clima empático y comprensivo que contribuye a su desarrollo psico-socioemocional. (Tur-Porcar, 2019.)

Los resultados invitan a la reflexión y al análisis minucioso de las técnicas y estrategias que utilizan los profesionales en la intervención familiar dirigidas a los problemas de crianza. A partir de ello se propone un sistema de recomendaciones que permiten trabajar de forma más óptima con las familias.

Tabla 2. sistema de recomendaciones o estrategias de intervención psicosocial dirigido al mejoramiento las prácticas de crianza utilizadas en el ámbito familiar.

ESTRATEGIAS	METAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
Talleres de sensibilización a padres y madres de familia.	Sensibilizar a toda la comunidad de padres y madres de determinados sectores y convertirlos en actores principales de su historia personal.	Reuniones proactivas, donde se logre intercambiar experiencias de toda la comunidad. Lecturas de reflexión, tarde de cine familiar.
Jornada de formación a padres y madres de familia.	Reestructurar esquemas mentales de los padres y madres de familia, a través de una formación convencional, como no convencional.	Talleres de estrategias interactivas como: dinámicas de grupos, role play, estudio de casos y trabajo en equipos.
Semana de integración familiar	Se destaca habilidades y destrezas de los miembros de las familias.	Gincanas, juegos tradicionales, retiro familiar un fin de semana al mes o cada quince días, según la predisposición.
Promoción, intervención, seguimiento y acompañamiento de las	Promover constantemente el empoderamiento y la motivación personal y en	Conformación de grupos familiares para trabajar la parte familiar e individual que cada uno esté dispuesto a

ESTRATEGIAS	METAS	ACTIVIDADES A DESARROLLAR
familias participantes.	familia, para cumplir con los objetivos que se han planteado.	cambiar por el bienestar común.
Generar proyectos de vida acorde a sus habilidades y destrezas y para toma de decisiones saludables.	Restaurar el proceso de regulación del comportamiento tanto en los hijos como en los padres.	Primero dinámica grupal y se creara grupos al azar, para trabajar sobre casos reales que pueden ayudar a poner en práctica los valores y expectativas que permitan trabajar en los proyectos personales, tomando en cuenta si se dará a corto, a mediano o a largo plazo.
Reforzar aptitudes y actitudes que promuevan una sana convivencia en la familia.	Crear un estado de armonía y equilibrio interior, en todas las áreas en donde el grupo familiar se desenvuelva.	Escribir en la mitad del cuaderno lo que hemos hecho para mantener un ambiente armonioso. Y en la otra mitad vamos a escribir todo lo que nos produjo conflicto interno y familiar. Todo este trabajo vamos a compartir en la próxima reunión para trabajar en cada familia y que de ellos salga las posibles alternativas, para mejorar su contexto.

CONCLUSIONES:

Las prácticas de crianzas inadecuadas más utilizadas en el contexto familiar tradicional se caracterizan por la permisividad y la negligencia. En el contexto latinoamericano predomina el trato violento hacia los adolescentes. Tanto el estilo el negativo, coercitivo y autoritario de los padres como el alto grado de permisividad, constituyen prácticas de crianza inadecuados generadoras de inadaptación psicosocial.

La intervención psicosocial dirigida al mejoramiento de dichas prácticas desde la perspectiva comunitaria debe partir de la sensibilización ante dicha problemática e incluir la formación de los

padres, el acompañamiento y la integración familiar, la generación de proyectos de vida realizables y potenciar una convivencia basada en valores y actitudes positivas.

RECOMENDACIONES

- Propiciar el desarrollo de prácticas de crianzas basadas en un estilo democrático participativo en el que adultos e infantes puedan expresarse libremente, reconociendo la relevancia del respeto, la disciplina y los límites necesarios.
- Promover políticas públicas basadas en la intervención psicosocial para superar las consecuencias de las prácticas de crianzas inadecuadas, rehabilitando a los afectados y promoviendo en bienestar socio-comunitario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Alfonso Amaro, Y. D. (2020). El diálogo en familia: un derecho de los niños de la primera infancia. Conrado, 171. Obtenido de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000500169&lng=es&tlng=es.
2. Montero, M. (2012). El concepto de intervención social desde una perspectiva psicológica comunitaria. (1), 54-76. Mec-Edupaz,. Obtenido de:
<http://mec-edupaz.unam.mx/index.php/mecedupaz>
3. De Luna, M. E. (2020). Percepción de adolescentes sobre las prácticas de crianza de sus padres y madres. Comparativo de género en contextos rural y urbano. Clivajes. Revista de Ciencias Sociales,, 183-205. Obtenido de:
<https://clivajes.uv.mx/index.php/Clivajes/article/view/2672/4481>Instituto de Investigaciones Histórico-Sociales, Universidad Veracruzana
4. Fajury, C. y. (2016). Estrategias de intervención en crianza. Una estrategia de intervención a familias con niños en primera infancia. 11. Bogotá.: Pontificia Universidad Javeriana. Obtenido de:
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/22157/Una%20estrategia%20de%20intervencio%CC%81n%20a%20familias%20con%20nin%CC%83os%20en%20pri%20mera%20infancia.pdf?sequence=1>
5. Gualpa Almeida, M. I. (2015). Prácticas de crianza y su relación con los problemas conductuales en niños de 8 a 12

- años. Informe final del trabajo de Titulación de Psicóloga Infantil y Psicorehabilitadora. Obtenido de:
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7630/1/T-UCE-0007-73pi.pdf>
6. Izzedin-Bouquet, R. &.-L. (2009). Pautas, prácticas y creencias acerca de crianza. *Ayer y hoy*. Liberabit, 111. Obtenido de:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272009000200005&lng=es&tlng=es.
 7. Peñaranda, F. B.-O. (2017). Educación para la crianza en un programa de atención a la niñez: lecciones para la salud pública. 35(1), 39-48. Facultad Nacional de Salud Pública. Obtenido de
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/25849>
 8. Pérez Santiago, D. A.-2. (2020). Prácticas de crianza tradicionales, estilos de crianza parentales de riesgo en madres con hijos adolescentes. *Cuadernos Del Claeh*, 251-272. doi:<https://doi.org/10.29192/claeh.39.2.15>
 9. Quintero, A. (2010). Esencia multidisciplinaria de las pruebas psicosociales, en derecho de infancia, adolescencia y familia. (15), 165-176. *Tendencias & Retos*. Obtenido de http://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/2922/1/QuinteroAngela_2010_EsenciaMultidisciplinariaPruebas.pdf
 10. Quintero, Á. M. (2009). Trabajo social en los nuevos escenarios de infancia, adolescencia y familia. *Perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social*. (21), 169-182. Obtenido de
<http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-019-109.pdf>
 11. Ramírez, R. L. (2015). *Perspectivas para la intervención psicosocial*. (11), Documento de docencia. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia.
 12. Ramírez, R. L. (2015). *Perspectivas para la intervención psicosocial*. (11), Documento de docencia, 13. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia.
 13. Rodríguez, A. (2016). La comunicación familiar. Una lectura desde la terapia familiar sistémica. 26-43. Obtenido de http://revlatinofamilia.ucaldas.edu.co/downloads/Rlef8_3.pdf
 14. Torres González, C. G.-A.-L. (2021). Aislamiento social voluntario COVID-19 y sus efectos en la conducta

- sociofamiliar y de los niños. *Salud Mental*, 264. Obtenido de <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2020.036>
15. Tur-Porcar, A. M. (2019.). Eficacia académica percibida, crianza, uso de internet y comportamiento en la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39. Obtenido de <https://doi.org/10.14349/rlp.2019.v51.n1.5>
16. Valdés Cuervo, Á. A. (2016). Relación entre funcionamiento familiar, emociones morales y violencia entre estudiantes de primaria. *Revista mexicana de investigación educativa*. , 1095. Obtenido de: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-66662016000401093&lng=es&tlng=es.
17. Vergara Pablo, R. P.-J.-R.-H. (2020). Programas de fortalecimiento de prácticas parentales: Un aporte a la prevención de conductas externalizantes en preescolares. *Revista chilena de pediatría.*, 276. Obtenido de <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/1207>

ENGAGEMENT Y ESTRÉS DE ROL EN UNA COMUNIDAD DE DOCENTES UNIVERSITARIOS DE ECUADOR.

Rosy Janeth Salcedo-Zambrano
Angel Deroncele-Acosta

RESUMEN

Las implicaciones de la covid-19 en los roles docentes supone cambios en las condiciones y exigencias laborales que puede provocar sobrecargas, conflictos y ambigüedades, pudiendo afectar su salud y compromiso. Por ello el presente estudio tuvo como objetivos: 1.- evaluar el nivel de engagement y estrés de rol, así como la relación entre ambas variables en una comunidad de docentes universitarios de Ecuador, e 2.- identificar factores psicosociales que permitan gestionar un desempeño exitoso y saludable, desde la perspectiva de una cualidad comunitaria con enfoque positivo y salutogénico. La metodología contó con un enfoque mixto. Se aplicaron dos cuestionarios y una entrevista. Los resultados muestran el 90,9% de los docentes con nivel alto de engagement y más del 60% con síntomas de estrés de rol. Se comprobó una relación significativa negativa entre ambas variables. Finalmente se revelaron cinco categorías emergentes y cinco elementos dinamizadores de una comunidad positiva de aprendizaje.

Palabras claves: Engagement; Estrés de rol; Comunidad; Salud; Covid 19.

INTRODUCCIÓN

Desarrollar docencia implica un reto constante de reflexión, motivación, inspiración y dedicación; con los cambios en las condiciones y exigencias laborales a partir de la pandemia de la covid-19 el trabajo docente pasó en un gran porcentaje a la modalidad virtual, duplicándose en ocasiones las tradicionales ocho horas diarias de la jornada laboral presencial, ello genera un proceso de aprendizaje y adaptación que requiere varias horas frente a un ordenador, teniendo en cuenta que todo el diseño curricular, las asesorías, clases, evaluaciones, reuniones, se desarrolla en un entorno virtual que exige ajustarse a una nueva dinámica organizacional (Deroncele, 2015).

Así, también en algunos lugares se debe llevar un control excesivo de evidencias en el trabajo, mediante fotografías, informes

por cada actividad, cuestión que genera una carga adicional provocando pérdida de energía, desmotivación, conflictos, sumándole a ello la prisa con las que a veces se solicitan estas documentaciones, la competitividad, la inseguridad laboral, entre otros factores que amenazan el equilibrio de trabajadores y su relación familiar, muchas veces con desenlaces como rupturas matrimoniales, bajas laborales, o enfermedades.

Ante ello se impone repensar una nueva dinámica que potencie estilos de afrontamientos positivos para la salud y las relaciones humanas en las comunidades docentes, teniendo en cuenta que “los sucesos que aparecen como retos o amenazas (nocivos en potencia) deben ser analizados con mayor detenimiento y plantearse interrogantes para averiguar qué tipo de acción va provocando este caso, a la vez que evaluar los recursos con los que hacer frente al problema” (Ayuso-Marente, 2006, p.6). Así, “la actividad consciente y reflexiva hará posible la comprensión y el uso de herramientas, construyéndose los esquemas mentales, su utilización práctica y la reconstrucción sucesiva de los mismos” (Escudero, 2009, p.13).

Los nuevos escenarios educativos, ligados a las exigencias sociales de enfrentamiento a la pandemia como el confinamiento, la limitación de la movilidad, la poca interacción social, se constituyen en factores que pueden provocar fatiga, monotonía, estrés, ansiedad, depresión, ante ello se impone la necesidad de desarrollar recursos psicológicos que permitan no solo asumir las medidas sanitarias recomendadas para evitar la expansión de la Covid-19 en los recintos universitarios, sino gestionar planes relativos a la continuidad de los planes de estudio (Unesco, 2020), siendo el engagement un mecanismo protector ante el estrés de rol (Deroncele et al., 2021c), de ahí la importancia de promover competencias emocionales para el manejo efectivo del estrés de rol (prevención y dominio) y en el bienestar laboral (Deroncele, 2020a).

Bases teóricas

- Estrés de rol en docentes

Se hace alusión como antecedente en primera instancia al estudio de Barreto y Piamonte (2020) quienes evaluaron los índices de estrés de 50 docentes de una comunidad educativa, para a partir del diagnóstico generar recomendaciones y con ello optimizar el desempeño laboral. Estos autores recomiendan “abordar el estrés

laboral de una manera holística, mostrando que no solo afecta el rendimiento del trabajo, sino también aspectos importantes como la salud, el núcleo familiar y las relaciones sociales” (p.4).

El autor Scheib (2003) refiere que, por varios años, el estrés de rol de los docentes ha sido centro de atención de la investigación educativa, sin embargo, no hay muchas publicaciones científicas al respecto, siendo un campo que necesita mayor profundización. Así, “el manejo del estrés de rol se vuelve un tema de gran importancia en la vida profesional de los docentes a causa de varios roles que estos profesionales deben seguir en su trabajo” (Hassan, Sulaiman, Darusalam, Karim, y Radzi, 2019, p. 64). El estrés de rol se constituye en tres factores esenciales: conflicto de roles, ambigüedad de roles y sobrecarga de roles (Espinosa, Deroncele y Medina, 2020).

La literatura científica constata que los docentes expuestos al estrés son más propensos a enfermar y sentar bases para que un trastorno de este tipo se desarrolle, afecte su calidad de vida y se sientan menos comprometidos con las organizaciones, de modo que el estrés de rol afecta negativamente el engagement (Al-Kahtani, Ali Khan y Allam, 2016). Conley y You (2009) plantean que el estrés de rol ha sido un desvelo de gran impacto en la investigación del comportamiento organizacional, considerando que impacta negativamente en la satisfacción de los docentes, a partir de aspectos como la reducción de la autoestima y crecimiento de impotencia e insatisfacción.

Ello concuerda con R Richards, Washburn, y Hemphill (2017) cuando sostienen que es interesante reducir el estrés y desfallecimiento emocional del educador a la vez que Washburn, Richards, y Sinelnikov (2020) afirman cómo la importancia percibida puede reducir el estrés del rol y aumentar la satisfacción de las necesidades psicológicas.

El principio epistemológico del estrés de rol compromete la teoría de la socialización de roles (R. Richards y Andrew, 2015). Cuando los individuos tienen expectativas incongruentes para el desempeño de los roles sociales, surgen desafíos en forma de estrés de rol (Conley y You, 2009, citados en R Richards, Washburn, y Hemphill, 2017). Por ello, se asume el siguiente precepto:

...el estrés de rol se manifiesta en forma de agobio de roles (expectativas incompatibles de desempeño de roles), sobrecarga de roles (expectativas de roles superan el tiempo o los recursos disponibles), y ambigüedad de rol (expectativas de rol falta de claridad, incertidumbre para guiar comportamiento (Hindin, 2007, citados en R Richards, Washburn, y Hemphill, 2017).

- Engagement en docentes

El engagement es un tema relativamente nuevo, y los estudios muestran una evolución exponencial en los últimos cinco años en docentes. Justo desde inicios del siglo XXI, hubo una masiva preferencia hacia la psicología positiva, produciéndose un desarrollo en atención de la mala vitalidad y el malestar con destino la promoción de la de la salud y el bienestar. Por esta causa, la psicología del trabajo ha emprendido a centrar su atención en los aspectos positivos del cometido y, entre ellos, en el engagement o compromiso laboral (Tomás, De Los Santos, Georgieva, Enrique y Fernández, 2018).

El engagement se describe por la entrega, ofrecimiento el vigor y la absorción, y puede medirse a través de la Escala de compromiso laboral de Utrecht (UWES), que enlaza el compromiso de cualquier agrupación ocupacional (Tomás, De Los Santos, Georgieva, Enrique y Fernández, 2018; Schaufeli y Bakker, 2003). Esta perspectiva trifactorial aplicada en diversos contextos, se resume así:

El engagement o compromiso laboral ha sido definido como una actitud positiva hacia el trabajo, caracterizada por el vigor, la dedicación y la absorción. El vigor se ilustra con la presencia de resiliencia mental y altos niveles de energía en el lugar de trabajo, así como la motivación para invertir esfuerzos en el propio trabajo a pesar de toda la oposición. La dedicación se relaciona con "estar fuertemente involucrado en el propio trabajo y experimentar una sensación de importancia, entusiasmo inspiración, orgullo y desafío" Por último, la absorción, se refiere al logro de altos niveles de concentración y a la sensación de que el tiempo pasa rápidamente mientras se trabaja, hasta el punto de que resulta difícil desprenderse del trabajo. (Schaufeli, Salanova, González-Romá, y Bakker, 2002; Schaufeli y Bakker, 2003; Schaufeli, Taris y van Rhenen, 2008, citados en Tomás, De Los Santos, Georgieva, Enrique y Fernández, 2018, p.89).

METODOLOGÍA

La propuesta metodológica se centra en el mapeo epistémico (Deroncele et al., 2021a), en este sentido se asume el paradigma sociocrítico como paradigma de investigación científica (Deroncele, 2020b), se utiliza un enfoque de investigación mixto (Hernández y Mendoza, 2018) a partir de la consideración de fases cualitativas y cuantitativas que permitieron hacer meta-inferencias para la

integración de los resultados y la proyección de la propuesta de mejora. Se despliega un tipo de investigación aplicada en tanto fue utilizado teorías e instrumentos existentes sobre engagement y estrés de rol para interpretar o diagnosticar procesos de la realidad en sujetos en su ambiente natural (Deroncele, et al., 2021a), así mismo se reconoce un tipo de estudio transversal (pues tomó los resultados en un momento único) con un alcance descriptivo (Hernández y Mendoza, 2018). Se empleó como métodos (diseño) de investigación el estudio de casos (de tipo único).

Las técnicas e instrumentos de recolección de la información fueron:

1. Cuestionario de estrés de rol (que evalúa las dimensiones de Ambigüedad, Conflicto y Sobrecarga, con 17 ítems). Cuestionario de Rizzo, House y Lirztman (1970, citado en Espinosa-Pérez et al., 2020)
2. Cuestionario de engagement (que evalúa las dimensiones de Vigor, Dedicación y Absorción, con 9 ítems). El instrumento Utrecht Work Engagement Scale (Schaufeli et al. 2002, citado en Deroncele et al., 2021c),
3. Entrevista semiestructurada (que permitió a partir del establecimiento de un tópico afirmativo explorar retos del profesorado ante la enseñanza digital para un desempeño exitoso y saludable, y con ello establecer las bases de una comunidad positiva de aprendizaje).

En torno al procedimiento para el análisis de la información y determinación de los resultados, los cuestionarios de estrés de rol y engagement se procesaron con el SPSS en su versión 25 y la entrevista semiestructurada con el Atlas.ti versión 4.7.

La investigación se apoyó de métodos teóricos como el análisis-síntesis y el método inductivo-deductivo (Deroncele et al., 2021a). La muestra estuvo conformada por 66 docentes de una universidad pública de Ecuador. Se desarrolló un muestreo no probabilístico intencional, considerando que “en las muestras no probabilísticas, la elección de las unidades no depende de la probabilidad, sino de razones relacionadas con las características y contexto de la investigación” (Hernández y Mendoza, 2018, p. 200). En este sentido se valoraron como criterios de selección: 1.- la voluntariedad y disposición de los docentes en torno a la investigación 2.- ser docente universitario con al menos un año de experiencia, 3.- contar con experiencia de actividad docente durante la pandemia de la COVID-19.

En el caso de ambos cuestionarios se obtuvo una consistencia interna alta teniendo en cuenta los resultados del alfa de Cronbach: estadística de fiabilidad (Tabla 1).

Tabla 1. Estadística de fiabilidad de los cuestionarios de engagement y estrés de rol

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	66	100.0
	Excluido ^a	0	.0
Total		66	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos	
.808	.830	9	

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	66	100.0
	Excluido ^a	0	.0
Total		66	100.0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos	
.833	.749	17	

Fuente: Elaboración propia

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de la fase cuantitativa específicamente relacionados con la estadística descriptiva, resumiendo el comportamiento de ambas variables en una tabla de frecuencia sobre el Engagement (tabla 2) y una tabla de frecuencia sobre el Estrés de Rol (tabla 3). Luego en un segundo momento se presentan los resultados asociados a la estadística inferencial.

Tabla 2. Niveles del Engagement

Variable y dimensiones	\bar{X}	Ds	Bajo		Medio		Alto	
			fi	%	fi	%	fi	%
Engagement	2.9	0.3	0	0	6	9.1	60	90.9
Absorción	3	0.0	0	0	0	0	66	100
Dedicación	2.6	0.5	1	1.5	18	27.3	47	71.2
Vigor	3	0.0	0	0	0	0	66	100

Fuente: Elaboración propia

Los resultados de la estadística descriptiva demuestran que, el 90,9% de los docentes presentan un nivel alto de engagement, y el 9,1% un nivel medio; por su parte el comportamiento de las dimensiones refleja en que si bien el 100% de los encuestados tienen un nivel alto de absorción (concentración) y vigor (energía y resiliencia para invertir esfuerzo en el trabajo), llama mucho la atención que la dimensión “dedicación” se está viendo afectada, 1,5% en nivel bajo, y un 27,3% nivel medio (lo cual es casi la tercera parte de la muestra), siendo la dimensión más desfavorable con solo un 71,2% en nivel alto, lo cual revela que las dificultades en el compromiso actualmente se están expresando a nivel de la dedicación de los docentes. Esto levanta una alerta pues la dimensión de dedicación se refiere a “la implicación en el trabajo y la experimentación de sentimientos relacionados con la importancia, el entusiasmo, la inspiración, el orgullo y el reto de ser docente” (Deroncele et al., 2021c, p. 1108) y si ello se está viendo afectada esto puede traer implicaciones directas en los resultados de trabajo.

Tabla 3. Niveles del Estrés de Rol

Variable y dimensiones	\bar{X}	Ds	Bajo		Medio		Alto	
			fi	%	fi	%	fi	%
Estrés de rol	1.7	0.5	25	37.9	37	56.1	4	6
Ambigüedad	1.1	0.2	60	90.9	6	9.1	0	0
Conflicto	2.2	0.6	10	15.2	35	53	21	31.8
Sobrecarga	2.1	0.8	18	27.3	23	34.8	25	37.9

Fuente: Elaboración propia

Los resultados estadísticos del estrés de rol connotan que más del 60% de los docentes encuestados presentan síntomas al ubicarse el 56,1% en nivel medio, y el 6% en nivel alto, encontrándose solo el 37,9% con un nivel bajo de estrés de rol. Por su parte el análisis dimensional corrobora que las dimensiones más afectadas son la sobrecarga y el conflicto; en el caso de la sobrecarga un 34,8% en nivel medio y un 37,9% en nivel alto, lo cual indica la alta cifra de un 72,7% con síntomas preocupantes; solo un 27,3 presenta un nivel bajo de estrés de rol, asimismo la dimensión de

conflicto solo el 15,2% presenta un nivel bajo, estando el 53% en nivel medio, y el 31,8% en nivel alto, lo cual revela la alta cifra de 84,8% con síntomas que ameritan una intervención urgente.

Estadística inferencial

Prueba de hipótesis

Para esta prueba se llevó a cabo una estadística no paramétrica, al ser ambas variables cualitativas y provenir los datos de una escala ordinal que no cumplen el supuesto de distribución normal, siendo libres de distribución (Sánchez y Pongo, 2014; citado en Deroncele et al., 2021c). Al respecto se manejó el estadístico Rho de Spearman, representado en la siguiente expresión:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

Aquí D representa la diferencia entre los correspondientes estadísticos de orden x-y, N es el número de parejas. Los valores para interpretar oscilan entre -1 y +1 indicando las asociaciones negativas o positivas respectivamente y los índices varían desde una correlación perfecta negativa hasta una correlación perfecta positiva” (Deroncele et al., 2021).

Hipótesis: Existe relación entre el engagement y el estrés de rol

Hipótesis estadística

Ho: No existe relación entre el engagement y el estrés de rol

Ha: Existe relación entre el engagement y el estrés de rol

Nivel de significancia

Se considera el nivel de significancia teórica $\alpha = ,05$ que corresponde a un nivel de confiabilidad de 95%

Regla de decisión

Rechazar la Ho cuando la significancia observada (p-valor) sea menor que α y aceptar Ho cuando la significancia observada (p-valor) sea mayor que α .

Tabla 4. Correlaciones entre el Engagement y el Estrés de Rol

			Engagement	Estrés de rol
Rho de Spearman	Engagement	Coefficiente de correlación	1,000	-,263*
		Sig. (bilateral)	.	,033
		N	66	66
	Estrés de rol	Coefficiente de correlación	-,263*	1,000
		Sig. (bilateral)	,033	.
		N	66	66
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).				

Fuente: Elaboración propia

Los resultados del coeficiente de correlación Rho de Spearman demuestra una relación $r_s = -,263^*$ entre el engagement y el estrés de rol. Como el valor Sig., sale menor al valor teórico $\alpha = 0,05$, significa que existe relación entre engagement y estrés de rol, pero como sale -0.26 , indica que es inversa o negativa, lo que significa que a mayor estrés menor engagement o viceversa, lo cual es constatado con la prueba de los coeficientes del modelo de regresión logística.

El significado de ello constata que los resultados del coeficiente de correlación Rho de Spearman demuestra una relación negativa débil ($r_s = -,263^*$) entre el engagement y el estrés de rol, lo que significa que a mayor estrés menor engagement o viceversa. Asimismo, el valor observado Sig. = 0.033 resulta menor al valor teórico $\alpha = 0,05$, lo cual indica que, estadísticamente existe relación significativa entre engagement y estrés de rol.

Tal como se observará en la discusión, como tendencia los estudios han demostrado que el estrés de rol tiene una relación significativa y negativa con el engagement, es decir, a medida que aumenta el estrés de rol, disminuye el engagement (compromiso), pero pocos han abordado de manera específica la relación entre las dimensiones. En este sentido si bien el presente estudio corrobora la tendencia de relación significativa con el engagement, se constató una relación negativa débil. A partir de allí teniendo en cuenta que los resultados estadísticos demostraron que en el engagement la única dimensión afectada es la “dedicación” y que en el estrés de rol

se comprobó un alto nivel de sobrecarga y conflicto, se procedió a comprobar cómo es la relación específica entre la sobrecarga y el conflicto con la dedicación, encontrando que la sobrecarga es el aspecto que más impacta de manera significativa y negativa en la dedicación.

- Síntesis interpretativa cualitativa

Por otra parte se contó con una proposición cualitativa “Mencione tres nuevos retos del profesorado ante la enseñanza digital para un desempeño exitoso y saludable” evaluada a través del análisis de contenido y sintetizado a partir del programa de la construcción de códigos y categorías (familias) emergentes a través del software Atlas.ti.

Los docentes tuvieron una amplia participación constatándose en las múltiples propuestas que fueron integradas en más de 30 códigos, agrupados en 5 categorías emergentes, todo ello se presenta de manera sintética a continuación.

Resiliencia laboral: resiliencia, cuidar la salud; adaptación al cambio, manejo del estrés, salud emocional, física y mental, manejo socioemocional, praxis en salud vía online, enfrentar crisis, trabajo en entornos cambiantes, conocer recursos de autoayuda.

Empoderamiento psicológico: motivación por el aprendizaje, dedicación, amor al trabajo, responsabilidad compartida, convicción de alcanzar las metas, resultados exitosos, dominio del trabajo, ser parte de la solución.

Clima organizacional placentero: trabajo en equipo, interdiscipliniedad, motivación, empatía, escucha, tranquilidad, actitud servicial, ser comprensivo y dócil, comunicación efectiva y afectiva; adaptabilidad, apertura y confianza, competencias comunicativas.

Innovación y Creatividad en TIC: uso didáctico de las TIC, capacitación digital, cultura digital, manejo de habilidades digitales, dominio de herramientas tecnológicas, pedagogía innovadora, uso de recursos tecnológicos; cambio de mentalidad en educación tecnológica, aprender sobre la sociedad digital, buena comunicación en entornos digitales; aplicación de las TIC; aprender a aprender en digital, investigación constante en TIC.

Manejo del tiempo: complementar labores domésticas y familiares, organización del trabajo, administración el tiempo; economizar el tiempo, adecuación del tiempo de trabajo, organizar la carga laboral, respetar los horarios, Dedicar tiempo al disfrute con la familia.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos coinciden con los resultados del estudio reciente de Deroncele et al. (2021c) donde se afirma que el estrés de rol influye en el engagement, demostrando estadísticamente que a mayor nivel de estrés de rol será menor el engagement.

Esto significa una alerta urgente, revelando la necesidad de intervenciones psicosociales que permitan desarrollar recursos de afrontamiento a los docentes para el manejo efectivo (prevención y dominio) del estrés de rol (Espinosa y Deroncele, 2020) y con ello construir una organización laboral saludable (Espinosa, Deroncele y Medina-Zuta, 2020). El alto nivel de sobrecarga y conflicto pudiera estar influyendo en las afectaciones existentes en la dedicación de los docentes.

Llama la atención que la dimensión de ambigüedad muestra un nivel bajo, ello indica que los docentes tienen claridad de lo que se debe hacer, sin embargo, el sentimiento de una alta carga laboral que se expresa en sobrecarga y las demandas incompatibles, o el no estar alineado a nivel de objetivos y metas con sus compañeros está generando el estrés de rol que se ha podido constatar en el presente estudio.

Garrosa, Moreno-Jiménez, Rodríguez-Muñoz, Rodríguez-Carvajal (2011), demuestran que el estrés de rol constituye un importante predictor del engagement, por su parte tal como se mencionaba anteriormente Deroncele et al. (2021c) relevan que el estrés de rol se correlaciona significativa y negativamente con el engagement, en estudios específicos que analizan algunas de las dimensiones de estrés de rol y engagement se destaca el estudio de Han, Han, An y Lim, (2015) quienes demuestran que la ambigüedad de rol reduce el compromiso organizacional, y por otro lado Orgambidez y Benítez (2021) destacan el efecto obstáculo del conflicto de roles sobre el compromiso laboral y sostienen que una adecuada definición de los roles en la organización ayuda a reducir los niveles de conflicto de roles, aumentando el vínculo emocional con la organización.

Otros resultados han demostrado que el conflicto y la ambigüedad de roles (como dimensiones del engagement) y el compromiso laboral, son predictores significativos de la satisfacción laboral (Orgambidez-Ramos, Pérez-Moreno y Borrego-Alés, 2015). En esta misma línea se constata que los empleados comprometidos generalmente están más satisfechos con su trabajo (Moura, Orgambidez-Ramos y Gonçalves, 2014). Según el modelo

JDR (Schaufeli y Bakker, 2004), el compromiso puede producirse mediante dos tipos de condiciones laborales: demandas laborales (es decir, estrés de rol) y recursos laborales (es decir, autoeficacia). Por lo general en los estudios que examinan el papel del estrés de roles (ambigüedad de roles y conflicto de roles) y el compromiso laboral como antecedentes de satisfacción laboral, los resultados respaldan el modelo JDR al mostrar que la satisfacción laboral puede predecirse mediante el proceso motivacional y las demandas laborales (Moura, Orgambidez-Ramos y Gonçalves, 2014; Orgambidez-Ramos, Borrego-Alés y Mendoza-Sierra, 2014).

Así se comprueba también que los factores de estrés del rol (ambigüedad, conflicto y sobrecarga) influyen de manera negativa en la satisfacción laboral (Conley y You, 2009, citados en R Richards, Washburn, y Hemphill, 2017); sin embargo se proyecta que los docentes pueden asumir estrategias proactivas para afrontar situaciones exigentes y cubrir efectos del estrés laboral (De Stasio, Benevene, Pepe, Buonomo, Ragni, y Berenguer, 2020), pues se ha constatado que el estrés impacta negativamente en factores psicosociales de éxito como la comunicación, la motivación, la satisfacción, el compromiso, la toma de decisiones, entre otros (Deroncele, et al., 2021b). Por ello es importante dotar a los docentes de estrategias y estilos de afrontamiento; buscando dinamizar elementos como el empoderamiento psicológico, la autoeficacia creativa, la motivación por el aprendizaje en el lugar de trabajo y la autoconfianza (Deroncele, Anaya, López y Santana, 2021).

Por su parte los resultados cualitativos revelan cinco categorías emergentes que se constituyen en ejes dinamizadores positivos de una comunidad docente de aprendizaje. EL empoderamiento psicológico por ejemplo es abordado como factor de motivacional “y se refiere al aumento de la motivación intrínseca de un individuo en su rol laboral, y se manifiesta en cuatro dimensiones: significado, competencia, autodeterminación e impacto (Appuhami, 2019, citados en Deroncele, Anaya, López y Santana, 2021), a su vez los elementos revelados como parte del clima organizacional positivo dan cuenta de la importancia de promover un clima de tarea, metas, apoyo e innovación (Deroncele, Medina y Gross, 2020), así mismo la resiliencia, innovación y creatividad en TIC y manejo del tiempo se inscriben hoy como propuestas emergentes pertinentes entre los nuevos retos del profesorado ante la enseñanza digital para un desempeño exitoso y saludable. En relación a estos resultados emergentes se realiza un abordaje que se constituye en la base de una propuesta de mejora para el logro de una comunidad docente

de aprendizaje desde una perspectiva positiva y luego se propone un sistema de acciones para solventar el estrés de rol en dicha comunidad.

- Comunidad positiva de aprendizaje

Este apartado ofrece el abordaje de una cualidad comunitaria centrada en los elementos positivos de los grupos humanos, para ello se recurre a una síntesis de bases conceptuales relacionadas con la categoría “comunidad positiva” y luego se exponen algunos criterios que ayudarán a conformar una comunidad docente de aprendizaje con enfoque positivo.

Desde una perspectiva de procesos correctivos comunitarios se reconoce en primer lugar el impacto del enfoque de Normas Comunitarias Positivas, conocida como PCN por sus siglas en inglés “Positive Community Norms” en corregir las percepciones erróneas de normas grupales (Linkenbach et al., 2021), para ello es importante “crear un ambiente de aprendizaje positivo basado en la comunidad” (Box, Paye y Gallardo-Williams, 2020, p. 341), a partir del reconocimiento de los momentos propicios para la enseñanza y transformarlos en ocasiones de aprendizaje así como “dedicar actividades organizadas en el tiempo libre a la formación de prácticas de salud comunitaria positivas” (Borraccino et al., 2020, p.1).

La base central de los elementos anteriores radica en promover relaciones positivas con la comunidad donde juega un papel importante la psicología social (Williams et al., 2019), ello requiere pensar a la comunidad como sujeto activo, protagonista y creador de sus propias herramientas de resiliencia, salud y bienestar, siendo esencial que los proyectos y programas de intervención psicosocial trasciendan de la consulta a la colaboración como fórmula para crear un marco participativo para el compromiso comunitario positivo (Jami y Wals, 2017).

A partir de la sistematización de los elementos anteriores sobre comunidades positivas se connota que “crear y sostener comunidades de aprendizaje requiere de un conjunto de presupuestos teóricos y líneas de acción que merecen consideración” (Escudero, 2009, p. 8). De modo que el término comunidad aprendizaje se puede considerar como positivo con sentido de pertenencia filiación (Escudero, 2009). Para que los docentes puedan diligenciar su vitalidad y desempeño laboral de manera práctica es necesario trascender el modelo basado en el déficit y centrarse en sus potencialidades como sujeto (Deroncele et

al., 2021b). Para ello deben formarse comunidades docentes donde estos compartan sus buenas prácticas centradas en sus vivencias y experiencias formativas lo cual permite amplificar el núcleo positivo en y desde el grupo humano (Deroncele, 2015).

“La comunidad docente de aprendizaje se reconoce como una práctica valiosa y necesaria para modificar las creencias y convicciones sobre el proceso de enseñanza en la universidad, que asegura la reflexión sobre el adiestramiento, la formación, la responsabilidad y la toma de decisiones de los profesores en su contexto natural” (De Dios, 2020, p.61).

“Los sistemas interactivos de actividad donde los individuos participan, generalmente para lograr objetivos que son significativos en relación a su condición de miembros de comunidades de práctica” (Greeno, 1989, citado en Escudero, 2009, p.11) a partir de considerar el conocimiento y el aprendizaje como fenómenos sociales y culturales situados en contextos de actividad (Brow, Colling y Duguid, 1989, citado en Escudero, 2009).

En la literatura científica se reconocen varias características y procesos de las comunidades docentes de aprendizaje, el presente estudio asume las planteadas por Silins, Zarinzs y Mulford (2002, citados por Escudero, 2009) quienes plantean las siguientes: 1.- indagación ambiental, 2.- visión y metas compartidas por la comunidad, 3.- colaboración, 4.- toma de iniciativas, 5.- revisión regular, seguimiento y evaluación reflexiva y crítica, 6.- reconocimiento del trabajo, 7.- formación y desarrollo del profesorado. Otros estudios plantean la importancia de convertir las comunidades docentes de aprendizaje en instrumentos que permitan dinamizar el cambio para guiar el proceso de mejora continua e innovación sostenible (De Dios, 2020).

Así, la formación experiencial, que busca la transformación de los modelos de pensamiento, está basada en una reflexión crítica sobre la tarea de aprendizaje, incluso en varios entornos, todos los centros universitarios parecen tener un objetivo común: asegurar una formación que posibilite a los alumnos integrarse de manera activa, ética y responsable en una sociedad compleja como la de hoy. Los habitantes con formación universitaria tienen que tratar de entender esta época y contribuir a ofrecer contestación a las problemáticas sociales universales y tecnológicas, respetando los derechos humanos primordiales y protegiendo lo que dejaremos a las próximas generaciones (De Dios, 2020).

En el proceso enseñanza aprendizaje se implementan ecosistemas de aprendizaje basados en tutorías inteligentes donde se consideran tres áreas principales de la tecnología: a) dispositivos

de acceso, b) el software educativo y c) el contenido instruccional. Dando prioridad al avance de los dispositivos electrónicos reubicando las actividades educativas a través de dispositivos móviles, y software desarrollado con fines educativos, prácticamente personalizar la enseñanza, con imágenes, videos animaciones interactivas y enlaces relacionados a enriquecer nuestro saber (Fernández, Organista, López, 2019).

La vivencia parece dejar claro que un plan de formación para la transformación pide por lo menos un año de seguimiento, en el cual el instructor se implique con otro, estas posibilidades le ayudan a explorar en la práctica el participar en un diálogo activo con otros, al tiempo que le permiten cuestionar y cambiar el sentido de su pericia como maestro. La destreza de aprendizaje colaborativo le da la posibilidad de cuestionar los papeles que se establecen en su aula (Rico Molano, 2016). Para los docentes universitarios la existencia de una comunidad es como una hoguera en un día lluvioso, que necesita un avivamiento constante o tenderá a menguar (Pemantle, 2020), por ello es vital identificar los recursos más útiles para la comunidad (Matyas y Silverthorn, 2015), consolidándose comunidades de práctica en acción que fomentan el desarrollo de nuevos conjuntos y sociedades de enseñanza (Matyas y Silverthorn, 2015).

En síntesis, a través de las comunidades docentes, la educación se transforma y mejora, los sistemas educativos son más dinámicos, las experiencias y el adiestramiento son el centro de atención en el que las personas sostienen intereses y propósitos comunes, comparten determinados sistemas de creencias modos de hacer y ver y comportarse, esto les hace partícipes, les permite aprender conocimientos y desarrollar capacidades. Tales condiciones amplían sus dominios, espacios tiempos y expresiones comunitarias presenciales y virtuales (Escudero, 2009).

A continuación se presenta el modelo de comunidad positiva de aprendizaje emergente a partir de la codificación y categorización en el Atlas.ti (Figura 1) que integra los factores psicosociales emergentes como: 1.- Resiliencia Laboral (RL), 2.- Empoderamiento, Psicológico (EP), 3.- Innovación y creatividad en TIC (ICTIC), 4.- Manejo del Tiempo (MT), y 5.- Clima Organizacional Placentero (COP); también elementos dinamizadores de comunidad positiva como: 1.- Normas Comunitarias Positivas (NCP), 2.- Ambiente de Aprendizaje Positivo (AAP), 3.- Formación y Prácticas en Salud Comunitaria Positiva (FPSCP), 4.- Compromiso Comunitario Positivo (CCP) y 5.- Relaciones Positivas Comunitarias (RPC)

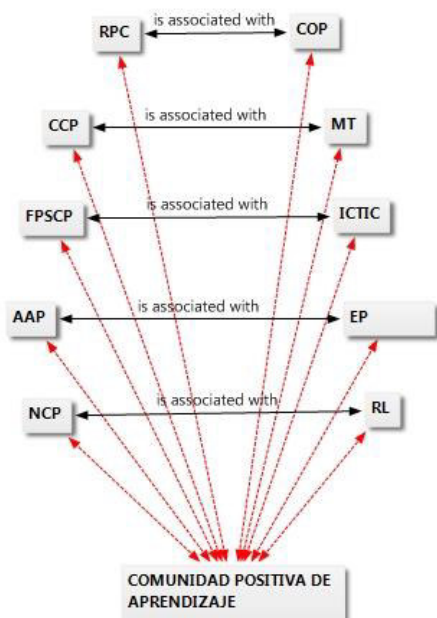


Figura 1. Modelo emergente de Comunidad positiva de aprendizaje
Fuente: Elaboración propia

A partir de los resultados del estudio y teniendo en cuenta que la comunidad de docente no es necesariamente experta en temas de psicología, se propone un sistema de acciones con un vocabulario cercano y de fácil comprensión, se presenta así un diagrama que contempla tres fases el manejo efectivo del estrés en los docentes (fase preventiva –Figura 2-, fase de dominio –Figura 3- y fase de manejo del estrés en y desde el aula –Figura 4-)



Figura 2. Fase de prevención del estrés de rol
Fuente: Elaboración propia

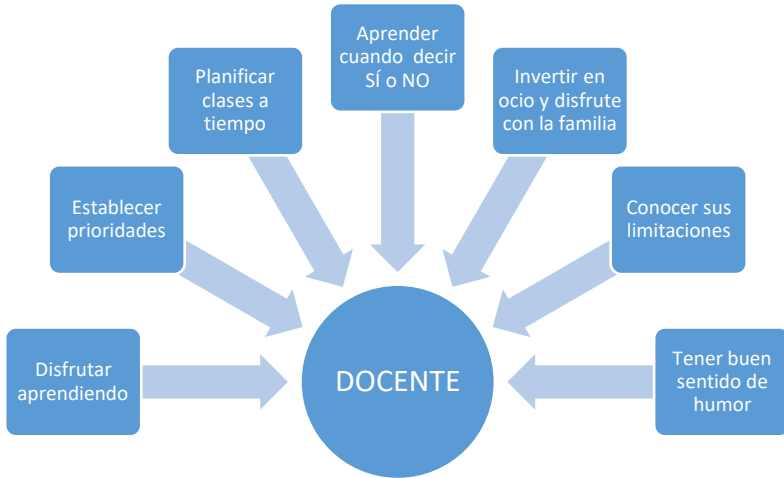


Figura 3. Fase de dominio del estrés de rol

Fuente: Elaboración propia

	Romper rutinas en el aula (presencial o virtual) <ul style="list-style-type: none">• Reflexionar sobre el uso efectivo de las herramientas. Desarrollar actividades variadas, favorece la participación, creatividad y disminuye la monotonía
	Incorporar juegos en el aula (presencial o virtual) <ul style="list-style-type: none">• Ubicar desafíos y competencias en grupos pequeños, combinar teoría y práctica, hacer clases dinámicas con ejemplos de la vida cotidiana
	Redecorar en el aula (presencial o virtual) <ul style="list-style-type: none">• Mover sillas, mesas, cambiar colores y figuras del entorno virtual, etc., permite un ambiente agradable y propicio para el aprendizaje.
	Comunicar afectos en el aula (presencial o virtual) <ul style="list-style-type: none">• Practicar la escucha participativa, mediar conflictos de manera positiva, esclarecer dudas de manera asertiva.
	Aceptar y agradecer en el aula (presencial o virtual) <ul style="list-style-type: none">• Reflexionar sobre las actitudes ante las reformas educativas, exigencias de los directivos, reglamentos docentes, agradecer al otro, respetar la diversidad, estar en paz consigo mismo.
	Aplicar prácticas saludables en el aula (presencial o virtual) <ul style="list-style-type: none">• Respirar, meditar, hacer una pausa activa en el trabajo, hacer ejercicios de Mindfulness

Figura 4. Fase de manejo del estrés de rol en y desde el aula

Fuente: Elaboración propia

CONCLUSIONES

Los objetivos centrales del presente estudio se constituyen en: 1.- evaluar el nivel de engagement y estrés de rol, así como la relación entre ambas variables en una comunidad de docentes universitarios de Ecuador, y también 2.- identificar factores psicosociales que permitan gestionar un desempeño exitoso y saludable, desde la perspectiva de una cualidad comunitaria con enfoque positivo y salutogénico.

Así, relacionado con el primer objetivo se constata que el 90,9% de los docentes presentan un nivel alto de engagement, y el 9,1% un nivel medio; por su parte el comportamiento de las dimensiones refleja en que, si bien el 100% de los encuestados tienen un nivel alto de absorción y vigor, en contraste la dedicación se está viendo afectada.

Más del 60% de los docentes encuestados presentan síntomas de estrés de rol al ubicarse el 56,1% en nivel medio, y el 6% en nivel alto, encontrándose solo el 37,9% con un nivel bajo de estrés de rol. Por su parte el análisis dimensional corrobora que las dimensiones más afectadas son la sobrecarga y el conflicto. La ambigüedad muestra un nivel bajo, esto indica que los docentes tienen claridad de lo que se debe hacer, sin embargo, tienen mucha carga de trabajo o reciben demandas incompatibles.

El análisis correlacional revela que existe relación significativa e inversa o negativa entre engagement y estrés de rol, lo que significa que a mayor estrés menor engagement o viceversa, lo cual es constatado con la prueba de los coeficientes del modelo de regresión logística.

Relacionado con el segundo objetivo se pudo revelar cinco factores psicosociales que permitan gestionar un desempeño exitoso y saludable, desde la perspectiva de una cualidad comunitaria con enfoque positivo y salutogénico: 1.- Resiliencia laboral, 2.- Empoderamiento psicológico, 3.- Clima organizacional placentero, 4.- Innovación y Creatividad en TIC, 5.- Manejo del tiempo; relacionado con ello se propuso un sistema de acciones para solventar el estrés de rol en la comunidad de docentes.

La discusión de los resultados permitió constatar a partir de estudios previos que ciertamente el estrés de rol influye en el engagement, demostrando estadísticamente que a mayor nivel de estrés de rol será menor el engagement.

Del mismo modo se generó las bases para una propuesta de mejora que ofrece el abordaje de una cualidad comunitaria centrada en los elementos positivos de los grupos humanos, y se sintetizó en

elementos dinamizadores como: 1.- Normas Comunitarias Positivas, 2.- crear un ambiente de aprendizaje positivo basado en la comunidad, 3.- dedicar tiempo libre a la formación de prácticas de salud comunitaria positivas, 4.- promover relaciones positivas con la comunidad, y 5.- crear un marco participativo para el compromiso comunitario positivo.

Finalmente se reconoce que la comunidad docente de aprendizaje se constituye en una práctica valiosa y necesaria para modificar las creencias y convicciones sobre el proceso de enseñanza en la universidad, y a través de las mismas se transforma y mejora la educación, los sistemas educativos son más dinámicos, las experiencias y el adiestramiento son el centro de atención en el que las personas sostienen intereses y propósitos comunes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Kahtani, N.S., Ali Khan, N., y Allam, Z. (2016). Organizational role stress: An empirical perspective of university teachers of kingdom of Saudi Arabia. *International Journal of Applied Business and Economic Research*, 14(3), 1991-2013.
2. Allam, Z. (2017). A scientific approach to understand role stress amongst business school teachers. *Man in India*, 97(10), 183-196.
3. Ayuso-Marente, J. A. (2006). Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout. *Revista Iberoamericana de Educación*. Recuperado de: <https://rieoei.org/historico/deloslectores/1341Ayuso.pdf>
4. Barreto Gutiérrez, M. X., Piamonte Sierra, J. C. (2020). Estrés laboral en comunidad docente. Tesis de maestría. Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado de: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/17678/3/2020_estres_laboral.pdf
5. Borraccino, A., Lazzeri, G., Kakaa, O., (...), Dalmasso, P., Lemma, P. (2020). The contribution of organised leisure-time activities in shaping positive community health practices among 13-and 15-year-old adolescents: Results from the health behaviours in school-aged children study in italy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18),6637, 1-12, DOI: 10.3390/ijerph17186637
6. Box, M., Paye, C., Gallardo-Williams, M.T. (2020). Creating

- a positive, community-based learning environment in a chemistry department. *Journal of Chemical Health and Safety*, 27(6), 341-345, DOI: 10.1021/acs.chas.0c00033
7. Conley, S., y You, S. (2009). Teacher role stress, satisfaction, commitment, and intentions to leave: A structural model. *Psychological Reports*, 105(3), 771-786. DOI: 10.2466 / PRO.105.3.771-786
 8. De Dios, T. (2020). Transformación de un modelo educativo a través de la formación y las comunidades docentes de aprendizaje. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 95(34)61-78
 9. De Stasio, S., Benevene, P., Pepe, A., Buonomo, I., Ragni, B., y Berenguer, C. (2020). The Interplay of Compassion, Subjective Happiness and Proactive Strategies on Kindergarten Teachers' Work Engagement and Perceived Working Environment Fit. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 4869. doi:10.3390/ijerph17134869
 10. Deroncele, A. (2015). Estrategia educativa para la formación profesional integral del psicólogo en el contexto organizacional. Tesis de doctorado. Recuperado de: <https://bit.ly/3aDMnCd>
 11. Deroncele, A. (2020a). Competencias emocionales para el bienestar laboral y el desempeño de enfermeras en la atención a pacientes con COVID19. *Revista Cubana de Enfermería*. 2020; 36:e4193. Recuperado de: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4193/658>
 12. Deroncele, A. (2020b). Paradigmas de investigación científica. Abordaje desde la competencia epistémica del investigador. *Revista Arrancada*, 20(37), 211-225. <https://revistarrancada.cujae.edu.cu/index.php/arrancada/article/view/331/233>
 13. Deroncele Acosta, A., Medina Zuta, P., y Gross Tur, R. (2020). Gestión de potencialidades formativas en la persona: reflexión epistémica y pautas metodológicas. *Universidad y Sociedad*, 12(1), 97-104. Recuperado de: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/1417/1444>
 14. Deroncele Acosta, A., Gross Tur, R., y Medina Zuta, P. (2021a). El mapeo epistémico: herramienta esencial en la práctica investigativa. *Universidad Y Sociedad*, 13(3), 172-188. Recuperado de:

- <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2088>
15. Deroncele-Acosta, A., Medina-Zuta, P., Goñi-Cruz, F. F., Román-Cao, E. Montes-Castillo, M. M. y Gallegos-Santiago, E. (2021b). Innovación Educativa con TIC en Universidades Latinoamericanas: Estudio Multi-País. REICE. Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación, 2021, 19(4), en prensa:
<https://doi.org/10.15366/reice2021.19.4.00X>
 16. Deroncele-Acosta, A., Medina-Zuta, P., Goñi Cruz, F. F., Ramírez-Garzón, M. I., Fernández-Aquino, O., Roman-Cao, E., Montes-Castillo, M. M. (2021c). Digital competence, engagement and role stress in Latin American teachers. PSYCHOLOGY AND EDUCATION, 58(4), 1104-1118. <http://psychologyandeducation.net/pae/index.php/pae/article/view/4782>
 17. Deroncele Acosta, A., Anaya Lambert, Y., López Mustelier, R., y Santana González, Y. (2021d). Motivación en empresas de servicios: Contribuciones desde la intervención psicosocial. Revista Venezolana De Gerencia, 26(94), 568-584. <https://doi.org/10.52080/rvgluzv26n94.7>
 18. Escudero, J. M. (2009). Comunidades docentes de aprendizaje, formación del profesorado y mejora de la educación. *Ágora para la EF y el Deporte*, (10), 7-31
 19. Espinosa Pérez, S., Deroncele Acosta, A. (2020). Estrés de rol: aportaciones desde la intervención psicosocial educativa al logro de organizaciones laborales saludables. *Didasc@lia: Didáctica Y Educación* ISSN 2224-2643, 11(4), 187-199. Recuperado a partir de:
<http://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalía/article/view/1066>
 20. Espinosa, S., Deroncele, A., Medina, P. (2020). Estrategia de intervención psicosocial educativa para el manejo efectivo del estrés de rol en médicos y enfermeras: diagnóstico preliminar y bases epistemológicas. *Maestro y Sociedad*, 17(1), 12-24. <https://bit.ly/3vvySMg>
 21. Fernández, K., Organista, J., López, M. (2019). Experiencias innovadoras educativas. Universidad Autónoma de Baja California. Recuperado de: <https://bit.ly/3s8MSeK>
 22. Garrosa, E., Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Muñoz, A., Rodríguez-Carvajal, R. (2011). Role stress and personal resources in nursing: A cross-sectional study of burnout and engagement. *International Journal of Nursing Studies*, 48(4), 479-489. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.004

23. Han, S.-S., Han, J.-W., An, Y.-S., y Lim, S.-H. (2015). Effects of role stress on nurses' turnover intentions: The mediating effects of organizational commitment and burnout. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(4), 287-296. DOI: 10.1111 / jjns.12067
24. Hassan, M.F., Sulaiman, H., Darusalam, G., Karim, A.A.A., y Radzi, N.M. (2019). Management of role stress among the Malaysian primary school teachers. *Malaysian Online Journal of Educational Management*, 7(3), 64-79
25. Jami, A.A., Walsh, P.R. (2017). From consultation to collaboration: A participatory framework for positive community engagement with wind energy projects in Ontario, Canada. *Energy Research and Social Science*, 27, 14-24, DOI: 10.1016/j.erss.2017.02.007
26. Linkenbach, J.W., Bengtson, P.L., Brandon, J.M., (...), Roche, V.S., Thompson, S.J. (2021). Reduction of Youth Monthly Alcohol Use Using the Positive Community Norms Approach. *Child and adolescent Social Work Journal*, 38(1), DOI: 10.1007/s10560-020-00666-4
27. Matyas, M.L., Silverthorn, D.U. (2015). Harnessing the power of an online teaching community: Connect, share, and collaborate. *Advances in Physiology Education*, 39(1), 272-277. Recuperado de: <https://doi.org/10.1152/advan.00093.2015>
28. Moura, D., Orgambidez-Ramos, A., Gonçalves, G. (2014). Role stress and work engagement as antecedents of job satisfaction: Results from Portugal. *Europe's Journal of Psychology*, 10(2), 291-300. DOI: 10.5964/ejop.v10i2.714
29. Orgambidez, A., y Benítez, M. (2021). Understanding the link between work engagement and affective organisational commitment: The moderating effect of role stress. *International Journal of Psychology*, Article in Press. DOI: 10.1002/ijop.12741
30. Orgambidez-Ramos, A., Borrego-Alés, Y., Mendoza-Sierra, I. (2014). Role stress and work engagement as antecedents of job satisfaction in Spanish workers. *Journal of Industrial Engineering and Management*, 7(1), 360-372. DOI: 10.3926 / jiem.992
31. Orgambidez-Ramos, A., Pérez-Moreno, P.J., Borrego-Alés, Y. (2015). Estrés de rol y satisfacción laboral: examinando el papel mediador del engagement en el trabajo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 31(2), 69-77. DOI: 10.1016 / j.rpto.2015.04.001

32. Pemantle, R. (2020). Creating your own teaching community. *Notices of the American Mathematical Society*, 67(9), 1354-1356. Recuperado de: <https://www.ams.org/notices/202009/rnoti-p1354.pdf>
33. R Richards, K. A., Washburn, N. S., y Hemphill, M. A. (2017). Exploring the influence of perceived mattering, role stress, and emotional exhaustion on physical education teacher/coach job satisfaction. *European Physical Education Review*, 1356336X1774140. doi:10.1177/1356336x17741402
34. Richards, K., y Andrew R. (2015) Role socialization theory: The sociopolitical realities of teaching physical education. *European Physical Education Review*, 21, 379-393. <https://doi.org/10.1177/1356336X15574367>
35. Rico Molano, A. D. (2016). La gestión educativa: Hacia la optimización de la formación docente en la educación superior en Colombia. *Sophia*, 12(1), 55-70. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4137/413744648005.pdf>
36. Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25 (3), 293-315.
1. doi: 10.1002/job.248
37. Schaufeli, W. B., y Bakker, A.B. (2003). Test manual for the Utrecht Work Engagement Scale. <https://bit.ly/3uzK8q8>
38. Scheib, J.W. (2003). Role stress in the professional life of the school music teacher: A collective case study. *Journal of Research in Music Education*, 51(2), 124-136. DOI: 10.2307 / 3345846
39. Tomás, J.M., De Los Santos, S., Georgieva, S., Enrique, S., y Fernández, I. (2018). Utrecht work engagement scale in dominican teachers: Dimensionality, reliability, and validity. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 34(2), 89-93. DOI: 10.5093 / jwop2018a11
40. Unesco (2020). COVID-19 Y EDUCACIÓN SUPERIOR: POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES. Recuperado de: <https://www.iesalc.unesco.org/2020/04/08/covid-19-y-educacion-superior-politicas-publicas-nacionales/>
41. Washburn, N.S., Richards, K.A.R., y Sinelnikov, O.A. (2020). Investigating the relationships between perceived mattering, role stress, and psychological need satisfaction in physical education teachers. *Journal of Teaching in Physical Education*, 39(1), 48-58. DOI: 10.1123/jtpe.2018-0342

42. Williams, A., McKeown, S., Orchard, J., Wright, K. (2019). Promoting positive community relations: what can RE learn from social psychology and the shared space project? *Journal of Beliefs and Values*, 40(2), 215-227, DOI: 10.1080/13617672.2019.1596582

PERSPECTIVA COMUNITARIA DE NECESIDADES EN PROMOCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE SALUD MENTAL LATINOAMERICANA. REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Narcisa Santana Alarcón
Victoriano Camas Baena

RESUMEN

El presente artículo tiene como propósito realizar una revisión bibliográfica sistemática sobre la evaluación de las necesidades en promoción, prevención e intervención de la salud mental en latinoamericana desde la perspectiva comunitaria. La metodología corresponde a una revisión sistemática de la literatura, centrada en la búsqueda de estudios desarrollados en idiomas inglés y español, seleccionando Latinoamérica como ubicación geográfica y publicados entre el año 2016-2021. La búsqueda de artículos se llevó a cabo a través de las bases de datos Scielo, PubMed, Redalyc, Dialnet, y Researchgate. Los resultados demuestran que las necesidades en salud mental latinoamericana están asociadas por la ineficacia en las políticas públicas, la falta de prioridad en el área, que trae como consecuencia falta de actualización en los programas, y tratamientos aplicados, así como la falta de presupuesto y formación del personal de la salud en cuanto a los trastornos mentales y falta de contratación del personal especializado. En conclusión, la evidencia científica permite determinar que la perspectiva comunitaria está orientada a la dificultad para acceder a los servicios de salud mental, a los tratamientos y a la falta de información sobre la problemática, que debe ser guiada por profesionales que carecen de entrenamiento.

Palabras claves: Necesidades, prevención, promoción, intervención, salud mental comunitaria.

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial la promoción, prevención e intervención de salud mental resulta un tema de interés por su impacto en el bienestar general, calidad de vida y en el proceso de socialización. Resulta una problemática de gran impacto, con implicaciones en la salud pública por su alta prevalencia y cronicidad. Además, de no ser tratada, puede resultar incapacitante, afectando todas las áreas de funcionamiento del individuo, conllevando a repercusiones de

índole familiar, laboral y social.

Según una revisión metanalítica sobre la salud mental de 63 países, 1 de cada 5 personas padece una enfermedad mental, mientras un 29% de los encuestados señaló haber presentado en algún momento síntomas asociados a una enfermedad mental (Irrarázaval et al., (2016). Esto datos, evidencian la alta prevalencia de psicopatologías en la población, problemática con impacto mundial.

En países como Chile aproximadamente una quinta parte de la población adulta representada por el 19,7% ha presentado un trastorno mental, mientras el 22,5% de niños y adolescentes ha manifestado una enfermedad mental en algún momento. Siendo la fobia, fobia social, agorafobia, depresión y adicciones algunas de las más comunes en los adultos y en población infanto-juvenil las patologías más frecuentes son déficit de atención, trastornos conductuales y de ansiedad (Irrarázaval et al., (2016).

Estos datos resultan preocupantes, y la problemática se ve agravada como consecuencia de la dificultad que tienen las personas en recibir atención sanitaria a nivel mental. A pesar de la alta prevalencia, a nivel mundial solo se destina un 2,8% del presupuesto para atender la salud mental. En los países de bajos ingresos la situación es aún más precaria, solo se destina un 0,5% para dichos servicios. En el caso de la Región de las Américas, el presupuesto para los servicios de salud mental ronda entre el 0,2 y el 8,6%, en promedio el gasto es de aproximadamente el 2%. Debe señalarse, que el 60% de este presupuesto está destinado a los hospitales psiquiátricos dejando la menor parte para los servicios comunitarios (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Las patologías que afectan la salud mental resultan una limitante para quien la padece así como para su núcleo familiar y círculo social, representa un gasto de salud pública, además que en muchos casos el paciente pierde autonomía cuando la enfermedad resulta incapacitante, lo que limita y muchas veces imposibilita llevar a cabo interacciones sociales, actividades laborales, y daña las relaciones familiares (Organización Mundial de la Salud, 2019).

A pesar de todas las consecuencias de la salud mental, las políticas resultan ineficaces, una muestra de ello es el número de casos de enfermedades mentales en países como Perú, donde el 29% de la población ha presentado algún tipo de enfermedad mental, siendo los trastornos del estado de ánimo entre los más frecuentes (Hernández & Quizpe, 2017).

No obstante, son diversos los avances en materia de salud mental producto de la implementación de programas, establecimientos de

leyes y reglamentos orientados a la prevención e intervención de esta problemática. En países como Argentina la Ley de Salud Mental y el Plan Nacional en Salud Mental, orientada a los derechos humanos. Cambiando la perspectiva que las personas con un trastorno mental solo deben recibir atención psiquiátrica institucionalizada, por estrategias de atención primaria con base en la comunidad y el acceso a servicios de salud mental en instituciones hospitalaria de tipo general (Muñoz & Basco, 2016).

En el caso de Ecuador, en la última década los sistemas de salud han mejorado, alcanzando logros como el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Colectivo e Intercultural (MAIS-FCI que estipula que no solo deben considerarse los aspectos biológicos, destacando que los factores externos como las condiciones de vida también influyen sobre esta. De igual manera, ha resultado un avance el reconocimiento al rol de los usuarios, la familias y las organizaciones sociales y el papel fundamental que tienen los profesionales de la salud en el contexto de la atención primaria (Camas, 2018).

La situación mencionada, evidencia la importancia de atender la salud mental como pilar fundamental en el bienestar general de las personas. Por tal razón se requieren medidas desde diversos entes, comenzando por políticas dirigidas a la prevención, promoción e intervención de la salud mental, que atienda problemáticas como la falta de recursos destinados a esta problemática, escasez de profesionales especializados en el área, actualización de programas dirigidos a la salud mental (Becerra, 2020).

El presente artículo hace referencia de las necesidades que se han generado durante los últimos años en cuanto a la Promoción, Prevención e Intervención en Salud mental; reconociendo que a nivel Mundial y especialmente en Latinoamérica ante los diversos desastres naturales, problemas económicos, impactos ambientales y la reciente emergencia sanitaria por el COVID19, las mismas que han desencadenado en la población, inestabilidad económica, laboral, educativa, familiar, social, emocional y otras; por lo cual considero la pertinencia que ante la alteración de mencionadas esferas evaluar las formas de promocionar e Intervenir en la salud mental y a su vez prevenir los Trastornos mentales siendo desde ya una importancia en los Gobiernos Constitucionales desde sus políticas públicas, programas y estrategias en Salud Mental, educación y acción social deben estar integrados a la perspectiva comunitaria por ello se realiza la presenta revisión sistemática, analiza y detecta las necesidades desde los diversos estudios a través de los autores seleccionados.

El presente estudio tiene entre sus objetivos establecer una serie de recomendaciones para abordar la evaluación de necesidades en Salud mental comunitaria en el contexto de Paján-Ecuador, las cuales fueron elaboradas en base a la revisión de la literatura y se exponen en el apartado correspondiente al desarrollo.

Objetivo general

Realizar una revisión bibliográfica sistemática sobre la evaluación de las necesidades en promoción, prevención e intervención de la salud mental en latinoamericana desde la perspectiva comunitaria.

Objetivos específicos

- Revisar los presupuestos metodológicos de la evaluación de necesidades en salud mental latinoamericana que proponen y destacan los distintos autores.
- Describir las prácticas de promoción, prevención e intervención en salud mental comunitaria.
- Ofrecer recomendaciones para abordar la evaluación de necesidades en Salud mental comunitaria en el contexto de Paján-Ecuador.

METODOLOGÍA

Este apartado corresponde al diseño de la investigación especificando enfoque y tipo de estudio, lo que permitió alcanzar los objetivos planteados. También, se exponen los pasos a seguir y el método. De igual manera, orienta en cuanto a la recolección de información técnicas e instrumentos que permiten identificar los artículos que para efectos de esta investigación corresponden a la muestra (Arias, 2015).

El diseño del presente artículo es de tipo bibliográfico, orientado a recopilar ideas, postulados, teorías, resultados y conclusiones obtenidas por otros investigadores, que estén relacionados al fenómeno en estudio, de manera permite obtener un sustento teórico que posteriormente será analizado para la obtención de resultados de los cuales se ofrecerá una interpretación (Martín & Lafuente, 2017).

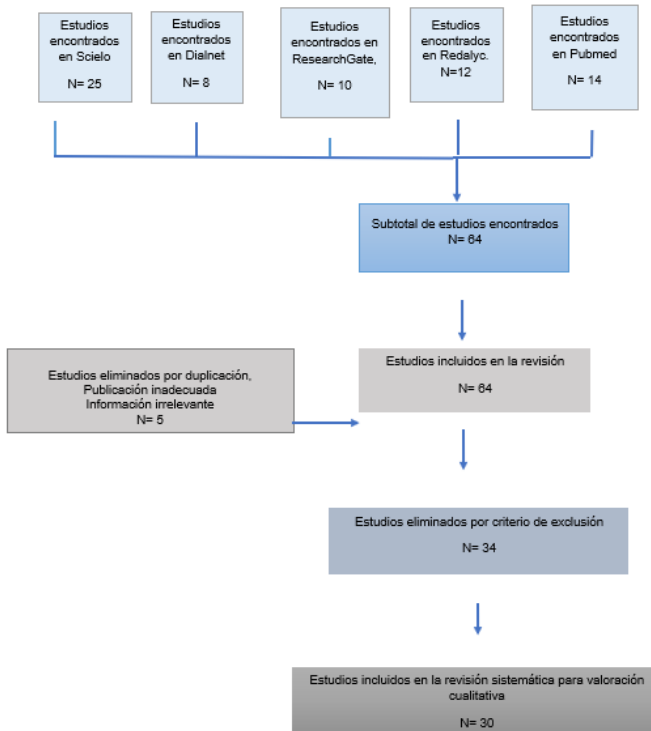
En cuanto al enfoque, corresponden a un paradigma cualitativo, el cual está centrado en exploración y descripción del objeto de estudio, esto permite establecer propuestas, incrementar el

conocimiento, indagar en la perspectiva de los investigadores, profundizar en la problemática de manera subjetiva. En función de ello se pueden realizar análisis y planteamientos sobre la evidencia científica encontrada (Cienfuegos, 2016).

Actualmente, se cuenta con una gran variedad de investigaciones que permiten llevar a cabo estudios de revisión sistemática, no obstante, se requiere de una estructura, basados en la investigación científica que aporten mayor validez al estudio, además guían en la búsqueda de información. Para efectos de este estudio se siguen los lineamientos establecidos para realizar la valoración PRISMA que propone una serie de parámetros que orientan sobre el desarrollo y presentación de las revisiones sistemáticas, esta valoración está compuesta por un diagrama de flujo que implica 4 fases (PRISMA-P Group, et al., 2016).

A continuación, en la figura 1 se presenta un esquema del proceso de selección de estudios basado en la valoración PRISMA

Figura 1
Proceso de selección de estudios



Nota. En el grafico 1 se evidencia el proceso de selección de

artículos realizado en 4 fases basados en la valoración PRISMA.

La estrategia de búsqueda está orientada a las palabras claves y variables investigadas; también se utilizó como estrategia los operadores booleanos AND y OR, que consisten en la realización de algoritmos elaborados con las palabras claves relacionándolas con el AND y el OR. Para efectos del estudio se realizaron los siguientes algoritmos de búsqueda: “perspectiva comunitaria” AND “necesidades en promoción” AND “salud mental” OR “salud mental comunitaria” “perspectiva comunitaria” AND “necesidades en intervención” AND “salud mental” “promoción” AND “prevención” AND “intervención” AND “salud mental latinoamericana”.

Resultó necesario establecer una serie de características que delimitaran la selección de los estudios. Los criterios fueron el periodo de publicación correspondiente a los años 2016 hasta 2021, desarrolladas en idioma inglés o español, ubicación geográfica seleccionando estudios realizados en Latinoamérica. De igual manera, se establecieron como criterios de exclusión estudios sin fundamento empírico, investigaciones duplicadas, artículos publicados antes del año 2016.

DESARROLLO

A continuación, se exponen de manera sintetizada la información de mayor relevancia encontrada en los artículos contenidos en la revisión de la literatura que aportan información respecto a la evaluación de necesidades en salud mental latinoamericana, seguidos de los artículos que hacen referencia a las prácticas de promoción, prevención e intervención en salud mental comunitaria.

Necesidades en salud mental latinoamericana

En lo que respecta a las necesidades de salud en América Latina, autores como Pinzón y Vásquez (2021) señalan la falta de instrumentos para explorar la salud mental dirigida a poblaciones específicas, situación que se hace evidente en las solicitudes de programas de salud orientadas a la atención de comunidades indígenas en México que hablan 16 lenguas diferentes. Además, por razones culturales se limitan a acceder a estos servicios, prefiriendo el uso de medicina tradicional, es decir también existe la necesidad de educar a las comunidades sobre la necesidad de atender el área mental desde un enfoque científico, advirtiendo de los riesgos que

esto representa.

Respecto, al tema de la desinformación y falta de conocimientos de la población sobre la importancia de mantener la salud mental y la prevención e intervención en los casos de trastornos psicológicos, resulta una limitante en la implementación adecuada de los programas orientados a atender la salud mental desde la promoción, prevención e intervención (Huarcaya, 2020).

También, resulta una necesidad el desarrollo de políticas que se adapten a las necesidades actuales de cada comunidad y que se adecuen al contexto social y cultural. Por lo general, la información acerca de los tratamientos intervención clínica no es recibida a los verdaderos interesados, es decir se desarrollan diversas iniciativas que resultan ineficaces porque no son atendidas las problemáticas que interfieren en su eficacia a nivel práctico. Se considera que una de las causas está relacionada a la falta de formación de los estudiantes y profesionales en cuanto a los modelos de tratamientos basados en la investigación y en el escaso conocimiento a nivel conceptual y procedimental (Tortella, et al., 2016).

En países como Colombia se hacen necesarios programas y políticas acordes a las necesidades de las comunidades, o que estas tengan como alternativa la adaptación a las problemáticas que caracterizan a ciertos grupos y sectores.

En muchos casos, la razón en la falta de atención o en la recepción del tratamiento está relacionada a gestiones administrativas, que por lo general dificultan el acceso a estos servicios a la mayoría de la población colombiana, además el número de profesionales como psiquiatras y psicólogos clínicos es escaso o no han recibido la formación adecuada para la aplicación de tratamientos e intervenciones (Rojas, Castaño, & Restrepo , 2018).

En el caso de Ecuador, investigaciones como las realizadas por Analuisa (2016) han identificado la falta de un plan operativo que incluya tiempos, indicadores, objetivos, responsables y financiamiento para cada uno de los lineamientos estratégicos, como una de las causas del fracaso en la implementación de programas dirigidos a la salud mental. De igual manera, se tiene la necesidad de mejorar los sistemas de información, coordinación y trabajo intersectorial que fomente la participación de diversos actores.

Cabe destacar que la inclusión de la salud mental en la agenda política del Ecuador resulto un avance en la materia, además puso en evidencia la necesidad de establecer una normativa que permita atender la problemática en cuanto la salud mental en el país.

Lamentablemente, la falta de participación y apoyo de los actores sociales, tiempos políticos acelerados y limitaciones técnicas y administrativas resultan factores que aun impiden un avance en cuanto a las políticas orientadas en la materia (Consejo de Participación Ciudadana y Control Social, 2021).

Ahora bien, el contexto idóneo para la promoción de la salud corresponde a la atención primaria, por resultar un área de fáciles accesos a un gran número de personas. Por otro lado, la evidencia científica ha demostrado que por lo general las personas que presentan algún tipo de malestar psicológico asisten a este tipo de centros. De allí la importancia que sea considerada la perspectiva biopsicosocial del ser humano en la cual lo psicológico y lo emocional estén integrados en los modelos de atención desde los niveles de atención primaria (Buitrago et al., (2018).

En Latino América los modelos de salud comunitaria surgen en respuestas a las deficiencias de los sistemas tradicionales de salud mental. Este tipo de propuestas, no fueron desarrolladas con base a la estructura de programas que incluyan la participación de otros entes de mayor acceso a las comunidades como las escuelas, organizaciones públicas y privadas, la iglesia, entre otras instituciones que ayudarían en su efectividad y alcance a un mayor número de personas (Dávila & Mercado , 2020).

Otra de las necesidades latentes en materia de salud mental, es la implementación de intervenciones terapéuticas bajo enfoques actualizados que aporten resultados en menor tiempo, que incluyan las terapias combinadas, que los equipos de atención sean multidisciplinarios integrando diversas especialidades en el área de salud mental, que integre a la familia y a la comunidad. Todos estos aspectos no son tomados en cuenta en los sistemas tradicionales, que funcionan a través de los hospitales psiquiátricos (Liria & Rodríguez, 2019).

Según el personal de salud como el caso de psicólogos y psiquiatras, resulta necesario que se le dé mayor prioridad a los programas de salud mental, donde se destine mayor tiempo, presupuestos y se formen profesionales para que dirijan y apliquen las intervenciones de manera idónea. Resulta necesario, que se realicen actualizaciones y se dejen de cometer errores como la falta de aplicación de instrumentos que ayudan a identificar los problemas de salud mental o los posibles riesgos (Saavedra, Berenzon, & Galván , 2016). atención primaria de salud (APS) es un ámbito idóneo para el abordaje preventivo de los conflictos psicosociales y los trastornos mentales por 3 razones. La primera,

porque probablemente sea, junto con la escuela, el dispositivo social con el que contactan mayor número de ciudadanos a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos. En segundo lugar, porque múltiples investigaciones apuntan que los pacientes con trastornos mentales o conflictos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida con los diversos dispositivos de APS. Y en tercer lugar, porque, a niveles pragmático y sanitario, los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los profesionales de APS tienen una peor evolución. De ahí la importancia de una perspectiva biopsicosocial real, desde una aproximación de la atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad; es decir, desde una perspectiva en la cual lo “psicológico” y lo “emocional” no resulten “apeados” del modelo teórico o práctico, sino integrado en una visión holística del ser humano-consultante y compren atención primaria de salud (APS) es un ámbito idóneo para el abordaje preventivo de los conflictos psicosociales y los trastornos mentales por 3 razones. La primera, porque probablemente sea, junto con la escuela, el dispositivo social con el que contactan mayor número de ciudadanos a lo largo del año y de la vida de cada uno de ellos. En segundo lugar, porque múltiples investigaciones apuntan que los pacientes con trastornos mentales o conflictivos psicosociales crónicos suelen consultar de forma repetida con los diversos dispositivos de APS. Y en tercer lugar, porque, a niveles pragmático y sanitario, los trastornos emocionales que no se detectan precozmente por los profesionales de APS tienen una peor evolución. De ahí la importancia de una perspectiva biopsicosocial real, desde una aproximación de la atención sanitaria centrada en el consultante en tanto que miembro de la comunidad; es decir, desde una perspectiva en la cual lo “psicológico” y lo “emocional” no resulten “apeados” del modelo teórico o práctico, sino integrado en una visión holística del ser humano-consultante .

Prácticas de promoción, prevención e intervención en salud mental comunitaria

En México en política de salud mental se han establecido programas operativos en el primer nivel, estructurados en tres ejes de programación de actividades, en primer lugar se tienen promoción de la salud mental, seguidamente están orientadas a la detección oportuna y por último se enfocan en brindar atención médica psiquiátrica y psicológica en los módulos de salud mental (Madrigal, 2016).

Por otro lado, se tienen cuatro programas, el de Atención a la salud mental, para lo cual están destinados Centros Integrales de Salud Mental que pone a disposición diferentes servicios incluida una línea telefónica cuyo objetivo es brindar atención en casos de crisis psicológica. Mientras el programa de Prevención y atención a las adicciones, incluye programas de rehabilitación, además de un trabajo en equipo y coordinado entre organizaciones. Por último, se tiene los programas orientados para atender las problemáticas de violencia y prevención del suicidio (Madrigal, 2016).

Ante las situaciones de la atención a la salud mental en comunidades indígenas cuyas barreras están asociadas a la diferencia en el lenguaje, cultura y creencias, incrementando el nivel de vulnerabilidad en estos sectores. Para darle solución, los programas de salud mental comunitarios en México, incluyen la participación de los curanderos tradicionales, como estrategia en la inclusión de las comunidades indígenas (Pinzón & Vásquez, 2021).

En países como Brasil, se reconoce la importancia de la comunidad como el contexto idóneo para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Considerando la identidad colectiva que se genera en este contexto, desde esta perspectiva se diseñan estrategias a partir de la misma comunidad y sus necesidades que se ajustan a la problemática real (Quintero & Ossa, 2018).

Las intervenciones enfocadas a la promoción de la salud mental establecen objetivos orientados a disminuir la sintomatología psiquiátrica que se presenta con mayor frecuencia como la depresión, ansiedad y estrés. Por otro lado, se tiene el propósito de fomentar el desarrollo de recursos personales para el empoderamiento social y colectivo. También, se tiene como objetivo que las comunidades construyan y fortalezcan habilidades, se fomente su participación y se establezcan redes de apoyo (León & Huarcaya, 2019).

Ante lo expuesto, se puede decir que las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental en la comunidad, están enfocadas al desarrollo de habilidades y potencialidades de las personas, que permiten cumplir los estándares y normativas en cuanto a los derechos humanos en donde debe prevalecer la dignidad y justicia social. (Quintero & Ossa, 2018).

La evidencia científica encontrada, demuestra la importancia de la intervención psicológica temprana, cuando esta es llevada a cabo de manera oportuna ayuda a disminuir los riesgos y las consecuencias en población afectada. En casos como el estrés

postraumático por desastres naturales, los programas más efectivos son aquello que brinda atención de manera preventiva sin esperar que aparezcan los síntomas. También, se evidencia efectividad en las intervenciones grupales orientadas a establecer redes de apoyo mutuo el Programa Nacional de Atención a la Salud Mental y Psicosocial ante situaciones críticas y desastres tiene como propósito fortalecer las capacidades estatales y federales de las instancias vinculadas a la atención de la salud mental, que permita coordinar una respuesta nacional ante eventos críticos (Alvarez & Medina, 2017).

El Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental 2015–2017, tiene entre sus principales objetivos cambiar el modelo de atención en salud que se ha limitado a hospitales psiquiátricos, proponiendo la atención comunitaria como alternativa de promoción y prevención que implica el trabajo coordinado entre las diferentes instituciones y centros hospitalarios (Camas, 2018).

Existen trastornos y alteraciones emocionales que ponen en riesgo no solo la salud e integridad del paciente, también hay riesgo de muerte. Tal es el caso de los pacientes con ideaciones suicidas, que de no ser atendidos pueden llegar al suicidio, las cifras ante esta problemática son alarmantes por tal razón se han desarrollado programas orientados a la prevención del suicidio, que incluye estrategias individuales y colectivas para las familias y comunidades. Todas estas técnicas han favorecido la identificación de los signos de alarma por el personal médico, esto permite que se busque ayuda de manera oportuna ante una intervención y procuren mejorar su salud mental (Jiménez & Arenas, 2017).

Recomendaciones para abordar la evaluación de necesidades en Salud mental

La revisión de la literatura permitió alcanzar el objetivo de ofrecer recomendaciones para abordar la evaluación de necesidades en Salud mental comunitaria en el contexto de Paján-Ecuador

- Incluir las medidas orientadas a la prevención y promoción de la salud mental en el primer nivel de la salud orientado a la atención primaria.
- Establecer trabajos coordinadas con diferentes centros de atención hospitalaria, ambulatoria y las organizaciones comunitarias como centros educativos, iglesias y fundaciones.

- Realizar adaptaciones a las intervenciones de atención a la salud mental en función de las necesidades de la comunidad, así como a las características individuales. También, es importante considerar la disponibilidad de todos los recursos.
- Capacitar al equipo de salud en general en cuanto al diagnóstico y atención en personas con trastornos mentales y problemáticas que puedan representar un riesgo para la salud mental.
- Diseñar un instrumento de evaluación de la salud mental que abarque la medición de variables como la calidad de vida y bienestar emocional. Es importante que los instrumentos sean traducidos y permitan ser aplicados a las diversas comunidades, que el lenguaje no sea una barrera en la atención de una población vulnerable.
- Realizar campañas de promoción y prevención de la salud mental que incluya la participación e inclusión del personal de la salud en la comunidad.

DISCUSIÓN

Se evidencia que la perspectiva sobre salud mental en América Latina, ha cambiado convirtiéndose en un área relevante, por lo que se han destinados normativas y políticas orientadas a su buen funcionamiento, No obstante, tal como lo menciona Etienne (2018), aún queda mucho por hacer, en especial por parte de los gobiernos que todavía no dan prioridad al problema de la salud mental. Estos planteamientos coinciden con lo señalado por Tortella, et al (2016), al destacar la necesidad en el desarrollo de políticas efectivas en materia de salud mental.

De igual manera Vargas y Villamil (2016), consideran que se han hecho importantes esfuerzos por promulgar leyes y políticas que acaben las brechas para el diagnóstico y el tratamiento y transformar la realidad de los pacientes que sufren trastornos mentales. Sin embargo, aún carecen de coherencia, y como consecuencia se presenta la inadecuada implementación e interpretación de las normas.

Por otro lado, se tiene otra problemática que interfiere en la efectividad de los programas de salud mental como es la dificultad en acceder a estos servicios y más aún cuando no se disponen de los sistemas comunitarios. Al respecto Rojas et al. (2018), mencionan que no se les ofrece una terapia adecuada que sean actualizadas y estén basadas en la evidencia científica, siendo una de las causas la

falta de formación de los profesionales del área de la salud y aquellos que si lo están, y cuentan con este tipo de especializaciones no son contratados por las instituciones de salud. Coincidiendo como los planteamientos de Liria y Rodríguez (2019), al mencionar la necesidad de llevar a cabo intervenciones terapéuticas bajo enfoques actualizados, psicoterapia, inclusión de la familia, tal como se realiza en la práctica clínica privada, para la que no tienen acceso la mayoría de personas.

Resulta relevante mencionar los planteamientos de Cova et al. (2019), al afirmar que los programas de promoción en salud mental resultan una estrategia fundamental en atención primaria y materia preventiva, sin embargo es necesario que se profundice más en sus contenidos y se establezcan objetivos claros que puedan aplicarse en la clínica y que no solo se quede en teoría y a nivel práctico solo se enfoque en la sensibilización y realización de campañas que aportan información pero no brinda resultados reales a quienes logren acceder a los servicios de salud mental.

Lo que concuerda con lo señalado por Saavedra et al., (2016), al considerar como eje principal en los programas de promoción de la salud mental, que sean incluidos dentro de la atención primaria, es decir en el primer nivel de atención en salud, esto con el objetivo de incrementar el número de diagnósticos tempranos, prevenir aquellos casos que se encuentren en riesgo y ofrecer un tratamiento oportuno. Garantizando que todo paciente pueda tener acceso a este, sin que esto represente una limitante en su cumplimiento.

CONCLUSIONES

Analizar la evidencia científica entorno a la Perspectiva comunitaria de necesidades en promoción, prevención e intervención de salud mental latinoamericana, resulta del interés de muchos investigadores, por su impacto en la salud a nivel mundial, sus implicaciones y riesgos lo hacen atractivo para la investigación científica. Sin embargo, se hacen necesarios más estudios, pues no se cuenta con la suficiente evidencia, que permita obtener el hallazgo de las intervenciones más eficaces para los programas comunitarios.

Hasta la fecha la mejor evidencia apunta hacia la creación de políticas acordes a la problemáticas y necesidades de la población. La solución está abocada a la atención primaria, esto puede mejorar a partir de la implementación de los programas de promoción de la salud a nivel comunitario, que facilite el acceso a los servicios de salud mental, informar a la población, y se formen mayores

números de profesionales en salud mental.

Las enfermedades mentales al igual que otras patologías, ameritan de una detección temprana, con la finalidad de disminuir los riesgos y complicaciones derivados de este tipo de afectaciones que pueden ser leves o graves, según su severidad puede conllevar a alteraciones poniendo en riesgo el bienestar no solo de quien la padece, también impacta la familia y a la comunidad. Para ello es fundamental el desarrollo de instrumentos de evaluación adaptados a cada población que permitan identificar de manera oportuna el trastorno o los riesgos que puedan causarlo, pudiendo ser prevenido.

Se encontró relación con los resultados de otros estudios consistentes en la línea de investigación. No obstante, resulta limitante no realizar un estudio comparativo que demuestre las diferencias entre los programas aplicados en países de altos y medios ingresos en relación a los de bajos ingresos, y los resultados obtenidos en cuanto a prevalencia lo que invita a proseguir con este tipo de investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alvarez, D., & Medina, M. (2017). Impacto de los sismos de septiembre de 2017 en la salud mental de la población y acciones recomendadas. *Salud Publica Mex*, 60(8), 52-58. <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v60s1/0036-3634-spm-60-s1-52.pdf>
2. Analuisa, P. (2016). Análisis del Plan Estratégico Nacional de Salud Mental 2015-2017 de Ecuador en relación a los elementos propuestos para la elaboración de planes de salud mental de la Organización Mundial de Salud. [Tesis de Posgrado], Repositorio USFQ. <https://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/6012/1/129441.pdf>
3. Arias, F. (2015). El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica. Caracas-Venezuela: Editorial Episteme, 6ta Edición.
4. Becerra, B. (2020). Factores socio-educativos asociados al mal estado de salud asociados al mal estado de salud mental. *DILIGENTIA*, 36-40. <https://autonomadeica.edu.pe/wp/content/uploads/2021/05/REVISTACIENTIFICADILIGENTIA2020N%C2%Bo1.pdf>
5. Buitrago , F., Ciurana, R., Chocrón, L., & Fernández, M.

- (2018). Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018. Atención Primaria, 50(1), 83-108.
https://www.researchgate.net/publication/325519550_Prevencion_de_los_trastornos_de_la_salud_mental_en_atencion_primaria_Actualizacion_PAPPS_2018
6. Camas, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Rev Panam Salud Publica*, 42(1), 1-6.
<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2018.v42/e162>
 7. Cienfuegos, M. (2016). Lo cuantitativo y cualitativo en la investigación. Un apoyo a su enseñanza. *RIDE. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 7(13).
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&id=S2007-74672016000200015
 8. Consejo de Participación Ciudadana y Control Social. (2021). Observatorio al cumplimiento de políticas públicas a la salud mental en el Ecuador. *Boletín de Prensa*.
<https://www.cpcs.gob.ec/2021/07/observatorio-al-cumplimiento-de-politicas-publicas-a-la-salud-mental-en-el-ecuador/>
 9. Cova, F., Grandón, P., Saldivia, S., Inostroza, C., & Novoa, C. (2019). Promoción y prevención en salud mental: ¿esperanza fundada, vana ilusión o contrabando psicopatologizador? *Papeles del Psicólogo*, 40(3), 211-216.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7169377>
 10. Dávila, E., & Mercado, M. (2020). Salud Mental Comunitaria: Una Explicación del Modelo. *Voces desde el Trabajo Social*, 8(1), 270-289.
<http://revistavocests.org/index.php/voces/article/view/227/243>
 11. Díaz, V., & Núñez, A. (2016). Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Rev Cienc de Salud*, 14(1), 115-121.
[doi:dx.doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.10](https://doi.org/10.12804/revsalud14.01.2016.10)
 12. Etienne, C. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. *Rev Panam Salud Publica*, 42(140).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6385626/>
 13. Hernández, R., & Quizpe, J. (2017). Necesidad de promoción, prevención e intervención en salud mental en el

- Perú. *Rev. salud pública* , 19(2).
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2017.v19n2/276-276/>
14. Huarcaya, J. (2020). Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37(2), 327-334. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000200327
 15. Irrarázaval, M., Prieto, F., & Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta Bioethica*, 22(1), 37-50. <https://www.redalyc.org/pdf/554/55446795005.pdf>
 16. Jiménez, J., & Arenas, J. (2017). Programa de prevención del suicidio, tratamiento de trastornos mentales y promoción de la salud mental para médicos residentes. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 8(1), 226-240. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5846114>
 17. León, D., & Huarcaya, V. (2019). Salud mental en situaciones de desastres. *Horizonte Médico (Lima)*, 19(1), 73-80. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2019000100012
 18. Liria, A., & Rodríguez, B. (2019). Psicoterapias en la red comunitaria de atención a la salud mental. La óptica de las narrativas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 175-188. <https://www.redalyc.org/journal/2650/265061848018/html/>
 19. Madrigal, E. (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría. *Salud Mental*, 39(4), 235-237. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58246494007.pdf>
 20. Martín, S., & Lafuente, V. (2017). Referencias bibliográficas: indicadores para su evaluación en trabajos científicos. *Investigación bibliotecológica*, 31(71). <https://doi.org/10.22201/iibi.0187358xp.2017.71.57814>
 21. Muñoz, M., & Basco, M. (2016). Indagaciones epidemiológicas en salud mental: usos de servicios de salud y percepción del apoyo social. *Rev. salud pública*, 18(2), 188-200. <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2016.v18n2/188-200>
 22. Organización Mundial de la Salud. (2019). Trastornos

- mentales. Recuperado el 30 de 09 de 2021, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
23. Organización Mundial de la Salud. (2020). No hay salud sin salud mental. <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
 24. Pinzón, H., & Vásquez, L. (2021). Comunidades indígenas de Oaxaca, México. Problemas, oportunidades y retos en salud pública con atención especial en salud mental. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(3), 691-698. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312021000300691&lang=pt
 25. PRISMA-P Group, Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Gherzi, D., Liberati, A., . . . Stewart, L. (2016). Ítems de referencia para publicar Protocolos de Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis: Declaración PRISMA-P 2015. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 20(2), 148-160. doi:<http://dx.doi.org/10.14306/renhyd.20.2.223>
 26. Quintero, J., & Ossa, Y. (2018). Agrupaciones Comunitarias Juveniles: Promoción de la Salud Mental y Desarrollo de Capacidades. *Artigos*, 26(3), 1605-1618. <https://www.scielo.br/j/tpsy/a/wf4Sy4fnmq9DvyMbQdzJssg/?lang=es&format=pdf>
 27. Rojas, L., Castaño, G., & Restrepo, D. (2018). Salud mental en Colombia. Un análisis crítico. *CES MEDICINA*, 32(2), 129-140. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>
 28. Saavedra, N., Berenzon, S., & Galván, J. (2016). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Aten Primaria.*, 48(4), 258-264. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6877875/>
 29. Tortella, M., Vásquez, C., Valiente, C., Quero, S., Soler, J., Montorio, I., . . . Garcia, A. (2016). Retos en el desarrollo de intervenciones psicológicas y la práctica asistencial en salud mental. *Clínica y Salud*, 27(2), 65-71. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742016000200004&lang=pt
 30. Vargas, B., & Villamil, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención. *Salud Mental*, 39(1), 3-9. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58243960002.pdf>

SÍNDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE GINECOLOGÍA HOSPITAL GENERAL MANTA, JUNIO 2020 A JUNIO 2021.

Victoria Serrano Mera
Jorge Ortiz Rubio

RESUMEN

El síndrome de Burnout es una forma de estrés laboral, que se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y mental, que si se prolonga puede alterar la personalidad y autoestima del trabajador. Fue descrito por primera vez en 1969 al comprobar un extraño comportamiento en oficiales de policía.

El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, incluso hasta ponerla en riesgo. Aunque el Burnout, como síndrome no aparece en los principales manuales diagnósticos de psicopatología, hay cada vez más evidencias científicas acerca de este fenómeno.

El objetivo de este trabajo fue identificar el Síndrome de Burnout, en profesionales de la salud que laboran en el área de ginecología del Hospital General IESS Manta.

Se aplicaron dos instrumentos de exploración: El Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) constituido por 22 ítems de afirmaciones, sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y mide el desgaste profesional y el Cuestionario Dicotómico de Impacto para identificar Burnout, que evalúa las intensidades de las crisis, los datos se manejaron mediante estadística descriptiva.

Resultados El 53,85% de los examinados revelaron agotamiento emocional. El 26,92%, presentaron dificultades en la sub área de abandono en la realización personal y un 19,23% despersonalización. Se concluyó que a partir de la Pandemia, los niveles de burnout, se han incrementado.

Palabras Clave: Desgaste emocional; Escala; Síndrome de Burnout.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout como forma de estrés laboral, que tiende a manifestarse a través de varios síntomas, pero los más comunes que se describen por la literatura son el agotamiento

físico y mental, que si se prolonga puede alterar la personalidad y autoestima del trabajador. Este fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, incluso hasta ponerla en riesgo.

Se conoce que los profesionales de salud, pueden, dadas las características propias de su trabajo y actividades, incluir situaciones que resulten un tanto estresantes o desgastantes en su quehacer cotidiano a las que se enfrentan en sus actividades cotidianas, tampoco resulta nuevo las altas exigencias y factores psicosociales que les pueden afectar, así como la transferencia que reciben de sus pacientes. Lo que finalmente los constituyen como grupo de alta vulnerabilidad para desarrollar problemas relacionados con el estrés.

En la literatura se conoce que el primer caso reportado de síndrome de desgaste profesional fue hecho por Graham Greens en 1961, en su artículo "la burnout case". Luego, en 1974, el psiquiatra germano-estadounidense Herbert J. Freudenberger realizó la primera conceptualización de esta patología, a partir de observaciones que realizó mientras laboraba en una clínica para toxicómanos en New York y notó que muchos de sus compañeros del equipo de trabajo, luego de más de 10 años de trabajar, comenzaban a sufrir pérdida progresiva de la energía, idealismo, empatía con los pacientes, además de agotamiento, ansiedad, depresión y desmotivación con el trabajo.

En 1982, la psicóloga Cristina Maslach, de la Universidad de Berkeley, California y el psicólogo Michael P. Leiter, de la Universidad de Acadia Scotia crearon el Maslach Burnout Inventory (MBI) que desde 1986 es el instrumento más importante en el diagnóstico de esta patología. Maslach en su descripción del síndrome, limitó el SB a los profesionales que interactúan con personas en su quehacer laboral.

En 1988, Pines y Aronson atravesaron las fronteras establecidas por Maslach y plantean que cualquier tipo de profesional puede padecerlo, aunque no brinde ayuda a otras personas (como los profesionales de la salud).

A pesar de su reconocimiento como un factor de riesgo laboral por parte de la OMS y su corriente diagnóstico por parte de médicos y profesionales de la salud mental, el Síndrome del quemado (también llamado así) no se describe en la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), ni en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV-R), ni se incluyó en la nueva versión del Manual (DSM-V).

Conceptualmente con mayores niveles de aceptación encontramos C. Maslach, (<http://www.scielo.sa.cr/scielo>) que lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal.

El autor P. Gil-Monte (1997) lo define como: "una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado".

Ambas conceptualizaciones coinciden en apuntar que es una inadecuada respuesta al estrés crónico el detonante de este padecimiento.

Uno de los modelos explicativos generales es el de Gil-Monte y Peiró (1997), pero otros como los de Manassero y Cols (2003), Ramos (1999), Matteson e Ivansevich (1997), Peiró y cols (1994) o Leiter (1988), nacen para dar respuesta a las estrategias y técnicas de intervención necesarias para prevenir y minimizar efectos de un problema que va en aumento especialmente desde el comienzo de la crisis (Gili, McKee, y Stuckler. 2013).

Además, se ha hipotetizado acerca de la posibilidad de que el Síndrome de Burnout pueda ser una de las causas del síndrome de fatiga crónica. (Montesdeoca 1997)

El síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales. Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del síndrome del burnout, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia del SB depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del momento o proceso emergente.

En Holanda, Danhof, M. B., Van Veen, T. & Zitman, F. G. (2011). Señalan que aproximadamente el 15% de la población trabajadora sufre de Burnout y se estima las pérdidas por enfermedades relacionadas al estrés es de aproximadamente 1.7 billones de euros; siendo las ocupaciones donde se brindan servicios de salud donde los individuos poseen más posibilidades de desarrollarlo.

Algunos estudios sugieren que el burnout en los médicos se comienza a "cultivarse" desde la escuela de medicina: Según un estudio realizado por Dyrbye et al, publicado en el 2010 en JAMA, entre los estudiantes de medicina hasta un 49,6% pueden padecer síndrome de sobrecarga emocional. En el Hospital Universitario del Norte, en Colombia, se determinó la incidencia del síndrome de fatiga en el trabajo entre los internos universitarios de medicina:

9.1% (Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruiz, J. 2007).

Un estudio realizado en Canadá, Cohen, J. S., Leung, Y., Fahey, M., Hoyt, L., Sinha, R., Cailler, L., Ramchandrar, K., Martin, J. & Patten, S. (2008). The happy docs study: a Canadian reportó una incidencia del SB hasta en un tercio de los residentes de cualquier especialidad.

En Costa Rica se han realizado algunos estudios sobre la incidencia del síndrome de sobrecarga emocional entre médicos: Díaz, S. (2004). Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud R.L, de agosto a octubre de 2004 se determinó, una incidencia de 20% en la población, siendo el sexo masculino y los trabajadores más jóvenes (entre 25-34 años) los más afectados, ambos grupos en un 55.6%. Se debe puntualizar en este estudio que ese factor de riesgo no es tomado en cuenta por el personal joven, propio de su ímpetu y deseo permanente de aprender, además de que el personal médico masculino tiene una representación simbólica a través de la historia.

Actualmente se le reconoce como un proceso multicausal y muy complejo, en donde (además del estrés) se ven involucradas variantes como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, pobres condiciones económicas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento.

Dentro de los procesos multicausales etiológicos del SB, se describen:

Componentes personales: La edad (relacionada con la experiencia), el género (las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo), variables familiares (la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas), personalidad (por ejemplo, las personalidades extremadamente competitivas impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas). Inadecuada formación profesional: excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional.

Factores laborales o profesionales: Condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo.

Factores sociales: Como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y

familiar y así un alto estatus económico.

Factores ambientales: Cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.

Algunos investigadores también han logrado identificar posibles factores de riesgo para desarrollo de SB en la población médica: Recibir muchas llamadas irregulares (recibir llamadas durante 2 o más noches durante la semana); Aumentar por deseo propio la carga de trabajo para mejorar niveles económicos. Este estudio representa una necesidad para la comunidad hospitalaria debido a que como síndrome no aparece en los principales manuales diagnósticos de psicopatologías.

Con este trabajo se pretende realizar un estudio descriptivo y transversal del burnout, donde se analiza el comportamiento en profesionales de la salud del Hospital General de Manta, entre junio del 2020 a junio 2021.

Para el efecto se aplicó el Cuestionario Maslach Burnout Inventory. Este está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y su función es medir el desgaste profesional.

Los datos se manejaron mediante estadística descriptiva en hoja Excel, acompañado de una interpretación cualitativa.

El trabajo, considera que a partir de la Pandemia del COVID 19, los niveles de burnout, han incrementado, el agotamiento emocional evidente, la desesperanza y la despersonalización, generando niveles de ansiedad, miedo y temor, lo que la OMS y la OIT (2021) afirman que “son 255 millones de personas en el mundo que han quedado sin trabajo y cayeron en la pobreza laboral, incrementando los niveles de depresión, ansiedad, suicidios e intentos de suicidios”.

La discusión se enmarca en el contexto en la cual se desarrolla el burnout, en el área de Ginecología del hospital de Manta donde los trabajadores de salud tienen mayores factores de riesgo de sufrir burnout, en este trabajo se presentaron complicaciones en la aplicación de instrumentos, la emergencia y el entorno fueron un limitante, sin embargo, los hallazgos comparados con estudios similares tienen un alto nivel de coincidencia y es una antesala para venideras investigaciones.

OBJETIVOS

Objetivo General

Establecer, a partir de la caracterización clínica del personal de

salud del área de ginecología del Hospital General Manta IESS, un sistema de recomendaciones para la educación Psicosocial, desde una perspectiva comunitaria en la prevención del síndrome de burnout.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar el comportamiento del Síndrome de Burnout, en profesionales que laboraron en el área de Ginecología de este hospital, durante la pandemia Covid 19, en el periodo de junio del 2020 a junio del 2021.
2. Describir, las principales prescripciones realizadas a trabajadores del área de ginecología, afectos de Síndrome de Burnout en igual periodo de tiempo.
3. Proponer una serie de recomendaciones relacionadas con la promoción de salud, y en particular con relación a educación psicosocial desde una perspectiva comunitaria, que favorezca la prevención del Síndrome de Burnout en profesionales de ginecología.

METODOLOGÍA

Se aplican dos instrumentos de exploración:

- El Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) constituido por 22 ítems de afirmaciones, sobre sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo, mide el desgaste profesional.
- Cuestionario Dicotómico de Impacto para identificar Burnout, que evalúa las intensidades de las crisis.

La prueba más utilizada para el diagnóstico del síndrome de fatiga en el trabajo es el Maslach Burnout Inventory: que consta de 22 enunciados y cuestionamientos sobre los sentimientos y pensamientos en relación con la interacción con el trabajo, los cuales se valoran en un rango de 6 adjetivos que van de "nunca" a "diariamente", dependiendo de la frecuencia con la que se experimenta cada una de las situaciones descritas en los ítems. Dichos enunciados están diseñados de forma que se evalúen los 3 componentes del SB citados anteriormente (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal en el trabajo. De hecho, se agrupan en tres sub escalas, una para cada uno de los

componentes del síndrome también llamado del quemado.

Se deben mantener separadas las puntuaciones de cada sub escala y no combinarlas en una puntuación única, porque si se combinaran, no sería posible determinar en cual área es que el paciente tiene más afección. En cuanto al resultado, tanto el constructo de quemarse como cada una de sus dimensiones son consideradas como variables continuas, y las puntuaciones de los sujetos son clasificadas mediante un sistema de percentiles para cada escala.

Se identifican 3 dimensiones del Síndrome de Burnout:

- **Agotamiento emocional:** Un desgaste profesional que lleva a la persona a un agotamiento psíquico y fisiológico. Aparece una pérdida de energía, fatiga a nivel físico y psíquico. El agotamiento emocional se produce al tener que realizar unas funciones laborales diariamente y permanentemente con personas que hay que atender como objetos de trabajo.
- **Despersonalización:** Se manifiesta en actitudes negativas en relación con los usuarios/clientes, se da un incremento de la irritabilidad, y pérdida de motivación. Por el endurecimiento de las relaciones puede llegar a la deshumanización en el trato.
- **Falta de realización personal:** Disminución de la autoestima personal, frustración de expectativas y manifestaciones de estrés a nivel fisiológico, cognitivo y comportamiento.

Dichos componentes se presentan de forma insidiosa, no súbita, si no paulatina, cíclica, puede repetirse a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo o en otro trabajo.

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma o en ocasiones como parte ya del cuadro clínico en sí como: negación, aislamiento, ansiedad, miedo o temor, depresión (siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio), ira, adicciones, cambios de personalidad, culpabilidad y autoinmolación, cargas excesivas de trabajo, se puede presentar como cambios en los hábitos de higiene y arreglo personal, cambios en el patrón de alimentación, con pérdida o ganancia de peso

exagerada, pérdida de la memoria y desorganización, dificultad para concentrarse y puede haber trastornos del sueño.

Niveles del Síndrome de Burnout

Leve: quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse a la mañana

Moderado: cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo

Grave: entecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas

Extremo: aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

Para cumplir los objetivos se aplicó a 52, colaboradores el test de burnout, entre empleados, médicos, residentes, auxiliares y enfermeras el área de Ginecología del hospital de Manta. Adicionalmente, se incluyeron variables socio-laborales; sexo, edad, y actividad. Todos los cuestionarios se registraron en una base de datos Microsoft Excel y fueron analizados, tomando en cuenta la tendencia porcentual.

RESULTADOS

Se muestra en la gráfica # 1, como las mujeres predominan con un total de 34 analizadas, para un 65, 39 % en comparación a los hombres que se distribuyen 18 analizados para un total de 34 %, el personal femenino representa casi el doble de los examinados dándonos a entrever que es la más expuesta y vulnerable a las situaciones de presión en esta pandemia, y por situaciones propias de la cultura, tradicional de la feminidad, se asocian a la protección, tranquilidad, sacrificio, dolor, a la pérdida de la identidad personal para integrarse a la identidad de otros, Figue E. (2003). Ponerse en el lugar del otro.

La cultura interviene de manera determinante en la percepción de la salud y la enfermedad a partir de sus atributos: forma la capacidad de pensar de las personas, organización social y familiar lo que se expresa en creencias, ideas, conocimientos, ideologías y filosofías para asumir el proceso de una u otra manera. Artilos VL, Manzano, Alfonso J, Ortega L (2007) Así se va construyendo en el imaginario que la atención y dedicación del área Ginecológica marca la preferencia femenina su comportamiento y su poder se expresan en el plano afectivo de la identidad biológica.

Gráfico #1 Examinados según grupo de edad

Orden	Categoría	Frecuencia	%
1	20 – 30	33	63,46
2	31 – 40	17	32,69
3	41 – 50	2	3,85
4	51 – 65	0	0
<hr/>			
TOTAL	4	52	100

El grupo etario entre 20 – 30 años de edad es el grupo más frecuente con un total de 33 analizados, para un 63,46 %, es decir que poco más de la mitad del total tiene una edad comprendida en este rango. Seguidos del grupo comprendido entre 31 y 40 años, representando el 32,69; en tercer lugar se ubican aquellos que están entre los 40 y 50 años de edad, con un porcentaje de 3,85 %, posiblemente la experiencia sea un factor que determine esta cifra, hay mayores medidas de seguridad.

Gráfico # 2 Distribución por categoría ocupacional de los encuestados

Orden	Categoría	Frecuencia	%
1	Médicos	11	21,15
2	Lic. (a) (o). Enfermería	18	34,62
3	Auxiliares	2	3,84
4	Internos	21	40,39
		52	100

La categoría ocupacional de los encuestados señala que los Internos representan el mayor número de encuestados dando lugar a un 40,39 % de la muestra, su comportamiento responde al rol institucional de la permanencia con relación al tiempo en el Hospital seguido de las Licenciadas Enfermeras con un 34,62%, los

Médicos, con un 25,15% y los auxiliares con un 3,84 %, en ese orden respondieron a los test.

De los examinados por el inventario de Maslach, en porcentaje de forma ascendente se observa que un 19,23 % ha tenido episodios de despersonalización, un 26,52% ha experimentado la sensación de un abandono en la realización personal y el 53,85 ha padecido de agotamiento emocional.

Un episodio de despersonalización, es un trastorno perceptual, no es un cambio negativo, y no refiere a como me siento con el trabajo, hace referencia a no sentir como propio, o sentirme raro con un sentimiento o una emoción, o no poder decir si soy yo o no, el que está sintiendo esto (J. Ortiz 2016) , sobre cómo se siente uno con el trabajo y las demás personas, cuando hablamos de ellas con indiferencia menosprecio y cuando las personas se empiezan a sentir sobre sí mismas, sobre sus habilidades, competencia, su capacidad, sus deseos y su motivación para trabajar. (García, 2014).

En la afirmación 5 del Cuestionario “creo que trato mal algunos pacientes como si fueran objetos”, de la misma manera la afirmación 15 “Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender”. Puntuaciones altas muestran evidentes actitudes negativas en relación con los usuarios/clientes, se da un incremento de la irritabilidad, y pérdida de motivación. Por el endurecimiento de las relaciones que puede llegar a la indiferencia en el trato, restándole el carácter humano.

Un 26,92%, siente un abandono de la realización personal, el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto, en las afirmaciones, 4, 17, 18, 19, 21, los puntajes bajos que representan una de las tres cuartas partes del total, de los encuestados, debería de estar en un rango más alto porque forma parte de su quehacer laboral pero la tendencia a evaluarse negativamente se la atribuiría al temor de contagiarse y morir.

Se evidencia que el 53 % de los examinados, padecen de agotamiento emocional, precisamente la escala se inicia con una afirmación “debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado” El agotamiento emocional se produce al tener que realizar unas funciones laborales diariamente y permanentemente y en circunstancias de pandemia con personas que hay que atender como objetos de trabajo.

El agotamiento emocional aparece como precursor del desarrollo del proceso de burnout. Leiter y Maslach y Leiter (1988) señalan que en primer lugar surgían sentimientos de agotamiento emocional que llevaban a la despersonalización, la que a su vez produciría baja realización personal en el trabajo. Posteriormente,

otros hallazgos llevaron a Leiter a proponer que el agotamiento precede a la despersonalización, y que la baja realización surgiría en forma paralela al agotamiento emocional, y sería una consecuencia directa de la falta de apoyo social y de oportunidades para desarrollarse en el trabajo. Este último modelo y otras variaciones propuestas más tarde son el foco de muchas investigaciones y todavía no son concluyentes respecto de su nivel de generalización, siendo de gran relevancia para la comprensión del desarrollo del burnout y la intervención preventiva.

Estos indicadores la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Este resultado ha sido visto en forma consistente y coincide con abundante evidencia que señala que, en el plano de las relaciones interpersonales en el trabajo, la falta de apoyo aumenta los sentimientos de burnout en las profesiones de la salud, o que su presencia disminuye la influencia del burnout. Asimismo, una relación causal observada en este estudio entre percepción de apoyo social recibido de los superiores y despersonalización ha sido informada anteriormente.

No obstante, las características del diseño de este estudio sólo permiten sugerir que el riesgo de burnout en este grupo es importante para un porcentaje notable de los participantes, pero no permiten aventurar conclusiones definitivas sobre el desarrollo del burnout en este trabajo. Para profundizar en el conocimiento del desarrollo del burnout, como proceso, se requiere realizar otras investigaciones con diseño longitudinal.

Este estudio proporciona información útil para la elaboración de un programa de administración del estrés crónico en servicios de Ginecología del sector público. La mayoría del personal profesional y de apoyo del Servicio de Ginecología del Hospital de Manta entre el periodo de junio del 2020 a junio del 2021, evidencia estrés laboral crónico o burnout, siendo particularmente alta la presencia de agotamiento emocional, destaca también la realización personal y despersonalización entre quienes realizan turnos y atienden pacientes en UCI y en los subgrupos de enfermeras, técnicos, internos, paramédicos y auxiliares.

Grafico #5 Niveles e intensidad de los factores del Síndrome de Burnout.

Orden	Categoría	Frecuencia	%
1	Leve	22	42,31

Orden	Categoría	Frecuencia	%
2	Moderado	18	34,61
3	Grave	12	23,08
4	Extremo	0	0
		52	100

En el impacto se identificaron tres niveles: el Nivel o intensidad de los factores del Síndrome de Burnout más frecuente es el leve con 22 analizados para un 43 %, le sigue en segundo lugar el nivel moderado con 18 estudiados para un 34.61 % y en tercer lugar de frecuencia se distribuye el nivel grave con 13 pacientes para un 23 %, no existen en el estudio pacientes con nivel de intensidad extremo, en suma los tres niveles son altos y tienen incidencia en el comportamiento.

DISCUSIÓN

Si se analizan en conjunto los niveles con síntomas clínicos importantes o de alguna forma significativos clínicamente y no necesariamente estadísticamente, que serían los niveles moderados y grave, la cifras serian entonces de 31 analizados para un 57.61% lo que significa que poco más de la mitad de los analizados tienen síntomas clínicos importantes de síndrome de burnout.

De acuerdo a las características del estudio utilizado, los resultados se pueden analizar con otros trabajos de investigaciones:

Se encontró similitud en las características sociodemográficas, con estudios anteriores realizados en personal hospitalario, por ejemplo, pertenecer en su mayoría al género femenino. M Biachini (1997)

El Síndrome de Burnout posee una alta incidencia entre el personal que se dedica al cuidado de la salud, Neciosup (2016) por lo que es vital entenderlo para poder prevenirlo y tratarlo.

Debido a sus consecuencias en el ambiente y en el rendimiento de las organizaciones, la prevención y tratamiento del SB trascienden lo individual y permiten obtener beneficios significativos (mayores ingresos económicos, mejor trato al paciente, menor ausentismo, entre otros) para el centro de trabajo de los individuos afectados o en riesgo.

Es el contexto laboral y sus características como la condición pandémica que generan altos índices de burnout en el personal

profesional sanitario del Hospital de Manta.

Este estudio proporciona información útil para la elaboración de un programa de administración del estrés crónico en servicios de salud mental del sector público, en lo que respecta a promoción de salud, y en particular con relación a la educación psicosocial desde una perspectiva comunitaria que favorezca la prevención del Síndrome de Burnout en los profesionales y trabajadores del área de ginecología.

A futuro, es necesario continuar investigando en personal de servicios de Ginecología las variables personales y laborales que predisponen, precipitan y perpetúan el burnout en el largo plazo, replicando este estudio en otros servicios como el de salud mental para poder realizar comparaciones e incluyendo variables que no fueron incluidas.

Asimismo, el apoyo social en el trabajo debe ser investigado en otras dimensiones de la percepción, por ejemplo, la percepción de apoyo disponible de diversas fuentes laborales. Por tanto la evidencia es que el estudio demuestra que poco menos que la mitad tiene síntomas leves y poco más de la mitad tienen síntomas moderados y graves, en resumen tienes con síntomas sin definir gravedad al 99,92 % de los trabajadores siendo particularmente alta la presencia de agotamiento emocional. Destaca también la mayor despersonalización entre quienes pasaron los momentos más críticos de la pandemia y en los subgrupos de enfermeras, técnicos paramédicos, residentes y auxiliares. (Cuadro #5)

Estos resultados señalan la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad expresada en un riesgo importante de deterioro de su salud física y mental y con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución y la satisfacción laboral

La influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores.

El reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo de supervisores y jefes mediante un programa de entrenamiento de bajo costo podría tener un efecto altamente positivo en este tipo de servicio, contribuyendo a aminorar los efectos estresantes del trabajo, mejorando los sentimientos de baja realización, disminuyendo el agotamiento emocional y moderando la despersonalización, al menos parcialmente.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente trabajo, de acuerdo a los objetivos permitieron arribar a las siguientes conclusiones:

1. En los analizados del área de Ginecología del hospital de Manta, hay un predominio de las mujeres con un total de 34 analizadas, para un 65,39 %; El grupo etario entre 20 – 30 años de edad es el grupo más frecuente con un total de 33 analizados, para un 63,46 %, representando poco más de la mitad del total el grupo de internos, representan el mayor número de encuestados dando lugar a un 40,39 % de la muestra, seguido de las Lcda. Enfermeras y los Médicos.
2. El nivel del Síndrome de Burnout según Agotamiento Emocional, se manifestó principalmente en un nivel bajo (46,8%), caracterizado por desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales, además de menor compromiso con el trabajo. La dimensión de Despersonalización muestra una tendencia de nivel medio; donde el profesional se manifiesta distante y deshumanizado hacia las otras personas, especialmente a los beneficiarios de su trabajo.
3. La mayoría de profesionales se encuentran en el nivel medio en la dimensión de Realización Personal, es decir que están medianamente satisfechos respecto a sus logros planteados.
4. El Síndrome de Burnout se manifiesta en el Personal de Obstetricia y Ginecología del Hospital de Manta en un nivel medio (72,3%) correspondiéndose con cansancio en su trabajo y no brindan un buen trato o se han vuelto insensibles con los pacientes.
5. El estudio demuestra que poco menos que la mitad tiene síntomas leves y poco más de la mitad tienen síntomas moderados y graves de burnout. Del total de los analizados sin hacer mención a la gravedad de los síntomas, casi el total de los analizados, el 99,92 % mostraron síntomas de burnout

RECOMENDACIONES

Al Gremio Académico Profesional de Ginecología, realizar estudios sobre los factores estresores que intervienen en el Síndrome de Burnout en el personal profesional de Obstetricia y Ginecología, tomando como base los hallazgos de esta y otras investigaciones.

Construcción de estrategias de promoción y prevención del estrés laboral, que permitan afrontar los problemas suscitados al interior de la institución hospitalaria especialmente en el área de Ginecología aportando a mejorar la calidad de vida y condiciones de trabajo del Recurso Humano en Salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aceves, G. A. (2006). Síndrome de burnout. Archivos de Neurociencias, 11, 4, 305-309. [Links]
2. A. P. Association. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, USA: Asociación Americana de Psiquiatría. [Links]
3. Artiles VL, Manzano OBR, Navarro DD, Lugones BM, González GM. Ambiente, persona, sociedad y cultura: Integralidad en el proceso de atención a la mujer de edad mediana. En: Artiles Visbal L, Navarro Despaigne D, Manzano Ovies D, editores. Climaterio y Menopausia. Un enfoque desde lo social. La Habana: Ed. Científico Técnica; 2007:58-65.
4. Borda, M., Navarro, E., Aun, E., Berdejo, H., Racedo, K. y Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. Salud Uninorte, 23, 1, 43-51. [Links]
5. Clasificación internacional de enfermedades versión 10 (CIE-10) - Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales versión IV (DSM-IV)
6. Cohen, J. S., Leung, Y., Fahey, M., Hoyt, L., Sinha, R., Cailler, L., Ramchandrar, K., Martin, J. & Patten, S. (2008). The happy docs study: a Canadian Association of Internes and Residents well-being survey examining resident physician health and satisfaction within and outside of residency training in Canada. BMC Res Notes, 105, [Links]
7. Dyrbye, L. N., Massie, F. S., Eacker, A., Harper, W., Power, D., Durning, S. J.,
8. Danhof, M. B., Van Veen, T. & Zitman, F. G. (2011). Biomarkers in burnout: A systematic review. Journal of Psychosomatic Research, 70, 505-524. [Links]
9. Díaz, S. (2004). Comportamiento del síndrome de desgaste profesional en médicos que laboraron en Coopesalud R.L, de agosto a octubre de 2004. Acta Médica Costarricense, 49, 2. [Links]

10. Echeburúa, E., Salaberría, K. y Cruz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia Psicológica*, 32, 1, 65-74. [Links]
11. Figes E. Las mujeres en la sociedad. Madrid: Alianza Editorial. 2003:13-5. [Links]
12. Gil, P. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15, 261-268. [Links]
13. Gamboa, M., Herrera, G., Aguilar, J. y Arias, R. (2013). Síndrome de Burnout en el personal del Hospital de la Mujer Adolfo Carit Eva en el año 2009. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 606, 195-201. [Links]
14. Gil, P. R., Unda, S. y Sandoval, J. (2009). Validez factorial del Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (CESQT), en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, 31, 205-214. [Links]
15. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017 [Links]
16. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152001000100004 [Links]
17. Korczak, D., Huber, B. & Kister, C. (2010). Differential diagnostic of the burnout syndrome, *GMS Health Technology Assessment*, 6. [Links]
18. Maslach, C., Jackson, S. & Leiter, M. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California, USA: Palo Alto [Links]
19. Millán, R. y Mesén, A. (2009). Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta Médica Costarricense*, 51, 2. [Links]
20. Moreno, B., Gálvez, M., Garrosa, E. y Mingote, J. C. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Aten Primaria*, 38, 10, 544-549. [Links]
21. Organización Mundial de la Salud (OMS) - Maslach Burnout Inventory (MBI) – Síndrome de Burnout (SB) Copenhagen Burnout Inventory (CBI)
22. J. Ortiz (2016) La propedéutica psiquiátrica desde su semiología clínica de síntomas y signos
23. Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) - Cuestionario de Desgaste Profesional Médico (CDPM)
24. Quinceno, J. M. y Alpi, V. S. (2007). Burnout: Síndrome de

- quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana de Psicología*, 10, 117-125. [Links]
25. Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado. *Enfermería en Costa Rica*, 31, 2-7. [Links]
26. Romani, M. & Ashkar, K. (2014). Burnout among physicians. *Libyan Journal of Medicine*, 9. [Links]
27. Thomas, M. R., Moutier, C., Satele, D., Sloan, J. & Shanafelt, T. D. (2010). Relationship Between Burnout and Professional Conduct and Attitudes Among US Medical Students, *JAMA*, 304, 11, 1173-1180. [Links]

SALUD MENTAL POSITIVA EN UNA COMUNIDAD DE DOCENTES EN ECUADOR.

Cinthia Anabel Soto-Crofford
Angel Deroncele-Acosta

RESUMEN

La covid-19 ha generado un reajuste en la vida laboral de los docentes que exige una alta demanda psicológica, de ahí los objetivos de: 1.- diagnosticar el estado actual de salud mental positiva (SMP) en una comunidad docente, 2.- identificar factores de bienestar psicosocial de la comunidad. Con un enfoque mixto se empleó una escala de salud mental positiva y una entrevista. Los resultados constatan un nivel bajo de SMP, siendo el autocontrol el factor más favorable con una relación significativa positiva con los restantes factores, con excepción de la autonomía. Se revelaron categorías emergentes para una comunidad profesional saludable como: formación continua, trabajo colaborativo, bienestar emocional, comunicación asertiva y empática, relaciones humanas de interdependencia, recursos de afrontamiento, hábitos de autocuidado, espiritualidad, constituyéndose el clima organizacional positivo en núcleo integrador. Se proyecta una cualidad comunitaria del saber ser y convivir con énfasis en un enfoque positivo, salutogénico y de covitalidad.

Palabras clave: intervención psicosocial, cualidad comunitaria, indagación apreciativa, psicología positiva, educación socioemocional.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de la COVID-19 sigue siendo una emergencia de salud pública a nivel internacional, que se inició desde finales del año 2019, pero en Ecuador el primer caso fue informado a finales del mes de febrero del 2020 (Secretaría General de comunicación de la presidencia, 2020), trayendo consigo algunas implicaciones inmediatas como la limitación al contacto físico, el confinamiento en los hogares, pausa en los trabajos, disminución de producción de todo tipo, manifestaciones emocionales de ansiedad, estrés, angustia, preocupación, irritabilidad, decaimiento en la salud física; producto de la nueva enfermedad, de aquellas preexistentes o de las que surgen como consecuencia de la carga emocional que la situación implica.

El impacto de la pandemia se ha evidenciado a nivel individual, familiar y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), reconocen al COVID-19 como una amenaza para la salud física y mental que presiona los sistemas socioeconómicos y de salud, mientras las personas luchan por obtener la atención adecuada y mantener sus medios de vida (...) la salud mental y el bienestar psicosocial de las poblaciones se ven profundamente afectados en varios niveles a medida que se enfrentan a la adversidad (PAHO, 2020).

En Ecuador las cifras de contagios confirmados por COVID-19, hasta finalizar el mes de julio del 2021, ascienden a 480.720, de un total de 1,627.189 muestras RT-PCR aplicadas. (Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias [SNGRE], 2021). Estas cifras sólo hacen visible una parte de la realidad, la de quienes se han realizado una prueba o han sido hospitalizados, pero por otro lado están quienes prefieren no acudir a espacios de salud ante sus dolencias, los habitantes de calles, quienes viven en sectores alejados, los que confían su salud a los remedios caseros o incluso aquellos que, a pesar de sus intenciones, no alcanzaron un cupo en ningún centro médico u hospital, cuando lo necesitaron.

El Ministerio de Educación del Ecuador (MINEDUC) a causa de la pandemia puso en marcha la ejecución del Plan Educativo COVID-19, el mismo que cuenta con dos fases; “Aprendemos juntos en casa” y “Juntos aprendemos y nos cuidamos” (MINEDUC, 2021). Ambas fases tienen como base la modalidad virtual, la misma que funciona para estudiantes y docentes, en unos sectores, mejor que en otros, en dependencia de las posibilidades de conectividad, recursos y conocimiento del manejo de herramientas digitales.

Domínguez, Prieto y Barraca (2017), plantea que las principales conductas problemáticas en el ámbito laboral son; la dificultad para delegar tareas y responsabilidades, inadecuada en la gestión del tiempo, niveles elevados de activación fisiológica y el consumo excesivo de alcohol. Podríamos añadir que el estrés de rol, sobrecarga, ambigüedad de funciones, conflictos, ansiedades son elementos negativos que pudieran estar presentes de forma frecuente en esta comunidad de docentes en la actualidad, cuando su forma de trabajo está viviendo grandes cambios, lo que hace visible la necesidad de programas psicosociales, desde un abordaje salutogénico que trascienda el tratamiento de la enfermedad y se enfoque en las potencialidades del sujeto (Deroncele, Medina y Gross, 2020).

La Salud mental vista como positiva, (...) cubre tanto el bienestar como las enfermedades mentales, y se hace mayor hincapié en la

necesidad de trabajar desde una perspectiva comunitaria en orden, para prevenir y, sobre todo, para promover la salud mental. (Lluch et al., 2013). De ahí la intención de que en este artículo se aborde la salud mental desde con un enfoque positiva, con el objetivo de: 1.- de diagnosticar su estado actual en una comunidad de docentes que han experimentado cambios en la ejecución de su rol a causa de la pandemia por el COVID -19, e identificar factores de bienestar psicosocial en esta comunidad que permitan desarrollar la SMP; estos resultados servirán de plataforma para futuras intervenciones psicosociales (programas, estrategias, etc.) teniendo en cuenta las necesidades sentidas de la comunidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta a su comunidad (OMS para las Américas, 2014).

Durante mucho tiempo al hablar de Salud Mental se ha hecho referencia a poseer una cantidad específica de síntomas, que lleven a presumir la existencia de alguna patología. Teresa Lluch (2013) plantea que se ha registrado un cambio en la forma de ver los trastornos mentales, aceptándose que la Salud Mental, es algo más, que la ausencia de enfermedad, el término se vuelve un concepto que puede ser usado para, referirse a bienestar mental o a enfermedad mental, dando énfasis al trabajo desde la perspectiva comunitaria, para prevenir y promover la salud mental. La modificación de este término puede deberse también a la implementación de políticas públicas de los gobiernos centrales o autónomos, las mismas que promueven el respeto por los derechos, una intervención basada en la restitución de estos y en prevenir problemáticas que pudieran afectar a las comunidades de los distintos sectores y de esa manera a la sociedad.

La Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC) declara que “La Salud Mental es la capacidad de todos y cada uno de nosotros para sentir, pensar y actuar de maneras que mejoren nuestra capacidad para disfrutar de la vida y enfrentar los desafíos. Es un sentido positivo de bienestar emocional y espiritual que respeta la importancia de la cultura, la equidad, la justicia social, las interconexiones y la dignidad personal” (PHAC, 2006, citado en Lluch et. al. 2013, p. 2).

Jahoda (1958, citada en Lluch et. al. 2013, p.2) realizó un trabajo sobre la Salud Mental Positiva, en el que propuso seis criterios

generales y dieciséis criterios específicos, para definir este constructo. Años atrás Lehtinen, Sholman y Kovess-Masfety (2005, citado en Lluch et al., 2013, p. 2) aclararon que “La felicidad o la satisfacción con la vida no son necesariamente lo mismo que la Salud Mental Positiva (SMP), aunque puedan verse como componentes esenciales del constructo”. De esta forma se han ido sumando otras aportaciones al estudio de la SMP, es así como Ganga y Kutty (2012) en su trabajo de medición sobre este constructo y luego de algunas entrevistas a varios profesionales, la definen como:

(...) un estado dinámico de bienestar en el que el individuo se da cuenta de su propio potencial, con una creencia subyacente en la dignidad y el valor de sí mismo y de los demás, puede hacer frente bien a las tensiones normales de la vida, es capaz de trabajar de forma productiva y puede Contribuir a la comunidad (p. 3).

La OMS (2011, citado en Askill et al., 2013) recomienda actividades de promoción de la salud mental en los entornos escolares, como la creación de escuelas amigas de los niños, brindar educación social y emocional regular a todos los estudiantes y desarrollar enfoques escolares para el bienestar. Rowling (2009, citado en Askill et al. 2013) plantea que el éxito de una intervención puede estar influenciado por factores organizacionales y personales, liderazgo y cultura de la escuela, y capacidades de los maestros. Apoyando los programas de promoción de la salud centrados en factores salutogénicos y no solo en la prevención de los factores patogénicos tradicionales y los trastornos mentales (Lukat et al. 2016, p. 2).

Reinke et al. (2011, citado por Brann et al., 2020) afirma que “los maestros desempeñan un papel fundamental en la salud mental escolar, ya que son el adulto principal que interactúa constantemente con los estudiantes en un entorno estructurado” (p. 2). La interrogante es: ¿Está el docente preparado para asumir el cuidado de la salud emocional de sus estudiantes? Hasta la fecha los distintos estudios que se han realizado sobre la SMP en el entorno escolar hablan de buscar un beneficio para los estudiantes desde la intervención que los docentes puedan realizar durante las clases, poco se concreta sobre la capacidad o disponibilidad de estos, para asumir esta función Betoret (2006) y muchos menos estudios sobre la capacidad de autogestión del docente de su propia salud mental, aun cuando se reconoce que la “autoeficacia se ha

relacionado con el estrés docente, la satisfacción laboral y el agotamiento” (Brouwers y Tomic, 1999, citado en Brann et al. 2020, p. 2).

(...) aunque los docentes constituyen una estructura esencial para el mantenimiento de las actividades básicas de socialización durante el período de pandemia, todavía constituyen una categoría invisible en la producción científica que se ocupa de la salud mental en este contexto (Scorsolini-Comin, 2020, citado en Ribeiro et al., 2020).

Franklin et al. (2012) indica que se pretende que los maestros aprenden (nivel 1) las mejores estrategias universales para el aula, (nivel 2) la escuela ofrece intervenciones selectivas en grupos pequeños, pero si los estudiantes necesitan una ayuda más allá, (nivel 3) están las intervenciones indicadas, que son individualizadas, más intensivas y/o con enfoques terapéuticos. En la dinámica que se lleva a cabo en Ecuador en el ámbito escolar; el nivel uno estaría a cargo del manejo de grupo que pueda realizar el docente, el Departamento de Consejería Estudiantil apoya con el nivel dos y este a su vez realizará la respectiva derivación al profesional externo, tal como lo indican sus funciones, para la ejecución del nivel tres (Ministerio de Educación del Ecuador, 2016).

Christina Cruz (et al., 2021) señala que “las funciones de los docentes en la prestación de cuidado pueden ser actualmente limitadas”. Hablar de Salud Mental Positiva, es referirse a reducir la predisposición de enfermedades mentales (Keyes et al., 2010, citado en Gómez-Acosta, 2020), tener disposición al optimismo y adaptarse académicamente (Londoño, 2009), además de que los docentes tengan competencias comunicativas, entre otras. (Gómez-Acostas et al., 2020). Elementos para considerar al momento de asignarle el rol del cuidador a un docente.

La pandemia por COVID-19 ha traído consigo muchos cambios, en los que tienen que ver al aspecto educativo, el más significativo debido al teletrabajo es, la modalidad virtual de enseñanza. Por la permanencia del encierro y el poco seguimiento a los profesionales de la educación en temas de salud y condiciones de trabajo, se plantea la posibilidad del sufrimiento, relacionado con la forma en la que se brinda el servicio y la demanda de este (Ferreira, 2018, citado por Ribeiro et al, 2020).

“La sensación de cansancio y fatiga que se desarrolla a medida que se agotan las energías emocionales” (Maslach et al, 1996, citado por Han y Weiss, 2005), que puede restar valor al compromiso de los maestros, en sus actividades (Han y Weiss, 2005), son factores importantes para tomar en cuenta para la ejecución de su rol.

Bolier et al. (2013, citado por Hurtado-Pardos et al., 2018) destacan que “desde la psicología, ha surgido con fuerza la parte positiva de la salud mental, destacando la necesidad de potenciar y reforzar las fortalezas del ser humano”. Neill (et al., 2021) manifiesta que el papel de la actividad física contribuye (a) reducir el estrés y promueve la Salud Mental, ayuda a la (b) inclusión social y contribuye en la (c) capacidad/posibilidad para distraer la mente, como un alivio del estrés. Lo que podría significar una forma de ayudar en el control emocional del docente ante las variadas exigencias que implican su rol en la actualidad.

El Departamento de Salud y el Servicio de Asesoramiento Sanitario del NHS (2004, citado en Rothì et al., 2008) indica que en las aulas se espera que los docentes “asuman las responsabilidades de los profesionales de la salud mental de primer nivel (...)”, pero para que el docente dé una respuesta favorable al ejercicio de su rol, como señala Lluch (et al. 2013) es necesario tener una visión integral de su salud física y mental, además de los determinantes sociales, biológicos y psicológicos aunque sea una relación compleja de establecer.

Como parte de las bases epistemológicas del presente estudio se asume de manera central el enfoque de salud mental positiva de Lluch (1999) y el enfoque positivo de gestión de potencialidades de Deroncele, Medina y Gross (2020), enfoques que complementan la perspectiva positiva, salutogénica y covital que matiza la cualidad comunitaria que se estructura en este estudio. Desde esta mirada, estudiar la SMP en una comunidad de docentes es importante, para poder establecer cuáles de los condicionantes presentes en sus vidas, incide con mayor fuerza y con ello concretar información base que respalde la creación de proyecto psicosociales desde sus necesidades sentidas y contribuyan a fortalecer, potenciar y enfrentarse a las dificultades, desarrollando sus recursos personales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Las pautas metodológicas utilizadas tienen su base en la propuesta de mapeo epistémico de Deroncele, Gross y Medina (2021) a partir de los criterios que plantean estos autores a tener en

cuenta para las bases metodológicas del estudio que deben plasmarse en el texto científico.

El paradigma de investigación científica utilizado es el interpretativo (Deroncele, 2020) el cual según Álvarez (2019) “el investigador y el objetivo están vinculados interactivamente y los hallazgos son creados al avanzar la investigación” (p. 13). El enfoque de investigación es mixto, lo cual permitió realizar un análisis cuantitativo utilizando la escala de Salud Mental Positiva de Lluch y analizada a través del software estadístico SPSS v.25, y un análisis cualitativo desarrollado a través de una entrevista semiestructurada que fue analizada con ayuda del software Atlas.ti versión 4.7., “así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias de la información recabada (...)”. (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Se constituye en una investigación de tipo aplicada, ya que se hace uso de conocimientos científicos sistematizados y establecidos, para diagnosticar o transformar la realidad (Deroncele, Gross y Medina, 2021), siendo además un tipo de estudio transversal que busca indagar sobre la variable Salud Mental Positiva, a partir de la aplicación de instrumentos en un tiempo único; y constatándose un alcance descriptivo y correlacional, pues se describe el estado actual de la SMP, e indaga sobre las relaciones entre los factores (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018, p. 178)

El método se basa en un estudio de casos de tipo único, ya que se aborda una situación en específico, como un hecho complejo y en funcionamiento (Stake, 1999), lo que permitió ampliar el conocimiento sobre el objeto de estudio y hacer una importante contribución al conocimiento y a la construcción teórica (Rodríguez et al., 1996).

Las técnicas e instrumentos de recolección de la información a emplear son:

1. **Escala de salud mental positiva.** Para la calificación de la escala se asume la propuesta que aportan Lluch-Canut et al. (2013), que consideran lo siguiente:

La variable PMH se evalúa mediante el Cuestionario de Salud Mental Positiva (PMHQ; Lluch, 1999). Este cuestionario consta de 39 ítems que se distribuyen de manera desigual entre los seis factores que definen el constructo: F1-Satisfacción personal (8 ítems), F2 Actitud social (5 ítems), F3-Autocontrol (5 ítems), F4-

Autonomía (5 ítems), F5- Resolución de problemas y auto-actualización (9 ítems) y F6-Habilidades de relación interpersonal (7 ítems). Los ítems adoptan la forma de afirmaciones positivas o negativas que se responden en una escala que va del 1 al 4, según la frecuencia con la que ocurren: siempre o casi siempre, bastante a menudo, a veces, nunca o raras veces. El cuestionario proporciona una puntuación global para PMH (suma de las puntuaciones de los ítems), así como puntuaciones específicas para cada factor. El valor global de PMH varía de 39 puntos (PMH bajo) a 156 puntos (PMH alto). Los valores mínimo y máximo para cada factor son: 8-32 (factor F1), 5-20 (factor F2), 5-20 (factor F3), 5-20 (factor F4), 9-36 (factor F5) y 7-28 (factor F6).

Del mismo modo se completa este análisis con las puntuaciones para ítems positivos y negativos (Tabla 1).

Tabla 1. Puntuaciones para ítems positivos y negativos Cuestionario de Salud Mental Positiva (PMHQ).

Puntuaciones para ítems positivos (+)
A- (siempre o casi siempre): valor 1
B- (a menudo o con bastante frecuencia): valor 2
C- (algunas veces): valor 3
D- (nunca o casi nunca): valor 4
Puntuaciones para ítems negativos (-) puntuaciones invertidas
A- (siempre o casi siempre): valor 4
B- (a menudo o con bastante frecuencia): valor 3
C- (algunas veces): valor 2
D- (nunca o casi nunca): valor 1

Fuente: Adaptado a partir de Navarro (2008)

A continuación, se mencionará la relación de todos los ítems agrupados por cada factor de salud mental positiva y su correspondiente clasificación en ítems positivo o negativo, pues como se expresó anteriormente en dependencia de ello será el valor de cada respuesta emitida por los sujetos; ello además de constatar la manera en que se realizó el presente análisis permite contribuir con otros investigadores en el entendimiento y calificación del cuestionario.

Factor de Satisfacción Personal; ítems 4,6,7,12,14, 31,38,39,

donde 4 es positivo (+) y los restantes son negativos (-). Factor de Actitud Prosocial; ítems 1,3,23,25,37, donde 23,25,37 son positivos (+) y 1 y 3 son negativos (-). Factor Autocontrol; ítems 2,5,21,22,26, donde 1 y 3 son negativos (-) y 23,25 y 37 son positivos (+). Factor Autonomía; ítems 10,13,19,33,34, en este factor todos son negativos (-). Factor Resolución de Problemas y autoactualización; ítems 15,16,17,27,28,29,32,35,36, en este factor todos son positivos (+). Factor Habilidades de relaciones Interpersonales; ítems 8,9,11,18,20,24,30 donde 8,9,24 y 30 son negativos (-) y 11,18,20 son positivos (+). En resumen, se contabilizan 20 ítems positivos y 19 ítems son negativos.

La Baremación de la escala es: Factor F1: 8-16 nivel bajo; 17-24 nivel medio; 25-32 nivel alto; Factor F2, F3 y F4: 5-10 nivel bajo; 11-15 nivel medio; 16-20 nivel alto; Factor F5: 9-18 nivel bajo; 19-27 nivel medio; 28-36 nivel alto; Factor F6: 7-14 nivel bajo, 15-21 nivel medio, 22-28 nivel alto, y finalmente SMP: 39-78 nivel bajo; 79-117 nivel medio; 118-156 nivel alto.

2. **Entrevista semiestructurada.** Se aplicó esta entrevista utilizando la estrategia de indagación apreciativa a través de la propuesta de un tópico afirmativo que permitió a los docentes elaborar sus proposiciones constructivas (Whitney y Trosten-Bloom, 2010).

Para el análisis de la información y determinación de los resultados, en el caso de la Escala de Salud Mental positiva es el software SPSS V.25 y para la entrevista semiestructurada se realizará un análisis de contenido apoyado con el software Atlas.ti v. 4.7. El método teórico será el Análisis-Síntesis, Inductivo-Deductivo. (Deroncele, Gross y Medina, 2021).

La muestra del estudio fueron 19 sujetos que conforman una comunidad docente; el 78,9% mujeres y 21,1% hombres, en edades comprendidas entre 51-60 el 21,1%, de 41-50 el 31,6%, de 31-40 el 31,6% y de 20-30 el 15,8%. En un 100% responden a un tipo de contratación de tiempo completo, con experiencias laborales como docentes, que oscilan entre 21 años o más el 26,3%, de 16-20 años el 5,2%, 11-15 años el 21,1%, de 6-10 años el 21,1% y de 1-5 años el 26,3%. En relación con su último grado de estudio obtenido el 73,7%, ingeniería el 5,2% y maestría el 21,1%.

La categoría (variable) de este estudio es: Salud Mental Positiva y las subcategorías son los 6 factores trabajados por Lluich (1999). Los factores se componen de la siguiente forma; F1: Satisfacción Personal incluye: Autoconcepto/Autoestima, Satisfacción con la

vida personal y Perspectiva optimista sobre el futuro. F2: Actitud Prosocial se compone de; Predisposición activa hacia la sociedad, Actitud social altruista; actitud de ayudar/apoyar a otros y Aceptación de los demás y de las diferentes características sociales. F3: Autocontrol incluye: Capacidad para hacer frente al estrés/situaciones de conflicto, Equilibrio emocional/control emocional y Tolerancia a la frustración, la Ansiedad y el estrés. F4: Autonomía está compuesto de: Capacidad de tener estándares propios, Independencia, Autorregulación del comportamiento, Sensación de seguridad personal/confianza en sí mismo. F5: Resolución de problemas y autorrealización incluye; Capacidad analítica, Capacidad de tomar decisiones, Flexibilidad/capacidad de adaptación al cambio y Actitud de crecimiento continuo y desarrollo personal. F6: Interpersonal habilidades de relación está compuesto de: Capacidad de establecer relaciones interpersonales, Empatía/capacidad de entender el sentimiento de los demás, Capacidad de dar apoyo emocional y Capacidad de establecer y mantener relaciones interpersonales cercanas.

RESULTADOS

Análisis cualitativo: revelando factores psicosociales emergentes

El presente análisis revela el núcleo positivo de la comunidad de docentes que se constituyó en el sistema humano de estudio permitiendo connotar aspectos esenciales de una cualidad comunitaria centrada en un enfoque salutogénico que tiene en cuenta las potencialidades de los sujetos. (Deroncele, 2020) Esto permitirá proyectar estrategias de intervención psicosocial para mejorar la Salud Mental Positiva en la comunidad, transitando del tradicional de los modelos de cambio basado en el déficit a un modelo de cambio positivo. Para ello se diseñó una entrevista semiestructurada basada en la propuesta de jornadas de proposiciones constructivas de la indagación apreciativa donde a partir de un tópico afirmativo las personas son capaces de identificar fortalezas y oportunidades, lo cual amplifica el núcleo positivo de las dinámicas individuales y colectivas (Whitney y Trosten-Bloom, 2010, citadas por Deroncele, 2015).

Los 19 profesionales que ejercen el rol de docentes fueron examinados con el objetivo de obtener una descripción de tipo cualitativa. Se realizó un análisis de contenido a través de la codificación y revelación de categorías emergentes, apoyado del software ATLAS.ti. versión 4.7. Se generó una proposición constructiva, abierta, por lo que no se contaba con parámetros de

medición preestablecidos, las categorías emergentes arrojadas en la aplicación de la entrevista realizada son resultado de los códigos que esta comunidad de docentes de manera libre, han expuesto, en relación con sus criterios. A partir de la matriz de respuesta se procedió a identificar los códigos esenciales y con ello ir estableciendo patrones grupales que permitieran revelar categorías emergentes, se obtuvieron un total de 60 códigos, estos se agruparon en 5 categorías emergentes, que fueron; Clima

organizacional positivo (19 códigos), Formación Continua (18 códigos) y Trabajo Colaborativo (18 códigos), Bienestar Emocional (3 códigos) y Comunicación asertiva y empática (2 códigos), en relación con los aspectos importantes para una comunidad de aprendizaje profesional, de docente. Por otra parte, al consultarles sobre lo que consideran importante, para su salud mental, se logró obtener un total de 56 códigos que se agruparon en 5 categorías emergentes; Relaciones humanas de interdependencia (15 códigos), Recursos de afrontamiento (14 códigos), Hábitos de cuidado personal (14 códigos), Clima organizacional positivo (10 códigos) y Espiritualidad (3 códigos).

Análisis cuantitativo: Estado actual de la salud mental positiva en la comunidad de docente

El cuestionario de salud mental positiva se procesó a partir de un análisis cuantitativo centrado en procedimientos de la estadística descriptiva e inferencial. Es válido destacar que dicho instrumento mostró una alta consistencia interna (Tabla 2).

Tabla 2. Confiabilidad del cuestionario de salud mental positiva

Resumen de procesamiento de casos			
		N	%
Casos	Válido	19	100.0
	Excluido a	0	.0
	Total	19	100.0
a. La eliminación por lista se basa en todas las variables			
		Alfa de Cronbach	N de elementos
		<u>0,950</u>	<u>39</u>

Existen cuatro factores que se comportan de manera idéntica, estos son: 1.- satisfacción personal, 2.- autonomía, 3.- resolución de problemas y autoactualización, 4.- habilidades de relaciones interpersonales. En el caso de estos factores se observa que un 94,7% de la muestra refleja un nivel bajo, así mismo un 5,3% (una sola persona) obtuvo un nivel medio, y no se obtienen resultados con nivel alto (tabla 3).

Tabla 3. Nivel de satisfacción personal, autonomía, resolución de problemas y autoactualización, y habilidades de relaciones interpersonales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nivel bajo	18	94,7	94,7	94,7
	Nivel medio	1	5.3	5.3	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

Por su parte, la actitud prosocial se constituye en el factor más desfavorable en tanto el 100% de los encuestados reflejaron un nivel bajo (Tabla 4.)

Tabla 4. Nivel de actitud prosocial

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nivel bajo	19	100.0	100.0	100.0

Finalmente, el autocontrol, aunque de manera general tuvo un comportamiento bajo (78,9%) fue el que registró el mejor comportamiento entre todos los factores, obteniendo el índice más elevado en nivel medio con un 21,1% (Tabla 5), en este sentido, puede considerarse una fortaleza (núcleo positivo) de la comunidad docente de cara a futuras intervenciones, para impactar favorablemente en los restantes factores y con ello en el nivel global de SMP. Este resultado motivó la realización de la correlación entre el factor de autocontrol y los restantes factores.

Tabla 5. Nivel de autocontrol

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Nivel bajo	15	78.9	78.9	78.9
	Nivel medio	4	21.1	21.1	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

De manera global la SMP obtuvo un 89,5% en nivel bajo, y un 2% en nivel medio (Gráfico 1). Llama la atención que ninguno de los factores reflejó resultado en el nivel alto.

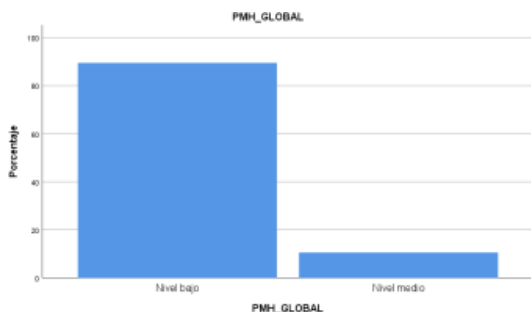


Gráfico 1. Porcentaje Global de la Salud Mental Positiva en los docentes.

La correlación entre los factores de salud mental positiva

Teniendo en cuenta la naturaleza cualitativa de la variable salud mental positiva y los resultados de la prueba de distribución de normalidad de los datos, se procedió a utilizar correlaciones no paramétricas: Rho de Spearman, representado por la siguiente fórmula

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

Teniendo en cuenta los resultados y la posible relación entre el autocontrol como núcleo positivo con el resto de los factores, se procedió a establecer la siguiente hipótesis:

Hipótesis: Existe relación entre el autocontrol y los restantes factores de la salud mental positiva.

Hipótesis estadística

Ho: No existe relación entre el autocontrol y los restantes factores de la salud mental positiva.

Ha: Existe relación entre el autocontrol y los restantes factores de la salud mental positiva. Nivel de significancia

Se considera el nivel de significancia teórica $\alpha = ,01$ que corresponde a un nivel de confiabilidad de 99%. Regla de decisión: Rechazar la Ho cuando la significancia observada (p-valor) sea menor que α y aceptar Ho cuando la significancia observada (p-valor) sea mayor que α .

El procesamiento a través del software SPSS v.25 demostró que existe una relación significativa positiva entre el autocontrol y los restantes factores de SMP, con excepción de la autonomía (Tabla 6). Del mismo modo el modelo estadístico permitió constatar que en la medida que aumenta el autocontrol también aumentan los restantes factores y con ello el nivel global de salud mental positiva, por lo que el autocontrol se connota como un elemento dinamizador de SMP, así que se debe trabajar sobre la dinámica de este factor como fortaleza y núcleo positivo del grupo. La tabla general de correlaciones mostró otros comportamientos tomando como referencia a otros factores, lo cual sería oportuno trabajar en ello en futuros estudios.

Tabla 6. Correlación del autocontrol con los demás factores de SMP

			Sati sf. pers onal	Actit ud proso cial	Autocon trol	Autono mía	Reso luc. Prob · Auto. Act	Hab. Rel. Interperso nales
Rho de Spear man	Autocon trol	Cofeci ente de correla ción	.678**	.720**	1.000	.416	.609**	.821**
		Sig. (bilat eral)	.001	.001	.	.077	.006	.000
		N	19	19	19	19	19	19

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

DISCUSIÓN

Factores de bienestar psicosocial: hacia una visión salutogénica

de las comunidades docentes de aprendizaje

Es comprensible que para esta comunidad de docentes se vuelva vital contar con un clima organizacional positivo, donde, además, se trabaje de manera colaborativa y se tenga una actualización y formación continua de los conocimientos. El ambiente laboral, para un profesional docente, está sujeto a cambios constantes, un ejemplo de ello es la emergencia sanitaria a nivel mundial por COVID-19 y los cambios que esta demandó en la modalidad de enseñanza, la combinación de actividades laborales y familiares, en un mismo espacio y la necesidad de actualización de conocimientos, para el manejo de las TICs.

La actividad educativa está saturada de responsabilidades. Es frecuente que el docente se mantenga alerta durante varias horas al día y que asuma funciones policiales y parentales que le abocan al agotamiento profesional. Acumular tareas, unido a sentimientos de frustración, insatisfacción y falta de entendimiento con los compañeros, estudiantes y padres de familia, podría ocasionar en estos profesionales algunas alteraciones relacionadas a la fatiga, descenso de la concentración, rendimiento, ansiedad, problemas de sueño, dificultades digestivas, etc. (Martínez et al., 2003), por lo que no podríamos valorar como menos importantes, las categorías Bienestar Emocional y Comunicación, pues estas se convierten en el complemento de esos aspectos favorables, para la comunidad de aprendizaje profesional docente.

Las respuestas de las categorías Clima Organizacional positivo, Comunicación y Trabajo colaborativo, están ligeramente asociadas. Estas se vuelven para los docentes en elementos esenciales al momento de ejercer su rol, por ello, “tanto el apoyo del director como un alto grado de de calidad en la implementación del maestro, parecen ser necesarios, para producir efectos de intervención” (Kam, Greenberg y Walls, 2003, citado por Han y Weiss, 2005), óptimos. En este mismo sentido Rohrbach (et al., 1993 citado por Han y Weiss, 2005) señala que cuando los directores son conscientes de la importancia de su apoyo, para los docentes de manera instrumental o afectiva, contribuye a generar cambios positivos en la implementación de programas, para el entorno educativo.

Por otra parte, la categoría Formación continua es esencial en la práctica docente, pues las formas de aprender de las nuevas generaciones se vuelven cada vez más práctica, exige mayor interacción social y digital, la información es de fácil acceso para los estudiantes, y así, si un docente no se actualiza podría enfrentarse a un grupo de estudiantes que sepan más que él, incluso en la misma

materia que imparte. Además, de considerar que muchas veces, sus focos de interés están relacionados también a la comprensión de problemáticas psicosociales (Darling-Hammond, 2006;

Grossman (1995; citado por Askell-Williams et al., 2013) habla de clasificaciones de tipo de conocimiento docente:

(...) Conocimiento sobre sus alumnos y sus características: debe estar bien estructurado, ser complejo y generativo a fin de capacitar a los maestros para que reconozcan y respondan a los estudiantes que tienen dificultades para manejar sus emociones, entablar buenas amistades o mostrar signos tempranos de dificultad mental. Conocimiento de la materia: debe ser extenso y bien estructurado, a fin de que los maestros puedan diseñar, ampliar, secuenciar e impartir de manera generativa programas de educación social y emocional. Conocimiento pedagógico: necesita equiparlos para que combinen de manera innovadora los temas de promoción de la salud mental con su repertorio de estrategias de enseñanza como; facilitar debates en clases sobre las emociones.

En relación con la categoría Bienestar emocional este grupo de docentes, en sus respuestas, hace mención a la Orientación Emocional, Flexibilidad y Salud Mental, considerando a éstas como elementos importantes en su comunidad de aprendizaje, por ello podríamos decir que:

(...) La salud no significa sólo el bienestar físico del individuo, sino que se refiere al bienestar social, emocional, y cultural de toda la comunidad. Esta es una visión de la vida completa e incluye el concepto ciclo de vida-muerte-vida...Un problema de salud mental es una interrupción de las interacciones entre el individuo y el medio ambiente que produce un estado de salud mental disminuido (Swan y Raphael, 1995, citado por Askell-Williams et al., 2013).

En relación con los aspectos importantes para su Salud Mental, esta comunidad de docentes considera que las Relaciones personales son lo principal, seguido de los Hábitos de cuidado personal y Recursos personales de afrontamiento, pero además, señalan nuevamente que el Clima organizacional positivo es una categoría emergente significativa, junto con la Espiritualidad.

Las Relaciones personales, los Hábitos de cuidado personal y los Recursos de afrontamiento expresados por los docentes,

contribuyen a que las personas tomen control de su bienestar emocional y mental, y estos a su vez influir en los deseos, sentimientos, pensamientos y estado de ánimo, pues al tomar y mantener decisiones significativas, para la Salud Mental, se podrá encontrar un estado mental equilibrado y alcanzar nuestras metas. De esta manera se prevén dolencias de naturaleza psíquica como: culpabilidad, ansiedad, desánimo, inferioridad, entre otras (Melgosa, 2017, p. 1).

El resultado de las Relaciones personales se vuelve importante debido a que nuestras emociones positivas o negativas surgen de la interacción con el otro. Al no tener problemas o dificultades con las personas que nos rodean; amigos, compañeros de trabajos, jefes, pareja sentimental, hijos, etc, las personas disfrutan de su bienestar psicológico y paz mental, pero de lo contrario la vida se vuelve complicada, intratable y priman emociones y sentimientos negativos. (Melgosa, 2017, p. 1-2). La Espiritualidad es otra categoría que emerge y se vuelve fundamental, para estos profesionales docentes, según plantea Melgosa (2017) “(...) la conexión con lo trascendental” es beneficiosa, para la salud mental, pues es necesario gozar de salud espiritual (Melgosa, 2017, p. 5). Argüelles y Jeseff (2009) señalan que, al conocer la esencia de una persona, se puede identificar cuáles son sus sistema de valores, pues que cada sujeto obedece a una creencia que determina su hacer, para la felicidad y aportar al progreso de su comunidad).

Finalmente, estos factores emergentes de relaciones personales, recursos personales de afrontamiento, hábitos de cuidado personal, clima organizacional positivo y espiritualidad, se constituyen en indicadores de grupos saludables, como la resiliencia y la satisfacción (que son factores de bienestar psicosocial) y que median la relación entre las percepciones que los trabajadores tienen de su contexto social organizacional y el desempeño (Salanova, Llorens y Martínez, 2016).

Esto ofrece un aporte esencial a la cualidad comunitaria con énfasis en un enfoque salutogénico y positivo, pues tal como apunta Salanova, Llorens y Martínez (2016), “la Psicología se ha centrado casi exclusivamente en la patología, en “aquello que va mal”, con una focalización en el lado negativo, sin embargo, es necesario poner el acento en los rasgos positivos, como el optimismo, la esperanza, la creatividad, y la responsabilidad, entre otras, para promover una salud mental positiva en las personas, grupos, organizaciones y sociedades.

Es aquí donde emerge la Psicología Organizacional Positiva

que surge de la combinación del concepto de salud integral aplicada al contexto específico del trabajo. Se define como el estudio científico del funcionamiento óptimo de la salud de las personas y de los grupos en las organizaciones, así como de la gestión efectiva del bienestar psicosocial en el trabajo y del desarrollo de organizaciones para que sean más saludables (Salanova, Llorens y Martínez, 2016, p. 177).

Finalmente se presenta la red generada con el software Atlas.ti (Figura 1) revela dos dimensiones, una dimensión que agrupa los aspectos de: formación continua, trabajo colaborativo, bienestar emocional, comunicación asertiva y empática, y otra dimensión agrupa los aspectos de: relaciones humanas de interdependencia, recursos de afrontamiento, hábitos de autocuidado, espiritualidad, constituyéndose el clima organizacional positivo en un núcleo dinamizador asociado directamente a la comunidad profesional saludable y por tanto elemento esencial de cada dimensión; por su parte se expresan algunas relaciones específicas entre las dimensiones, en este sentido se constata que las relaciones humanas de interdependencia está asociada directamente con la comunicación asertiva y empática; también la espiritualidad y los recursos de afrontamiento son objeto del dominio bienestar emocional. El comportamiento de estas relaciones permite establecer futuras rutas de intervención psicosocial.

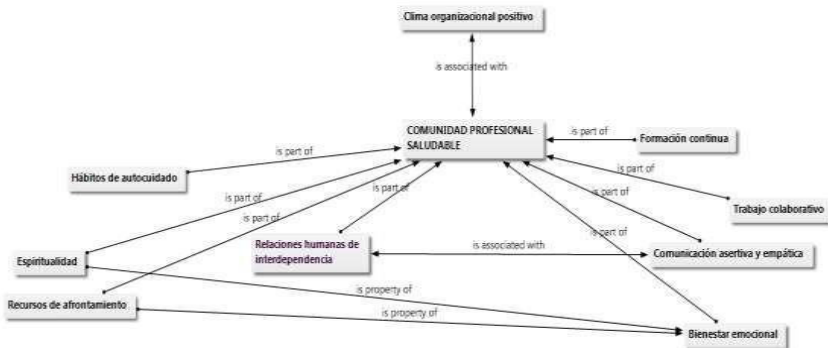


Figura 1. Comunidad profesional saludable: factores de bienestar psicosocial Fuente: Elaboración propia. Software Atlas

El autocontrol como núcleo positivo y eje dinamizador de la SMP

Teniendo en cuenta la filosofía y práctica de una cualidad comunitaria que deja atrás el modelo salud-enfermedad como

modelo de cambio basado en el déficit y pone el énfasis en amplificar los elementos positivos de los sistemas humanos (Whitney y Trosten- Bloom, 2010; Deroncele, Medina y Gross, 2020), la discusión de los resultados del cuestionario de salud mental positiva, estará centrada de manera sintética en las potencialidades del autocontrol como núcleo positivo y eje dinamizador de la SMP.

Sobre lo anterior los resultados indican que tener niveles más bajos de autocontrol se asocia con una disminución de la salud mental positiva, reconociendo una relación directa del autocontrol sobre la SMP (Cullen, et al., 2021), así se rescata un estudio, que destaca la importancia de la competencia social y el autocontrol del comportamiento como objetivos de intervención para el desarrollo y el bienestar (Hilton, et al., 2019).

Llama la atención que en este estudio la relación entre autocontrol y habilidades de relaciones interpersonales resultó ser la relación significativa positiva más fuerte con un 0,821, lo cual ratifica la conclusión del estudio de Grima-Ruiz de Ángulo (2017) quienes evaluaron el impacto de un programa de promoción del autocontrol y concluyeron que “este programa supone una mejora en el factor de habilidades de relación interpersonal” (p.118).

Específicamente un estudio reciente de motivación en trabajadores de empresas de servicios menciona la importancia de la autoeficacia creativa y el empoderamiento psicológico de los trabajadores (Deroncele, Anaya, López y Santana, 2021), destacando el rol de la “autodeterminación en tanto sentido de autonomía y control sobre los comportamientos y procesos laborales” (p.572); lo cual “da cuenta de la importancia de promover en los trabajadores un locus de control interno como indicador de una participación más activa y protagónica en el desarrollo de su actividad” (p.575).

Otra importante investigación expone la relación entre educación y salud mental, así como el rol de los recursos psicosociales, destacando un elemento clave el sentido de control (Niemeyer et al., 2019). Sus resultados mostraron que los síntomas depresivos fueron más prevalentes para las personas con un nivel educativo bajo; entonces, a juzgar por los resultados encontrados en la comunidad de docentes, si bien estos profesionales tienen un buen nivel educativo general, es posible que aún necesite abordarse de manera específica la educación socioemocional, lo cual permite que adquieran recursos psicosociales que tienen un impacto positivo en su salud mental.

A estas evidencias científicas que posicionan el rol del

autocontrol en la salud mental positiva se suma el modelo de covitalidad de orden superior que se aborda en el estudio de Piqueras, et al. (2019). Este modelo atiende cuatro rasgos latentes: creencia en uno mismo (autoeficacia, autoconciencia y persistencia), creencia en los demás (apoyo escolar, coherencia familiar y apoyo de los compañeros), competencia emocional (regulación emocional, autocontrol y empatía) y una vida comprometida (gratitud, entusiasmo y optimismo). Todos estos elementos constituyen núcleos positivos, denominados por los mismos autores, activos psicológicos básicos, de ahí su importancia en la promoción de una salud mental positiva, al formar parte de la Covitalidad que es una nueva forma de comprender la salud mental, que incluye no solo el malestar o la enfermedad, sino también el bienestar psicológico, para definir el estado de salud mental completa.

CONCLUSIONES

1. Teniendo en cuenta el objetivo 1 de diagnosticar el estado actual de salud mental positiva en la comunidad de docentes, se encontró que existen cuatro factores que se comportan de manera idéntica, estos son: 1.- satisfacción personal, 2.- autonomía, 3.- resolución de problemas y autoactualización, 4.- habilidades de relaciones interpersonales, con un 94,7% en nivel bajo. Por su parte, la actitud prosocial se constituye en el factor más desfavorable con un 100% en nivel bajo, y finalmente, el autocontrol, registró el mejor comportamiento entre todos los factores, obteniendo el índice más elevado en nivel medio con un 21,1%. De manera global la SMP obtuvo un 89,5% en nivel bajo, y un 2% en nivel medio. También se encontró que existe una relación significativa positiva entre el autocontrol y los restantes factores de SMP, con excepción de la autonomía, lo cual debe ser considerado en futuras propuestas de intervención psicosocial para mejorar la salud mental positiva.
2. Teniendo en cuenta el objetivo 2 de identificar factores de bienestar psicosocial que permitan dinamizar esta comunidad saludable de aprendizaje, se revelaron categorías emergentes tales como: clima organizacional positivo; formación continua, trabajo colaborativo, bienestar emocional y comunicación asertiva y empática; además de otros núcleos positivos como las relaciones humanas de interdependencia, los recursos de afrontamiento, hábitos de

autocuidado, clima organizacional positivo y espiritualidad, todos estos factores de bienestar psicosocial emergentes deben considerarse dentro de las agendas de cambio positivo de las personas, grupos y organizaciones.

3. Gestionar adecuadamente la salud mental positiva requiere que se trabaje de manera colaborativa y se tenga una actualización constante en educación socioemocional, ello permitirá generar cambios positivos a partir de la implementación de programas de salud mental en el entorno educativo. Para esto es vital la orientación emocional, la flexibilidad en las relaciones interpersonales, el sentido de autonomía y el control sobre los comportamientos y procesos laborales. Partiendo de las necesidades sentidas de este grupo de profesionales y convirtiendo sus fortalezas en recursos válidos y significativos, para generar cambios estables en el tiempo.
4. Entender la salud mental como bienestar social, emocional, y cultural, requiere adentrarse en procesos que permitan una gestión integral entre lo individual y lo social, para ello un núcleo positivo evidenciado en la presente investigación lo constituye el autocontrol, factor que tiene una relación fuerte, positiva y directa sobre la SMP. Así, la competencia social y el autocontrol son elementos que se presuponen y complementan en una intervención psicosocial enfocada en la SMP. Lo anterior incluye la relación entre autocontrol y habilidades de relaciones interpersonales, como una relación altamente significativa que mediatiza el comportamiento de la SMP.
5. Desarrollar la salud mental positiva en las personas y los grupos humanos revela la necesidad de dinamizar una cualidad comunitaria que ponga el énfasis en un enfoque positivo, salutogénico, y de covitalidad, amplificando el núcleo positivo de los sistemas humanos. Cabe destacar que este núcleo positivo en ocasiones no está expresado a nivel consciente, por lo que debe rescatarse de las necesidades reales y sentidas del sujeto o el grupo. Esta cualidad comunitaria que va más allá de límites geográficos y materiales de lo que tradicionalmente se reconoce como una comunidad, integra las dimensiones de expresión de la subjetividad: individual, grupal, institucional y macrosocial como un todo, así un sujeto o grupo es saludable cuando despliega un funcionamiento óptimo en la sociedad, revelándose el saber ser y el saber convivir como ejes

dinamizadores de la salud mental positiva.

6. Por ello es tan importante una perspectiva psicosocial que aporte a un ciudadano global preparado para afrontar los retos de la vida con adecuados factores de bienestar psicosocial, repensar esta cualidad comunitaria permite una comprensión integral de las personas y los grupos, lo cual aporta a una convivencia saludable, ética, co-responsable y digna.
7. Finalmente se reconoce que gestionar la salud mental positiva en los docentes requiere de una educación socioemocional que permita integrar lo psicológico y lo social, siendo la competencia social y el autocontrol elementos clave, y reconociéndose la importancia de explorar las necesidades sentidas para identificar fortalezas y convertirlas en recursos válidos y significativos, que generen cambios estables en el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Hernández, G. A. (2019). Construcción y Reconstrucción del objetivo de estudio en la Investigación Educativa. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 19(3), 1-21. doi. 10.15517/aie.v19i3.38795
2. Argüelles Isea, Jeseff Josía (2009). La formación de la conciencia moral como camino para la búsqueda del sentido de la vida. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, 10(3), 225-241. Recuperado de: <https://bit.ly/3kwmA2o>
3. Askill-Williams, H., Lawson, M.J. (2013). Teachers' knowledge and confidence for promoting positive mental health in primary school communities. *Asia-Pacific Journal of Teacher Education*, 41(2), 126- 143. doi: 10.1080 / 1359866X.2013.777023
4. Brann, K. L., Boone, W. J., Splett, J. W., Clemons, C., & Bidwell, S. L. (2020). Development of the School Mental Health Self-Efficacy Teacher Survey Using Rasch Analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 073428292094750. doi:10.1177/0734282920947504
5. Cruz, C.M., Lamb, M.M., Giri, P., Gaynes, B.N., Matergia, M. (2021). Perceptions, attitudes, and knowledge of teachers serving as mental health lay counselors in a low and middle income country: a mixed methods pragmatic pilot study. *International Journal of Mental Health Systems*, 15(1), 40.

- DOI: 10.1186/s13033-021- 00453-3
6. Cullen, G.J., Yule, C., Walters, D., O'Grady, W. (2021). Mental Health Outcomes of Youth In-Care: Investigating the Effect of General Strain and Self-control Theories. *Child and Adolescent Social Work Journal*, Article in Press. Doi: 10.1007 / s10560-021-00748-x
 7. Deroncele Acosta, A., Anaya Lambert, Y., López Mustelier, R., & Santana González, Y. (2021). Motivación en empresas de servicios: Contribuciones desde la intervención psicosocial. *Revista Venezolana De Gerencia*, 26(94), 568-584. <https://doi.org/10.52080/rvgluzv26n94.7>
 8. Deroncele Acosta, A., Gross Tur, R., & Medina Zuta, P. (2021). El mapeo epistémico: herramienta esencial en la práctica investigativa. *Universidad Y Sociedad*, 13(3), 172-188. Recuperado de: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2088>
 9. Deroncele Acosta, A., Medina Zuta, P., y Gross Tur, R. (2020). Gestión de potencialidades formativas en la persona: reflexión epistémica y pautas metodológicas. *Universidad y Sociedad*, 12(1), 97-104. Recuperado de: <https://bit.ly/3BpqPUn>
 10. Deroncele, A. (2015). Estrategia educativa para la formación profesional integral del psicólogo en el contexto organizacional. (Tesis de doctorado). Recuperado de: <https://bit.ly/3aDMnCd>
 11. Deroncele Acosta, A. (2020). Paradigmas de investigación científica. Abordaje desde la competencia epistémica del investigador. *Revista Arrancada*, 20(37), 211-225. Recuperado de: <https://bit.ly/3Bs1qcQ>
 12. Domínguez-Rodríguez, Inmaculada, Prieto-Cabras, Vicente, & Barraca-Mairal, Jorge. (2017). Un estudio de caso de trastorno adaptativo con ansiedad por situación de sobrecarga laboral. *Clínica y Salud*, 28(3), 139- 146. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.003>
 13. Franklin, C. G. S., Kim, J. S., Ryan, T. N., Kelly, M. S., & Montgomery, K. L. (2012). Teacher involvement in school mental health interventions: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 34(5), 973- 982. doi:10.1016/j.childyouth.2012.01.027
 14. Ganga, N.S., Kutty, V.R. (2012). Measuring positive mental health: Development of the Achutha Menon Centre Positive Mental Health Scale. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27(2), 1893-1906

15. Gómez-Acosta, A., Vinaccia-Alpi, S., Sierra-Barón, W. (2020). Propiedades psicométricas de la escala de salud mental positiva en jóvenes colombianos: un estudio exploratorio. *Revista CES Psicología*, 13(2), 102- 112. DOI: 10.21615/CESP.13.2.7
16. Grima-Ruiz de Angulo, L. (2018). Impacto de un programa de promoción del autocontrol en estudiantes de enfermería. *Enfermería Clínica*, 28(2), 118–124. doi:10.1016/j.enfcli.2017.03.012
17. Han, S. S., Weiss, B. (2005). Sustainability of teacher implementation of school-based mental health programs. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(6), 665-679. Doi: 10.1007 / s10802-005-7646-2
18. Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education.
19. Hilton, C. L., Ratcliff, K., Collins, D. M., Flanagan, J., & Hong, I. (2019). Flourishing in children with autism spectrum disorders. *Autism Research*. doi:10.1002/aur.2097
20. Hurtado, B., Lluch-Canut, MT., Casas, I., Sequeira, C., Puig, M., & Roldan, J. (2018). Evaluación de la fiabilidad y validez del cuestionario de salud mental positiva en profesores universitarios de enfermería en Cataluña. *Revista de Enfermería y Salud Mental*, 9, 5-17. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6258136>
21. Lluch-Canut T., Puig-Llobet M., Sanchez-Ortega A., Roldán-Merino, J., Ferré-Grau., & Positive Mental Health Research Group. (2013). Assessing positive mental health in people with chronic physical health problems: correlations with socio-demographic variables and physical health status. *BMC Public Health*, 13, 928, doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-928>
22. Lluch-Canut, T. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva (tesis doctoral). Departamento de metodología de las ciencias del comportamiento. Barcelona. Universitat de Barcelona. Recuperado de: http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42359/1/E_TESIS.pdf
23. Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., van der Veld, W. M., &

- Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychology*, 4(1). doi:10.1186/s40359-016-0111-x
24. Martínez Valentín-Pérez Otero. (2003). Estrés y ansiedad en los docentes. *Pulso. Revista de Educación*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=499144>
 25. Melgosa Julian (2017). *Preservando la Salud Mental*. Departamento de Educación de la Asociación General.
 1. *Revista de Investigación Apuntes Universitario*, DOI: <http://dx.doi.org/10.17162/au.v7i2.173>
 26. Ministerio de Educación de Ecuador. (2017). *Modelo de Funcionamiento de los Departamentos de Consejería Estudiantil*. MINEDUC. Recuperado de: <https://bit.ly/3kBzDzU>
 27. Ministerio de Educación del Ecuador. (2020). *Plan Educativo COVID-19*. MINEDUC. Recuperado de: <https://educacion.gob.ec/plan-educativo-covid-19/>
 28. Navarro, G. L. (2008). *Características de la salud mental positiva en estudiantes universitarios*. (Tesis de Magíster). Barranquilla: División de Humanidades y Ciencias Sociales. Recuperado de: <https://bit.ly/3jrVJ8z>
 29. Neill, R.D., Best, P., Lloyd, K., Badham, J., Tully, M.A. (2021). *Engaging Teachers and School Leaders in Participatory Data Analysis for the Development of a School-Based Mental Health Intervention*. *School Mental Health*, Article in Press, DOI: 10.1007 / s12310-021-09418-w
 30. Niemeyer, H., Bieda, A., Michalak, J., Schneider, S., & Margraf, J. (2019). Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM - Population Health*, 7, 100392. doi:10.1016/j.ssmph.2019.100392
 31. OMS para las Américas Salud Mental. (2014). *Plan de Acción sobre Salud Mental*. Consejo directivo. Recuperado de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2016/CD53-8-s.pdf>
 32. PAHO. (2020). *Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial durante la pandemia de COVID-19*. Recuperado de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52427>
 33. Piqueras, J. A., Rodríguez-Jimenez, T., Marzo, J. C., Rivera-Riquelme, M., Martínez-Gonzalez, A. E., Falco, R., & Furlong, M. J. (2019). *Social Emotional Health Survey-*

- Secondary (SEHS-S): A Universal Screening Measure of Social-Emotional Strengths for Spanish-Speaking Adolescents. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4982. doi:10.3390/ijerph16244982
34. Ribeiro, B. M. Dos Santos, S., Scorsolini-Comin, F., & Dalri, R. C., (2020). Ser docente en el contexto de la pandemia de COVID-19: reflexiones sobre la salud mental. *Index de Enfermería*, 29(3), 137-141. Recuperado de: <https://bit.ly/38ohpvN>
 35. Rodríguez, G., Gil Flores, J., García Jiménez, E. (1996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Editorial Aljibe. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/44376485>
 36. Rothì, D. M., Leavey, G., & Best, R. (2008). On the front-line: Teachers as active observers of pupils' mental health. *Teaching and Teacher Education*, 24(5), 1217-1231. doi:10.1016/j.tate.2007.09.011
 37. Salanova, M., Llorens, S., y Martínez, I. M. (2016). Aportaciones desde la psicología organizacional positiva para desarrollar organizaciones saludables y resilientes. *Papeles del Psicólogo*, 37(3), 177-184. <https://bit.ly/2WBMn1a>
 38. Secretaría General de Comunicaciones de la Presidencia. (2020). Se registra el primer caso de coronavirus en Ecuador. Recuperado de: <https://bit.ly/3BpOWUB>
 39. Secretaria Nacional de Gestión de Riesgos y Emergencias [SNGRE]. (2020). Informe de situación COVID- 19 Ecuador. Recuperado de: <https://bit.ly/2WGPa9m>
 40. Stake, R. E. (1999). *Investigación con Estudio de Caso*. Ediciones MORATA S.L.
 41. Whitney, D. y Trostem-Bloom, A. y (2010). *El poder de la indagación apreciativa. Una guía práctica para el cambio positivo*. La Habana: Ediciones Acuario

IMPACTO DE LA SALUD MENTAL POR EL CONFINAMIENTO OBLIGATORIO A CAUSA DEL COVID-19 EN ADULTOS MAYORES.

Devis Edson Yanchapaxi Flores
Antonio Caballero Moreno

RESUMEN

Uno de los grupos más afectados por el confinamiento y con riesgo de contagio por el COVID 19 es el de los adultos mayores, lo que originó afecciones en su salud mental de forma drástica, ya que por salvaguardar su salud fue confinado a un encierro obligado en sus hogares o en los centros de acogidas, lo que causó manifestaciones alarmantes, tales como: la tristeza, confusión, preocupación, sentimiento de inutilidad, miedo, inhibición, inquietud, ansiedad, irritabilidad; así como creencias y expectativas negativas de sí mismo y/o de la realidad con pensamientos irracionales. El objetivo de este estudio de tipo descriptivo, método cualitativo y de campo, consistió en identificar los efectos en la salud mental del adulto mayor a causa del confinamiento por la pandemia del Covid-19, y que nos oriente a diseñar una estrategia de trabajo psicológico para atender estos problemas, basados en las sugerencias propias realizadas por integrantes del Centro de Atención al Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Portoviejo, mediante grupo focal aplicada a 10 participantes. En el Ecuador no se está realizando la modalidad de atención preventiva en salud mental al adulto mayor. En este estudio se evidenció que ellos requieren de esta atención primordial para lograr mantener una buena salud mental. Con base en las respuestas obtenidas se pudo conocer el impacto que tuvo la salud mental en el adulto mayor a causa del confinamiento por la pandemia de covid-19, antes, durante y en la actualidad, por lo cual se pretende disminuir las alteraciones psicológicas, diseñando estrategias de apoyo emocional para mejorar las condiciones de vida en este grupo de alta vulnerabilidad.

Palabras Claves: COVID-19, Adultos mayores, Salud Mental, impacto, confinamiento,

INTRODUCCIÓN

En la ciudad de Wuhan, provincia de Hubei, China, se presentó en sus pobladores una enfermedad de brote repentino y de rápido

contagio, transmitido por vía respiratoria, siendo el grupo más vulnerable las personas de la tercera edad con presencia de comorbilidad. Debido a la propagación mundial que se presentó por el virus que fue denominado COVID 19, la Organización Mundial de la salud, a partir del 20 de enero del año 2020, reconoce que se trata de una pandemia, y la eleva a emergencia internacional.

El Ecuador, también enfrentó los embates en la salud pública por esta pandemia, lo que originó cambios radicales en la vida de las personas, ocasionando con ello problemas en el ámbito psicológico. Uno de los grupos más vulnerables ante el efecto del COVID 19 fue el de los adultos mayores, lo que originó afecciones en su salud mental en forma drástica, ya que por salvaguardarla fueron confinados a un encierro obligado en sus hogares o en los centros de acogidas, lo que causó manifestaciones alarmantes en su salud mental, como: tristeza, confusión, preocupación, sentimiento de inutilidad, miedo, inhibición, inquietud, ansiedad, irritabilidad; así como creencias y expectativas negativas de sí mismo y/o de la realidad con pensamientos irracionales.

Atender la salud mental de los adultos mayores es imprescindible. Ellos necesitan afecto, seguridad y acompañamiento, para de esta manera disminuir alteraciones en su área emocional y cognitiva. En literatura consultada se evidencia que en América Latina y el Caribe, pocos son los países de la región que han empezado a tomar medidas al respecto. En Brasil, Costa Rica y Cuba, se han desarrollado políticas que apuntan a un cuidado integral de las personas mayores. Sobresale Uruguay, como el primer país de la región que ha institucionalizado una política integral de cuidados a la dependencia (Aranco, enero 2018)

Ecuador no ha sido la excepción, el Ministerio de Salud Pública, elaboró los lineamientos para la atención de adultos mayores por Sars Cov 2/Covid 19, en los que indica que la detección temprana de problemas relacionados con la salud mental, debe hacerse en el primer nivel de atención; es decir, que el médico es el que debe valorar al paciente y no delegar exclusivamente al Psicólogo o Psiquiatra (Ministerio de Salud Pública, 2020). El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a través de sus Centro de Atención al Adulto Mayor en el país, es el único que dentro de sus programas considera realizar talleres en Terapias Cognitivas. Ante esta situación surge una interrogante ¿Cuál es el impacto en la salud mental a causa del confinamiento en el adulto mayor? ¿Cuál fue el comportamiento que adoptó el adulto mayor ante esta situación?, ¿Lograron adaptarse a este nuevo estilo de vida? Y como Profesional en Psicología ¿Qué estrategia de trabajo se plantearían

para mejorar la salud mental del adulto mayor?

Para responder a estas interrogantes, el presente artículo tiene como objetivo identificar los efectos en la salud mental del adulto mayor, ocasionada por el confinamiento al que fue sometido en forma obligatoria.

MATERIALES Y MÉTODO

El presente estudio fue de tipo descriptivo, método cualitativo y de campo. La población estudiada fue de 10 adultos mayores integrantes del Centro de Atención al Adulto Mayor del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social de Portoviejo. La técnica que se utilizó fue la de grupo focal, con el cumplimiento de los siguientes criterios: Criterios de Inclusión: Adulto mayor integrante del Centro de Atención al Adulto Mayor, de ambos sexos, participantes del taller de estimulación cognitiva y voluntariedad para participar en el estudio.

Para la recopilación de la información se aplicó: una entrevista con una guía de preguntas previamente elaboradas, realizadas por medio tecnológico, en reunión grupal, aplicando el programa informático zoom. Para tener el apoyo y aceptación de las personas participantes se les informó en detalle acerca de los objetivos del estudio, así como el método y otros aspectos de la investigación en la que ellos eran los protagonistas.

Para el análisis, se enlistó las opiniones de los participantes, de acuerdo con preguntas previamente estructuradas.

RESULTADO Y DISCUSIÓN

"Actualmente, la OMS informó que esta pandemia es un estresor por las altas tasas de transmisión, mortalidad y aislamiento social; desencadenando depresión, ansiedad y angustia en los adultos mayores. Pero hay excepciones en este grupo, en aquellos que se sienten jóvenes para su edad, la soledad no se relaciona con síntomas depresivos" (Ulloa Solano , 2020). De acuerdo a la investigación realizada, se pudo evidenciar que existe un pequeño porcentaje de adultos mayores a quienes no les afectó en un alto grado el confinamiento por la pandemia de COVID-19, ni en su salud física como mental, por el hecho de tener una actitud mental positiva, una rutina de actividades diarias, tanto físicas como cognitivas dentro de casa, desde el inicio y durante la pandemia y, además, por contar con el apoyo de familiares, quienes les informaban desde larga distancia sobre cómo evitar el contagio, lo

cual influyó de manera positiva en ellos, dándoles confianza, seguridad, y por ende evitó afectaciones mayores en su parte emocional.

El distanciamiento social y el autoaislamiento repercutieron en lo emocional, causando ansiedad y depresión. Según la investigación realizada, los problemas más relevantes son el psicosocial, conductual y cognitivos. Además, hay que considerar que, desde el ámbito de la salud, el enfoque ha sido tratar la salud biológica mas no la psicológica.

Reacción al empezar el confinamiento por el covid-19

La situación de confinamiento global en el hogar ha provocado que la mayoría de las personas estén expuestas a situaciones sin precedentes y de duración desconocida. Esto puede interrumpir el sueño, y aumentar los niveles de estrés, ansiedad y depresión durante el día (Callis Fernandez, 2021). Son varias las reacciones que se manifestaron como respuesta a este confinamiento obligatorio, las mismas que provocaron una serie de afectaciones preocupantes en la parte emocional de los adultos mayores, ya que estaban experimentando algo nunca antes vivido. Según esta investigación, los eventos noticiosos sobre situaciones que pasaban a nivel mundial a causa de la pandemia, el temor a lo desconocido y el cambio de actividades a las que comúnmente estaban acostumbrados a realizar los adultos mayores, fueron el detonante para que su salud mental sufriera grandes afectaciones, las mismas que, en algunos casos, ameritaban tratamiento psicológico y en otros, adaptabilidad al cambio.

De acuerdo con el resultado de la entrevista realizada a los adultos mayores, podemos llegar a la conclusión que hubo un sinnúmero de reacciones en ellos al empezar el confinamiento, tales como: ansiedad, Insomnio, preocupación, depresión, angustia, frustración, temor, incertidumbre, ocasionadas por la información en medios televisivos, así como también por el temor a lo desconocido.

Comportamiento que asumieron durante el confinamiento

De acuerdo con la investigación, los adultos mayores se han ido adaptando a las nuevas disciplinas y estilo de vida como consecuencia del confinamiento obligatorio. Citando criterios de investigaciones realizadas, mencionaremos que el covid-19 y las medidas tomadas para su control a través del confinamiento, han producido cambios drásticos en la vida cotidiana de toda la población, al menos durante seis semanas.

Por lo que se considera que estas actitudes no sean necesariamente hábitos o estilos de vida de los individuos, sino comportamientos que se informan durante el confinamiento (Fernandez Ballesteros, 2020).

Entre los comportamientos que asumieron los adultos mayores ante el confinamiento por la pandemia vale destacar los siguientes: aceptar sugerencias, tomar conciencia de la realidad, tratar de llevar una vida normal dentro de casa, temor al contagio, adaptarse al cambio, aprendieron a utilizar recursos tecnológicos para comunicarse, tolerancia a la familia, tener fe, entre otros.

Adaptación al cambio del estilo de vida

Como resultado de las respuestas dadas por los participantes en la entrevista, se observa que a medida que pasaban los días se iban tomando otras actitudes, ya no reaccionaban tan negativamente como al inicio, ya su comportamiento fue adaptándose al nuevo estilo de vida impuesto, dejaron a un lado el sedentarismo, el desequilibrio nutricional, el no tener que hacer, fueron poco a poco retomando su actividad cotidiana, buscaron alternativas para ocupar su tiempo y mantener su mente activa, tomaron conciencia de la realidad, paulatinamente fueron retomando sus labores dentro y fuera del hogar, aplicando todas las medidas de bioseguridad, aprendieron a ser tolerantes y mantener contacto permanente con los demás integrantes de la familia. Se vieron en la necesidad de aprender a utilizar las herramientas tecnológicas para continuar con las terapias de estimulación de memoria y otras actividades que practicaban como rutina diaria, además de tener una constante comunicación con sus familiares y amigos que estaban en otros lugares.

En estudio realizado en España, se señala que el comportamiento que presentaron fue “comportamientos saludables”: realizar ejercicio físico, estimulación cognitiva, dieta sana, actividades agradables de ocio y seguimiento de prescripciones médicas. La tónica ha sido el mantener la mayor parte de las actividades; así, una alimentación sana un 80.6%, prescripciones médicas un 83.1%, estimulación cognitiva un 71% y actividades agradables de ocio 59.2%. Respecto del ejercicio físico, informan que lo han mantenido un 26.8% y reducido un 65.6% de los participantes, mientras que lo realizan con más frecuencia un 7.6%, por lo que todos mantienen ese comportamiento saludable. De igual manera ocurre con el ejercicio cognitivo, que mientras lo mantienen un 71% de los participantes lo reducen un 11.8% y lo

umentan un 14.6%; todo ello implica que más de un 90% de personas llevan a cabo este tipo de actividad saludable. (Fernández Ballesteros & Sánchez, 2020).

Después del análisis de estas cifras se puede determinar que en España hay un gran porcentaje de adultos mayores que tienen comportamientos saludables, lo cual es de mucho beneficio para mantener su salud física y mental.

Algunas estrategias que ayudarían a los adultos mayores a adaptarse al cambio podrían ser las siguientes: realizar terapias de estimulación de memoria, reunirse con los amigos más allegados con las debidas medidas de bioseguridad, adoptar actitudes positivas, buscar medios de entretenimiento con la familia, evitar ver noticias, mantener la comunicación con familiares por medios tecnológicos, mantener un estilo de vida saludable y pensar en un futuro esperanzador por medio de la vacuna.

Enseñanza que dejó la pandemia

Cabe señalar que ha transcurrido aproximadamente un año y medio desde que se presentó esta pandemia, y ha dejado una lección de vida a la humanidad que le ha llevado a reflexionar; así lo demuestran las respuestas dadas por los participantes de la entrevista. El haber permanecido encerrados en sus hogares en conjunto con todos los miembros de la familia, ha permitido que se establezca un vínculo más cercano. Como es de conocimiento general, en la vida cotidiana, los integrantes más jóvenes de la familia, generalmente pasaban todo el día fuera de sus hogares, sea por el trabajo o por estudios, dejando siempre solo al adulto mayor en su hogar, el mismo que para sentirse acompañado e interactuar con personas de su mismo grupo de edad, asistía al Centro de Atención, además de realizar actividades para mejorar su estilo de vida.

Con la entrevista grupal los participantes expresaron su sentir sobre las enseñanzas que les ha dejado el haber experimentado por primera vez un encierro obligado; a continuación se enuncia criterios emitidos por los integrantes del Centro de Atención del Adulto Mayor de Portoviejo: “ El encierro nos enseñó a apreciar la vida, ser más condescendiente; ayudar al prójimo, procurar la paz con todos, alimentarse de manera saludable, rescatar valores olvidados, ser tolerantes, reflexivos, aceptar la muerte como parte de la vida, ser amigable con la naturaleza, pero lo primordial amar más a Dios, creer en él y seguir su camino, la necesidad de estar acompañado de otro ser, especialmente si es alguien de la familia;

además manifiestan que sentir el apoyo de otra persona ayuda a sobrellevar las difíciles situaciones, el estar activo física y mental de manera constante, ayuda al adulto mayor a entretenerse, olvidarse de lo negativo que se está viviendo y así mejorar la estabilidad emocional.

El ser humano es un ente de constante aprendizaje, y toma conciencia cuando se ve amenazado por un acontecimiento que le perjudicaría la vida, este es en el caso de la pandemia, ya que esta enfermedad le puede dar a cualquier persona, no importa la edad, sexo ni estatus económico, además, que el estar vivo y gozar de buena salud es un privilegio.

Ver los acontecimientos que sucedían en los medios de comunicación y vivir en carne propia las pérdidas de allegados y seres amados, hizo que la empatía hacia las demás personas se fortalezca, y esto los llevó a dar apoyo y ayudar al más necesitado. Todas estas enseñanzas de vida, dejaron como beneficio tanto para el autocuidado de la salud mental, y para la salud física del Adulto Mayor las siguientes lecciones: Mantener buenos hábitos alimenticios, lo cual hace que el sistema inmune esté en óptimas condiciones y el estado de ánimo se eleve, mantenerse unidos a la familia, realizar diferentes actividades para mejorar su estilo de vida, utilizar la tecnología como medio de comunicación y aprendizaje para continuar con el programa del adulto mayor vía zoom, apreciar la vida, ser más humanos, procurar la paz con todos, ayudar al prójimo, rescatar valores olvidados, ser tolerantes, reflexivos, aceptar la muerte como parte de la vida, y amar a la naturaleza.

Sugerencias para mantener un buen estilo de salud mental

De acuerdo a la experiencia vivida en este largo proceso de confinamiento y a lo experimentado con el día a día, en los resultados de la entrevista acerca de los criterios sugeridos para mejorar el estilo de vida, sobre todo el de salud mental, manifiestan que se deben continuar con las terapias de estimulación cognitiva por ahora por medio informático, pero que a futuro desean volver a retomar las actividades presenciales, que lo lograrían si continúan con las medidas de bioseguridad, vacunarse, seguirse cuidando después de la vacuna, tener actitud positiva, mantenerse unidos en familia en un ambiente de paz y armonía, buscar alternativas de entretenimiento, continuar en el programa para el adulto mayor, mantenerse ocupados física y mentalmente, tener una alimentación

balanceada, hacer ejercicios, dormir bien, tener una rutina de sano esparcimiento.

De acuerdo con esta investigación se pudo conocer el impacto en la salud mental del adulto mayor que estuvo en confinamiento, en tres aspectos que van desde el inicio, durante y actualmente, en donde se plasmaron los criterios de los entrevistados de acuerdo de experiencias vividas en el día a día, y que pone de manifiesto una regulación y control emocional, eficacia y estabilidad en sus interacciones y poder de adaptabilidad.

Es preciso mencionar que hay dos aspectos enmarcados para Psicología; en todo el ámbito del envejecimiento, urge la intervención del Psicólogo, pues como experto en el cambio del comportamiento (específicamente refiriéndome a la salud) es prioritaria su presencia en la atención primaria para actuar como activador de programas preventivos, aunque la realidad es que en nuestro país, no es así; pues las autoridades en salud, le resta importancia a la participación del Psicólogo y sobre todo es poco el interés que tienen, en que el Adulto Mayor sea atendido en ese aspecto, como se manifestó con anterioridad, tan solo el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social dentro de los programas de los Centros de Atención al Adulto Mayor tienen incluido Terapias de Estimulación Cognitiva, que actualmente se continúa realizando bajo la metodología Zoom.

La intervención que se brinde debería ser una acción dinámica y flexible, sobre todo comunitaria, con la participación individual y de toda la población de un territorio, se requiere metodología de trabajo concreta, que implique compartir tareas e intenciones con otros recursos propios de la comunidad, sean estos sanitarios y sociales, instituciones, entre otros, garantizando la universalidad, equidad y accesibilidad de las prestaciones desde la prevención, abordando los problemas de una manera integral, colocando en el centro de su atención las condiciones emocionales y sociales en el que se encuentran las personas, familiares y comunidad.

CONCLUSIONES

Según un enunciado escrito en el artículo Impacto del Covid 19 en personas mayores en España. algunos resultados y reflexiones por Fernández Rocío. Como señaló Auguste Comte hace ya dos siglos “Savoir pour prévoir, prévoir pour pouvoir”. Como científicos sociales y de la salud, los profesionales de la psicología debemos aprender de los hechos y de sus consecuencias (savoir), es decir, en este caso debemos investigar lo que ha ocurrido durante la

pandemia-tanto en la población como en las situaciones específicas, como son las residencias, con el fin de prevenir (prevoire) y ejercer control sobre ellas y sus condiciones (pouvoir), así como en otras similares en el futuro. (Fernandez Ballesteros, 2020).

Con los objetivos planteados en el presente artículo y que guiaron al desarrollo de este estudio de tipo descriptivo, método cualitativo y de campo, se deducen las siguientes conclusiones:

De la muestra aplicada a la población de estudio se logra identificar los efectos en la salud mental del adulto mayor a causa del confinamiento por la pandemia del Covid-19 dando como resultado de la entrevista, que hubo un sinnúmero de reacciones al empezar el confinamiento, tales como: ansiedad. Insomnio, preocupación, depresión, angustia, frustración, temor, incertidumbre, ocasionadas por la información en medios televisivos, así como también por el temor a lo desconocido.

Para lo cual se concluye como estrategia de trabajo psicológico que ayuden a contrarrestar los impactos generados en los adultos mayores a causa del confinamiento, la intervención de personal de la salud, para atender y promover la salud y la salud mental; trabajando en la prevención de las enfermedades; estar a mano de la comunidad acompañando las situaciones vitales por las que atraviesan las familias y desde cuestiones muy concretas cuando es el psicólogo el que tiene el vínculo con la persona que necesita ayuda; contribuyendo a que la gente implemente sus propias estrategias de afrontamiento; tener un enfoque comunitario, un rol activo y una mirada general; tener una perspectiva comunitaria complementaria al trabajo clínico; trabajar con otros aportando una mirada específica desde el campo de la psicología; y promover la implicación subjetiva de las personas en sus propios procesos de salud y enfermedad.

RECOMENDACIONES

- Que exista el debido empoderamiento de las autoridades de Salud, para que valore la intervención del Psicólogo, sobre todo en el primer nivel de atención.
- Que se formulen estrategias de intervención en salud mental para el adulto mayor, con la participación de la familia y comunidad.
- Lograr que el Adulto Mayor se inserte nuevamente a sus actividades cotidianas evitando que se aisle y permitiéndole ser protagonistas de cambios positivos en su vida.

- Promover un conjunto de estrategias positivas encaminadas a evidenciar la importancia de la salud mental tanto en escala individual como dentro de la sociedad, orientada a mejorar la calidad de vida de las personas a través de programas preventivos que favorezcan el autocontrol y la autorregulación física y psicológica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Aranco, N. (enero 2018). Panorama del envejecimiento y dependencia en America Latina y el Caribe. Division de proteccion social y salud, 38.
2. Benavides, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Revista Mexicana de Anestesiología.
3. Callis Fernandez, S. (2021). Manifestaciones psicologicas en adultos mayores en aislamiento social durante la pandemia Covid-19. Ciencias basicas Biomedicas.
4. Casas Martinez, M. (2020). Enseñanzas de la pandemia Covid 19. El reencuentro con la vulnerabilidad humana. Centro interdisciplinario de bioetica.
5. Fernandez Ballesteros, R. (2020). Impacto del Covid 19 en personas mayores en España. algunos resultados y reflexiones. Clinica y salud.
6. Fernández Ballesteros, R., & Sánchez, M. (31 de Marzo de 2020). Impacto del COVID-19 en Personas Mayores en España: Algunos Resultados y Reflexiones. Madrid, España.
7. <http://www.infocop.es>. (23 de 12 de 2020). Obtenido de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=15328
8. Ministerio de Salud Publica. (2020). Lineamientos para la atencion de adultos mayores por SarsCov2/Covid 19. Quito, Pichincha, Ecuador. OMS. (s.f.). Obtenido de: <https://www.who.int/es/about/frequently-askedquestions>
9. Pincay, A., Odalys, A., Contreras, P., & Fhiana , E. (16 de Septiembre de 2020). El envejecimiento activo y aislamiento social por Covid-19: Percepciones de los adultos mayores de la ciudad de Guayaquil y Santa Elena. Guayaquil, Guayas, Ecuador.
10. Psicologiadelasalud. (21 de junio de 2020). Infomed Instituciones . Obtenido de Sociedad Cubana de Psicología de la Salud: <https://instituciones.sld.cu/psicologiadelasalud/saludmental-y-adultos-mayores-en-tiempos-de-covid-19/>

11. Sotomayor Preciado, A. M., Espinoza Carrión, F. M., Rodríguez Sotomayor, J., & Campoverde Ponce, M. (2021). mpacto en la salud mental de los adultos mayores post pandemia Covid-19, El Oro Ecuador. Polo del Conocimiento
12. Torres Gallego, L. F., Rodríguez Millán , D., & Trujillo Pérez, M. C. (6 de Abril de 2021). Percepción de adultos mayores entre 60 y 70 años de edad frente al confinamiento por. Soacha, Colombia: Corporación Universitaria Minuto de Dios.
13. Ulloa Solano , A. (2020). Impacto covid 19 en la salud mental del adulto mayor. articulo de revision, 7.
14. Vega Rodriguez, N. A. (Marzo de 2018). Factores psicosociales y la repercusion en el estado emocional en el adulto mayor. Guayaquil, Guayas, Ecuador.

LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN CONDUCTAS ADICTIVAS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE EL TEMA EN IBEROAMÉRICA, 2000-2020.

Cedeño Tuarez Javier Geovanny
Yusel Iraklys Salazar Guerra

RESUMEN

Introducción: El consumo de sustancias psicoactivas y las conductas adictivas en general, han presentado un aumento considerable en sus cifras y de sus repercusiones sociales, económicas y de salud. Frente a ello, la rehabilitación por medio de intervenciones psicológicas hace que sea posible una mejoría en la población afectada.

Objetivo: Describir los principales elementos que caracterizan los diferentes tipos de intervención psicológica, disponibles para el abordaje de las conductas adictivas, los beneficios más significativos que se obtienen con dichas intervenciones y su nivel de eficacia demostrada.

Método: Se llevó a cabo una Revisión Sistemática de Literatura (RSL), con enfoque cualitativo, para la cual se emplearon las directrices propuestas por la declaración PRISMA. Para la búsqueda, selección e inclusión de los artículos se definieron una serie de criterios, y se utilizaron bases de datos especializadas.

Resultados: Se identificó en la literatura revisada, varias intervenciones cuyo nivel de eficacia para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático y conductas adictivas fue comprobado, además de que se identificaron y describieron sus principales beneficios para esta población. Por último, cada una de las intervenciones psicológicas analizadas, mostraron características y propiedades únicas.

Conclusiones: La adicción es un fenómeno que debe ser tratado en diferentes niveles o dimensiones; pues en ella influyen factores biológicos, psicológicos, familiares, socioculturales, económicos, entre otros. Por lo tanto, todas las intervenciones disponibles presentan una manera única y de entender y tratar dicha problemática, contando tanto con ventajas y desventajas que se deben considerar en el caso por caso.

Palabras Claves: Comportamiento Adictivo, Conducta Adictiva, Rehabilitación Psicosocial, Intervención Psicológica, Psicoterapia, Intervención en Adicciones.

INTRODUCCIÓN

Es bien sabido que el fenómeno de las conductas adictivas, ha presentado un aumento considerable en sus cifras y repercusiones sociales, económicas y de salud, tanto a nivel mundial, como en la región. Esta problemática ha generado en los últimos años gran interés en la sociedad debido a los perjuicios y efectos nocivos que puede ocasionar el consumo de sustancias psicoactivas, a nivel físico y mental (Courtwright, 2009). Motivo por el cual el estudio de su intervención y tratamiento ha ganado mayor relevancia en ámbito científico y clínico.

Cada vez son mayores los esfuerzos para disminuir el impacto individual y social del consumo de drogas, puesto que sus secuelas conllevan serias repercusiones para la salud pública y el desarrollo de los países. Esto ha exigido tanto a los profesionales, como a la comunidad y el estado en general, asumir una posición moral y política ante este fenómeno, donde los discursos, construcciones y referentes de orden sociocultural definen las concepciones no solo de las adicciones, sino de lo que significa la prevención y el tratamiento (Lopera Jaramillo, 2015).

Tal como refiere Lopera Jaramillo (2015): “Los estudios y prácticas actuales deben estar dirigidas a entender la adicción no solo como un problema de salud pública, sino, como un problema social y político que comprenda las condiciones económicas, y los referentes culturales de la población, especialmente de aquellos grupos denominados como vulnerables”.

Con respecto a la temática en cuestión, la rehabilitación psicosocial comprende un tipo de intervención que tiene como principal objetivo facilitar el aprendizaje necesario para que la población consumidora de sustancias pueda desarrollar un nuevo estilo de vida y sea posible su reinserción social, laboral y/o académica (Olivares Aising & del Valle Barrera, 2019).

El proceso de rehabilitación o intervención de las conductas adictivas, no ha sido un discurso que tenga fundamentación en una sola vertiente epistemológica o teórica que lo defina. Por tanto, hacer una lectura de este tema, implica abordarlo desde los diferentes paradigmas o corrientes que lo rodean. Dada su complejidad, diferentes autores han definido lo psicosocial desde sus diversas posturas teóricas, con el fin de hacer una lectura de la realidad desde las múltiples determinaciones que acontecen en lo social (Lopera Jaramillo, 2015).

González y Paniagua (2009) plantean que “lo psicosocial es un concepto integracionista, en donde confluyen lo individual, lo

colectivo, en lo cual intervienen aspectos como lo comportamental, lo comunitario, lo familiar, sin dejar de lado la institucionalidad, bien desde lo educativo, bien desde lo socio-comunitario”

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, la rehabilitación desde una perspectiva psicosocial transita entre lo psicológico y lo social, superando la dicotomía y dualidad entre sujeto y sociedad. Por consiguiente, hablar desde esta perspectiva implica tener una visión dimensional y multidimensional, es decir, ver al sujeto consumidor desde lo personal en interacción con lo familiar, lo social, y lo comunitario en un escenario delimitado; es entender sus dinámicas en contexto, donde confluyen subjetividades y representaciones sociales.

El tema de la intervención psicológica ha sido un gran debate; pues se ha encontrado que es bastante complejo que las personas busquen ayuda ante la situación de consumo, lo que hace que el abordaje terapéutico enfrente una cantidad de obstáculos, entre los cuales se cuenta; el hecho de que un alto porcentaje de individuos que consumen sustancias creen no tener problemas (Jiménez Herrera & Cataño Munera, 2016).

Por ello, el proceso de intervención y rehabilitación debe verse desde una perspectiva que valore lo comunitario como una cualidad de relevancia, y no se fije exclusivamente en lo individual de la problemática, lo cual limitaría su accionar.

Ya que este estudio busca examinar los impactos de las intervenciones psicodinámicas en los consumidores de drogas, y describir sus principales características a la hora de intervenir este problema, es evidente que sus resultados permitirán repensar y refinar las estrategias de intervención clínica con estas poblaciones.

Esto quiere decir que esta investigación aportará elementos teóricos y prácticos para complementar los modelos de intervención de los que actualmente se dispone evidencia, pues como se sabe, no todos los consumidores se adecúan a los mismos modelos de intervención y requieren tratamientos individualizados, por lo cual es conveniente manejar un conocimiento amplio sobre los distintos modelos de intervención disponibles y con eficacia comprobada.

De otro lado, la investigación aportaría beneficios a la propia ciencia psicológica, y más específicamente al campo de las drogodependencias, pues a través de este estudio se busca describir las características de mayor relevancia en los tres modelos de intervención principales para el tratamiento de drogodependientes, y sintetizar la evidencia disponible sobre su eficacia y beneficios, con el fin de concluir que estas sí producen efectos para los usuarios

y son una opción terapéutica a la que pueden acceder. Para ello, resultado de mucha utilidad sintetizar la evidencia disponible sobre el tema.

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los principales modelos teóricos-metodológicos utilizados en la intervención psicológica de las conductas adictivas, sus características principales, y que nivel de eficacia y beneficios reportan en la población intervenida?

METODOLOGÍA

El esfuerzo por sintetizar evidencia en este ámbito va dirigido a responder a preguntas específicas, expresando la necesidad de revisar las investigaciones disponibles en la región, que estén relacionadas con el proceso de intervención psicológica en el consumo de sustancias y demás comportamientos adictivos. Esto, desde una perspectiva de salud mental comunitaria, con el fin de establecer conclusiones y generar recomendaciones cuya unidad de análisis sea la comunidad y no el individuo.

Para este estudio se definió como objetivo general, describir los principales elementos que caracterizan los diferentes tipos de intervención psicológica, disponibles para el abordaje de las conductas adictivas, mediante el análisis de sus modelos teóricos-metodológicos, los beneficios más significativos que se obtienen con dichas intervenciones y su nivel de eficacia, reportada en la literatura disponible. Posterior a ello, se estableció una serie de recomendaciones basadas en los principios de la salud mental comunitaria.

Para realizar esta investigación, se llevó a cabo una Revisión Sistemática de Literatura (RSL), la cual es considerada como un tipo de investigación cualitativa y secundaria (Análisis de fuentes secundarias) en la que se realiza un análisis y síntesis de las mejores evidencias a partir de la revisión de estudios primarios relacionados a la temática seleccionada. Para su correcto desarrollo, se asumió la propuesta metodológica presente en la declaración PRISMA. Esta representa una guía compuesta por 27 ítems o directrices cuyo propósito es mejorar la calidad de las revisiones sistemáticas y meta análisis (Urrútia & Bonfill, 2010).

La presentación de los datos en este trabajo se realizó mediante lo que se denomina dentro de las revisiones sistemáticas de literatura como una meta-síntesis. Ya que no se buscó integrar los

resultados de varios estudios en torno a un tema particular a manera de un recuento lineal-histórico o de comprobar la validez estadística en las evidencias y resultados de estos. Más bien se pretendió localizar, en las investigaciones que abordaran los diversos modelos de intervención psicológica para el consumo, abuso y dependencia de sustancias, los principales elementos que las caracterizan, además del nivel de eficacia descrito, con respecto a los diversos efectos y beneficios que tienen sobre los consumidores intervenidos, para posteriormente analizar, sintetizar y presentar la evidencia más relevante.

Las fuentes consultadas fueron bases de datos electrónicas de acceso libre: BASE, Scielo, Dialnet y Science Direct. La cobertura temporal de la búsqueda comprendió los artículos publicados desde enero del 2000 hasta diciembre de 2020, además se seleccionaron como artículos potenciales, solo aquellos que fueron realizados en Iberoamérica. Es importante aclarar que la búsqueda fue realizada únicamente en idioma español, lo cual disminuyó considerablemente los resultados obtenidos.

Para esta se utilizaron como principales términos de búsqueda: “Intervenciones psicológicas”, “Tratamientos psicológicos”, y “Modelos de intervención” los cuales se combinaron con los siguientes términos: “consumo de sustancias”, “consumo de drogas” y “adicciones”, lo que dio un total de nueve combinaciones posibles. En cada una de las bases de datos consultadas se usaron los descriptores boléanos: “y”, “en”, “Para”, para la consulta y recuperación de las unidades de investigación.

De las publicaciones localizadas, se seleccionaron solo aquellas que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión:

1. Estudios realizados en Iberoamérica, publicados en idioma español.
2. Estudios indexados en bases de datos reconocidas para el área, y de acceso gratuito.
3. Estudios publicados en el periodo comprendido entre los años 2000-2020.
4. El estudio debe encontrarse finalizado y el documento que lo respalde debe estar completo.
5. Estudios que aborden de manera individual o colectiva los distintos modelos de intervención psicológica para el comportamiento adictivo, ya sea para su descripción, definición, caracterización o para determinar su nivel de eficacia en la población intervenida, o los beneficios

obtenidos.

Se excluyeron todos aquellos trabajos que no cumplían satisfactoriamente con los anteriores cinco criterios señalados. Estos criterios han sido determinantes en la selección de los estudios, ya que han permitido garantizar la calidad de la información revisada y por ende, los resultados expuestos en este trabajo.

En un primer momento, como resultado de la búsqueda inicial de artículos potenciales, se obtuvo un aproximado de 840 investigaciones entre las 4 bases de datos utilizadas. Posterior al primer cribado que se llevó a cabo, a través de la lectura de los títulos, y el uso de los filtros disponibles, la cantidad de artículos potenciales se redujo a 90, de los cuales se incluyeron únicamente 20, puesto que mediante la lectura y análisis de su resumen, se comprobó que cumplían con la totalidad de los criterios de inclusión propuestos, y contaban con la información necesaria para satisfacer los objetivos de la presente Revisión Sistemática de Literatura.

LIMITACIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación deben ser analizados bajo ciertas limitaciones relevantes. Como principal limitación se encuentra el idioma, en tanto que, al momento de realizar la búsqueda, empleando las combinaciones de categorías propuestas, se evidenció que, al filtrar de acuerdo al idioma (solo español), los resultados obtenidos se redujeron de manera significativa. Así mismo, con respecto a la región de Iberoamérica.

Por ende, no puede descartarse que haya una mayor cantidad de estudios que aborden las características de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes, en otros idiomas o regiones, incluso indexadas en otras bases de datos diferentes a las establecidas.

Inicialmente, el rango temporal establecido como criterio de inclusión fue de 10 años (2010 al 2020), lo que se reflejó en una cantidad muy reducida de investigaciones potenciales, por lo cual se tomó la decisión de expandir dicho rango a 20 años (2000-2020), con el fin de acceder a un mayor número de estudios.

RESULTADOS

Más allá de las disquisiciones políticas y ético-morales asociadas al consumo de alcohol y otras sustancias, llega un momento en que

el daño a la salud de las personas requiere que los sistemas sanitarios apoyen a la población afectada, por medio de intervenciones psicoterapéuticas, destinadas a mejorar la calidad de vida y alcanzar la rehabilitación psicosocial de aquellos sujetos en los cuales el consumo se transforma en un problema relevante de salud.

Los esfuerzos por sintetizar evidencia en este ámbito suelen ir dirigidos a evaluaciones que intentan responder preguntas específicas, expresando la necesidad de aislar el efecto de una determinada terapia o intervención de rehabilitación social, reflejando un enfoque clínico de comprensión del problema (Lefio, Villarroel, & et al., 2013)

Respecto a los principales modelos teóricos-metodológicos de intervención psicológica que se ha identificado en la literatura revisada, se encontraron varias intervenciones cuyo nivel de eficacia fue evaluado para el tratamiento y rehabilitación de personas con consumo problemático y conductas adictivas relacionadas con el alcohol y otras sustancias, y cuyas características principales han sido descritas por los distintos autores.

- Terapia Cognitivo-Conductual

La terapia cognitivo-conductual comprende el enfoque más relevante en el tratamiento de las adicciones y los problemas derivados del uso de sustancias, al poseer características fundamentales para el desarrollo del tratamiento (Bedoya Londoño & Orozco Tamayo, 2019). En su aplicación a las conductas adictivas, la terapia de prevención de recaídas ha sido la más utilizada, que en principio se desarrolló para el tratamiento de los problemas de bebida (Sánchez-Hervas, Tomás Gradolí, & Morales Gallús, 2004).

Sánchez-Hervás & Gradolí (2001), coinciden que, en el ámbito de la intervención psicológica, ha sido el enfoque cognitivo-conductual el primero en dar respuesta a los problemas planteados por la adicción a drogas y sigue siendo hoy en día el más ampliamente utilizado por los profesionales y el más ampliamente validado científicamente. Además, señalan que los tratamientos con mayor validez para el tratamiento de conductas adictivas pertenecen mayoritariamente a este enfoque, según la Asociación Psicológica Americana.

La terapia breve cognitivo-conductual, en su aplicación a las conductas adictivas, ha sido la terapia de prevención de recaídas más utilizada. En ella, se ayuda a los pacientes a reconocer las

situaciones en que resulta más probable el uso de las sustancias, a que encuentren maneras de evitar estas situaciones, y a que desarrollen estrategias para solucionar las formas de comportamiento y los afectos relacionados con el uso de sustancias (Sánchez Hervás & Tomas Gradolí, 2001).

Entre los beneficios de este tipo de terapia, reportados por Sánchez Hervás & Tomas Gradolí (2003) en su estudio, se encontró que potencian y desarrollan las habilidades de los pacientes, para que estos puedan enfrentarse con éxito a las situaciones de riesgo, y se les entrena en la prevención de las recaídas.

A pesar de ser la más utilizada, en la investigación realizada por Lefio, Villarroel & et al. (2013), se refiere que la terapia cognitivo-conductual, incluyendo las estrategias de identificación de desencadenantes de recaídas, entrenamiento de habilidades de afrontamiento y de rechazo a drogas, análisis y funcionamiento del consumo de sustancias, ha mostrado tener un efecto poco significativo sobre los resultados terapéuticos de abstinencia de consumo problemático de alcohol, marihuana, cocaína y opioides. Reportando un efecto menor a los 12 meses.

Al contrario, en el estudio realizado por Sánchez-Hervás, Gradoli & Morales Gallús (2004), se concluyó que las terapias cognitivo-conductuales se han mostrado eficaces en entrenar a los sujetos en el afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo, mediante el aprendizaje de técnicas y el fomento de habilidades que el sujeto debe poner en práctica de una forma progresiva.

Está claro, que son varios los expertos en el tema han destacado el modelo cognitivo conductual como uno de los principales enfoques psicológicos para abordar estos fenómenos. Sin embargo, existen otros enfoques que no privilegian la erradicación del consumo a ultranza y en cambio enfatizan la comprensión integral del fenómeno, por lo cual se preocupan por determinar cuáles son las causas o razones que motivaron el inicio y mantenimiento del uso o abuso de las drogas, siendo entonces enfoques más comprensivos (Tamayo, 2014).

Con respecto a los otros tipos de intervenciones utilizadas en el tratamiento del comportamiento adictivo, la terapia de pareja, ha demostrado tener mejores resultados en dependencia al alcohol, opioides y poliadicciones, en comparación con terapias de enfoque individual (también cognitivo-conductuales), en cuanto a la frecuencia de uso, consecuencias por consumo y satisfacción con la relación de pareja (Lefio, Villarroel, & et al., 2013).

En el estudio realizado por Ruiz Olivares & Chulkova (2016), se aborda la intervención psicológica en la población femenina

drogodependiente. En este se refiere que: “La mujer drogodependiente, en ocasiones, presenta problemáticas biopsicosociales asociadas a su problema con el consumo de drogas, que complican su tratamiento, haciéndolo menos accesible. Dichas características hacen que la evolución del consumo de las mujeres y sus necesidades específicas condicionen su intervención.”

En dicho estudio se concluyó que los tratamientos cognitivo-conductuales parecen ser los más adecuados para intervenir en esta población. Los enfoques deben ser de corte motivacional y no confrontativos.

- Terapia Psicodinámica (psicoanalítica)

Las terapias de orientación psicodinámica han sido objeto de críticas bajo el argumento de la ausencia de intervenciones basadas en evidencia científica; ya que en el ámbito de la psicología se le da favoritismo a las perspectivas de intervención que se centran en la modificación de comportamientos (Arias & Correa Uribe, 2016).

Aun así, vale la pena volver la atención sobre los presupuestos teóricos y objetivos de este modelo de intervención terapéutica, así como de las particularidades de cada sujeto a la hora de implementar los dispositivos de intervención, los límites y alcances de la misma, pues existen trabajos con evidencias empíricas que sustentan la efectividad de la terapia psicodinámica en adicciones, aunque, siguen siendo una cantidad menor en comparación de los modelos comportamentales (Arias & Correa Uribe, 2016).

Al revisar las investigaciones que se hacen desde la perspectiva psicoanalítica/psicodinámica, sobre las intervenciones psicológicas en problemas de uso o abuso de drogas, se evidencia que muy pocas hacen referencia al impacto o eficacia terapéutica que estas corrientes teóricas logran en el trabajo clínico con esta población (Correa, 2017).

A diferencia de otros enfoques psicológicos que se centran en el objetivo de erradicar el consumo de la sustancia, el enfoque psicodinámico (inspirado en el psicoanalítico) no se focaliza en el uso o abuso de drogas, sino en los conflictos internos y externos que el sujeto puede experimentar a lo largo de su existencia. (Correa, 2017). Desde esta perspectiva, la intervención no tiene como principal objetivo el abordar los actos disfuncionales que representan el consumo, sino las causas y motivaciones subyacentes que llevan a este, pues el síntoma no es más que la expresión de un conflicto intrapsíquico.

Parafraseando a Arias & Correa Uribe (2016), el enfoque

psicoanalítico no solo permite una intervención desde el plano clínico habitual, sino también desde lo social (topología del sujeto), además ambos autores plantean que el modelo psicoanalítico no centra su atención en el tratamiento del objeto (consumo) sino más bien sobre el discurso del sujeto y sus relaciones con los demás.

Correa (2017) concluye que uno de los beneficios que se deriva del enfoque de intervención psicodinámico, sería la duración de la mejoría a través del tiempo, es decir, que los logros terapéuticos permanecen durante un lapso de tiempo mayor, en contraste con las intervenciones realizadas desde otros enfoques psicológicos, como el cognitivo-conductual.

Otro de los beneficios mencionados por este autor, hace referencia a la importancia que adquiere en este tipo de intervención el monitorear los cambios en el paciente, tanto positivos como negativos, en su vida, no solo en relación al uso de drogas, de modo que la intervención se centre en la persona, mas no en la problemática actual de la persona, ni mucho menos en el consumo de sustancias, lo cual favorece la adherencia al tratamiento (Correa, 2017).

Por su parte, Jiménez Herrera & Cataño Múnera (2016), refieren que existe evidencia científica, que procede de investigaciones realizadas con diversos enfoques metodológicos y con distintas herramientas de recolección de información, que demuestran los grandes beneficios terapéuticos que se derivan los abordajes de corte psicodinámico. Ambos autores afirman que en este tipo de intervención se pueden alcanzar grandes beneficios, ya que es un modelo útil, que permite una pregunta sobre el sujeto, esperando que como efecto de ello la sustancia ocupe un lugar diferente, cuando el sujeto se pregunta por sí mismo le permite entender porque hace lo que hace, y no solo el hecho del consumo sino todo lo que tiene a su alrededor.

Las intervenciones basadas en el enfoque psicodinámico permiten abordar diversos tipos de sujetos que consumen sustancias psicoactivas, los cuales presentan distintos tipos de psicopatologías o diversas estructuras clínicas, de modo que, en contraste con otros enfoques psicológicos, que serían más aptos para abordar sujetos con ciertas patologías, el enfoque dinámico representaría un modelo que facilita el trabajo clínico independiente del tipo de patologías que pueda presentar el sujeto que consume drogas (Shedler, 2010).

“El Psicoanálisis, en tanto experiencia dialéctica, se propone como una herramienta eficaz para el abordaje de la clínica con toxicomanías.” (Marín, 2011). Además, se sugiere que la

intervención desde el psicoanálisis convencional es útil para sujetos en “estados avanzados de recuperación y para tratar rasgos de personalidad anómalos asociados o previos a la adicción.” (Becoña & Cortés, 2008).

Por estas razones, entre otras, es factible considerar que no es correcta la afirmación que comparten un número considerable de profesionales de la salud mental, según la cual, el dispositivo clínico de enfoque psicodinámico no produciría efectos terapéuticos en los usuarios, o que dichos efectos no se conocen, no se han observado y descrito, pues, por el contrario, los estudios previos muestran evidencias de los efectos observados y descritos por los clínicos de corte psicodinámico y por los consumidores que han usado estos servicios clínicos (Jiménez Herrera & Cataño Munera, 2016).

- Terapia Sistémica familiar

Bien se sabe que los desórdenes provocados por el uso de sustancias no se producen aisladamente. Para muchos individuos. Las interacciones con la familia de origen, así como con la familia actual provoca una dinámica que funciona como factor de riesgo para el uso, abuso y dependencia de sustancias (Sánchez Hervás & Tomas Gradolí, 2001). Por ello, las intervenciones de tipo familiar también han sido evaluadas y consideradas para el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, ya que las interacciones con los miembros de la familia pueden agravar o perpetuar el problema o ayudar a resolverlo.

Autores como Márquez-Allauca et al. (2019) explican que la intervención de las adicciones ha estado mediada por la generalización de métodos cognitivo-conductuales aplicados en el contexto familiar; este hecho ha conducido a que en el momento se hable con mayor fuerza de tratamientos basados en la familia y no exclusivamente de terapia familiar sistémica.

El afianzamiento de esta mirada cognitivo conductual está ligado a una concepción de la adicción como trastorno de conducta, en el cual el tratamiento debe estar enfocado a romper el ciclo compulsivo del consumo, por lo que “el trabajo con la familia implica primero una especie de entrenamiento en técnicas, acciones y estrategias” (Márquez-Allauca & et al. , 2019).

Desde la terapia familiar, independientemente del enfoque o modelo, se vislumbra un consenso al considerar que el consumo emerge como un síntoma que surge para garantizar la homeostasis familiar en un sistema disfuncional y problemático. Si se parte de la idea de que el sistema buscará mantener la homeostasis, y el

consumo es un elemento que lo garantiza, se identifica la necesidad de conducir la intervención hacia la búsqueda de una nueva reorganización familiar en la que ese síntoma sea prescindible, lo cual implica el trabajo con la familia, en esta y sus sistemas interactuantes (Pedroa Molina, Taborda Mazo, & Varela Chacón, 2020).

Se ha comprobado que independientemente del tipo o la profundidad de la intervención terapéutica individual, los síntomas reaparecen regularmente cuando el paciente volvía a su vida familiar anterior en su casa (Marcos Sierra & Garrido Fernández, 2009).

La terapia familiar sistémica aplicada al tratamiento de las adicciones se caracteriza principalmente por ser breve, focalizada, muy práctica y de resultados que se mantienen en el largo plazo; sin embargo, algunos autores coinciden en que falta rigurosidad en estudios que permitan demostrar su eficacia (Girón-García & et al., 2002). El principio básico de estos modelos consiste en asumir que el abuso de drogas acaba siendo un eje central alrededor del cual se organiza la vida de las familias, y que por lo tanto cualquier solución a largo plazo requiere que la familia colabore y se implique en el tratamiento (Marcos Sierra & Garrido Fernández, 2009).

Dentro de los modelos de intervención familiar-sistémica, que se han destacado por su efectividad y aplicabilidad, Pedroza Molina, Taborda Mazo y Varela Chacón (2020), incluyen la Terapia Familiar Multidimensional (TFMD), Terapia Familiar Multisistémica (TFMS), Terapia Familiar Estructural-Estratégica (TFEE), y la Terapia Familiar Breve Estratégica (BSFT).

En una revisión realizada por Becoña y Cortés (2008), se pone de relieve igualmente que la Terapia Familiar Breve Estratégica favorece el compromiso de las familias en el tratamiento y mejora la dinámica de funcionamiento familiar. Por su parte, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multisistémica mejoran la retención de los pacientes, reducen el consumo de drogas y conductas problema, mejoran la dinámica familiar y la disminución de riesgos.

Los modelos de intervención familiar sistémica son diversas y han mostrado eficacia para el tratamiento del consumo de drogas, no solo por los resultados que se mantienen en el largo plazo, sino por el compromiso que se desarrolla en las familias; por tanto, incluirlas en la intervención toma alta relevancia al momento de pensar en un tratamiento. (Márquez-Allauca & et al. , 2019).

Mediante la terapia sistémica familiar el clínico puede ayudar a identificar las áreas disfuncionales y reemplazar la comunicación

disfuncional por una comunicación clara, directa y efectiva, habiéndose comprobado la efectividad de utilizar este tipo de terapia para lograr estos objetivos (Sánchez Hervás & Tomas Gradolí, 2001).

Para Becoña y Cortés (2008); Girón, Martínez-Delgado & González-Saiz (2002), la introducción de las familias en el desarrollo de planes terapéuticos globales ha supuesto un éxito: al reducir las altas tasas de fracasos terapéuticos por abandonos de la desintoxicación y por recaídas tempranas, aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, aumentar la adherencia al tratamiento, disminuir el uso de sustancias postratamiento y mejorar el funcionamiento familiar y la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.

En la Investigación realizada por Marcos Sierra & Garrido Fernández (2009) se concluyó que este tipo de intervenciones son superiores al consejo individual, la terapia grupal o los grupos de psicoeducación. Lefio, Villarroel, & et al (2013) comparan su efecto con intervenciones de tipo individual en pacientes que usan alcohol. En estos casos, se ha reportado un efecto significativo en retardar el inicio del consumo de alcohol y en disminuir la frecuencia de dicho consumo. Ello no quiere decir que otros abordajes no sean eficaces, aunque estos podrían tener mejores resultados si se les añade terapia familiar.

RECOMENDACIONES

- Los resultados obtenidos, y la dimensión actual de la problemática expuesta, ameritan que los sistemas sanitarios diseñen estrategias efectivas de apoyo terapéutico para sus poblaciones. Se recomienda, por tanto, que estas intervenciones sean objeto de una evaluación científica en relación a los efectos terapéuticos beneficiosos esperados para cada una de ellas
- Debido a los múltiples factores que están relacionados con el desarrollo y mantenimiento de la conducta adictiva, es importante utilizar estrategias e intervenciones psicológicas que presenten una mirada holística del problema, y considere la comunidad como una variable reforzadora del cambio, desde la cual debe iniciar la intervención del problema, mas no, limitarse únicamente al individuo o su entorno circundante.
- Dada la magnitud poblacional del problema referente al uso,

abuso y dependencia de sustancias psicoactivas para la salud, se sugiere un abordaje de salud pública, más que intervenciones únicamente clínicas, lo que implica al menos la evaluación de estas estrategias en el contexto de un programa multisectorial de enfrentamiento del problema, donde los resultados posibles se pongan en un escenario poblacional y comunitario, con una mirada de cobertura universal y con criterios de equidad.

CONCLUSIONES

La adicción es un fenómeno con múltiples aristas que debe ser tratado en diferentes niveles o dimensiones; esto teniendo en cuenta que en el influyen factores biológicos, psicológicos, familiares, socioculturales, políticos, económicos, entre otros. Según Secades-Villa y Fernández-Hermida (2001), existen actualmente suficientes investigaciones que avalan la eficacia de las intervenciones psicológicas en el tratamiento de las drogodependencias.

Entre las intervenciones psicológicas más comunes para el tratamiento de las conductas adictivas, se encontró la terapia cognitivo-conductual, la terapia psicoanalítica/psicodinámica, y la terapia sistémica familiar. Siendo aquellas con mayor cantidad de evidencia disponible sobre sus principales características y nivel de eficacia en el trabajo con consumidores de sustancias, además de ser las más utilizadas.

Teniendo en cuenta las distintas investigaciones revisadas, se corrobora que el enfoque cognitivo-conductual es aquel de mayor preferencia entre los profesionales de la salud mental a la hora de intervenir esta problemática, además de contar con un número considerable de evidencias a favor de su eficacia. Por otra parte, es el más preciso para tratar la conducta adictiva a sustancias psicoactivas, ya que no solo comprende como esta adicción es un aprendizaje adquirido, sino que trabaja directamente la modificación de dicha conducta, por medio de distintas técnicas.

Si se utiliza como criterio de mayor relevancia al número de evidencia disponible sobre la eficacia de las intervenciones, los tratamientos cognitivo-conductuales parecen ser los más adecuados para la intervención con esta población.

Existen trabajos con evidencias empíricas que sustentan la efectividad de la terapia dinámica en adicciones, pero, aun así, siguen siendo en cantidad menor en número en comparación con los modelos comportamentales y sistémicos. La terapia

psicodinámica con respecto a los otros modelos de intervención ofrece un valor agregado, ya que los beneficios alcanzados en terapia lleven a que los casos mejoren y en algunos casos se sostengan con el pasar del tiempo.

Aunque existen varios estudios dejan entrever que los efectos de este tipo de intervención pueden producir cambios que se mantengan en el tiempo, también es cierto que falta mayor evidencia empírica. A pesar de ello, el hecho de que haya pocos estudios no significa que sea razón suficiente para pensar que no genera transformaciones y transformaciones en el individuo; en tanto se rescata para el sujeto la palabra.

Con respecto a la intervención de corte sistémico-familiar, esta revisión muestra claramente que utilizar la terapia familiar como uno de los componentes de los programas de tratamiento afianza la adherencia de los pacientes y sus familias a los mismos, mejorando además el funcionamiento postratamiento tanto en la disminución del uso de sustancias como en otras variables de buena evolución (disminuyen los trastornos de comportamiento asociados a la adicción y mejoran la inserción y el funcionamiento familiar y social).

Existe una amplia evidencia que demuestra la eficacia de las intervenciones familiares en el tratamiento de las adicciones. Si a esto añadimos que las actuales tendencias de tratamiento tienen cada vez más componentes de tipo ambulatorio y por consiguiente una mayor presencia de la familia, podemos concluir la importancia de que se incluyan estas intervenciones basadas en la familia en los programas terapéuticos.

Finalmente, para una excelente intervención en la problemática de las adicciones y consumo de sustancias, se debe tener presente la unificación de varias técnicas, además de la noción de la individualidad. Es preciso delimitar no solo el paciente como tal, sino también la sustancia por la que se considera adicto, sus necesidades, sus características individuales, además de conocer la etapa de cambio en el que realmente se encuentra el paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Arias, F., & Correa Uribe, J. (2016). Hacia una perspectiva clínica psicodinámica de la intervención de las adicciones. El Ágora USB, 1-357.
2. Becoña, E., & Cortés, M. (2008). Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Madrid: Ministerio de sanidad y consumo.

3. Bedoya Londoño, L., & Orozco Tamayo, L. (2019). Características del Tratamiento Cognitivo Conductual en Adicción a Sustancias Psicoactivas. Pereira, Risaralda: UNIMINUTO.
4. Correa, M. (2017). La intervención psicodinámica en la farmacodependencia. Medellín: Universidad de San Buenaventura Colombia, Facultad de Psicología.
5. Courtwright, D. (2009). Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas. Buenos Aires: CPA Punta Alta .
6. Girón, S., Martínez-Delgado, J., & González-Saiz, F. (2002). Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos*, 161-170.
7. Girón-García, S., & et al. (2002). Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. . *Trastornos Adictivos*, 161-170.
8. González , C. M., & Paniagua, R. (2009). Las problemáticas psicosociales en Medellín: Una reflexión desde las experiencias institucionales. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 26-31.
9. Jiménez Herrera, P., & Cataño Munera, M. (2016). Impacto del abordaje psicodinámico en relación al consumo de drogas. Medellín: Universidad de San Buenaventura, Facultad de psicología. .
10. Lefio, L. Á., Villarroel, S. R., & et al. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Publica*, 257-266.
11. Lefio, L. Á., Villarroel, S., & et al. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Rev Panam Salud Publica*, 257-266.
12. Lopera Jaramillo, Á. (2015). Prevención y tratamiento de las adicciones desde lo psicosocial. *Fundacion universitaria Luis Amigó*, 252.
13. Marcos Sierra, J., & Garrido Fernández, M. (2009). La terapia Familiar en el tratamiento de las adicciones. *Apuntes de Psicología*, 339-362.
14. Marín, O. D. (2011). La Psicología Dinámica en el Tratamiento de la Farmacodependencia: Conceptualización y Metodología en Consulta Privada e Institucional. *Poiésis*, 1-20.
15. Márquez-Allauca, V. M., & et al. . (2019). Estrategias

- integrales para la rehabilitación y reinserción de adolescentes adictos. RECIAMUC, 491-504.
16. Olivares Aising, D., & del Valle Barrera, M. (2019). Salud Mental Comunitaria: Equipos psicosociales y políticas públicas en la intervención de personas con adicciones. *Psicoperspectivas*, vol 18.
 17. Pedroa Molina, D. Y., Taborda Mazo, D. P., & Varela Chacón, J. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas desde la perspectiva de la terapia familiar. *Poiésis*, 53-74.
 18. Ruiz-Olivares, R., & Chulkova, M. (2016). Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica. *Clínica y Salud*, 1-6.
 19. Sánchez Hervás, E., & Tomas Gradolí, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos adictivos*, 21-27.
 20. Sánchez-Hervas, E., Tomás Gradolí, V., & Morales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos*, 159-166.
 21. Shedler, J. (2010). La eficacia de la psicoterapia psicodinámica. *American Psychological Association*.
 22. Tamayo, S. (2014). ¿Son efectivas las intervenciones de corte psicodinámico en la intervención de las adicciones? Medellín: Universidad de San Buenaventura Medellín Facultad de Psicología.
 23. Urrútia, G., & Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemática y metaanálisis. *Rev. Medicina Clínica*, 507-511.

**CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL Y
PATOLOGÍA DUAL: DEFINICIÓN, MODELOS
ETIOLÓGICOS Y FACTORES MODULADORES EN LA
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA. UNA REVISIÓN
NECESARIA.**

Eridania González caraballo
Jorge Ortiz Rubio

RESUMEN

Actualmente se conoce que el alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de más de 200 afecciones de salud. A nivel mundial su uso se ubica dentro de los cinco factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedades, aparición de discapacidad y riesgo de muerte. Un balance realizado por la Organización Mundial de la Salud señaló que el efecto de los daños ocasionados por consumo de alcohol alcanza los 3.3 millones de muertes cada año, siendo el responsable del 5.9% de todas las muertes del planeta. Atendiendo a estas cifras, es importante actualizar sistemáticamente la información científica que se dispone sobre el consumo de alcohol. En este sentido un elemento fundamental es la conceptualización y diferenciación de las categorías “consumo perjudicial de alcohol”, “dependencia alcohólica” y “patología dual”. Sobre esta última categoría (menos conocida pero igualmente importante que las anteriores) se propone además una sistematización de los principales modelos etiológicos contemporáneos, culminando la revisión con un análisis de los factores moduladores más importantes (no los únicos) que influyen en el consumo de alcohol. Consistente con esta necesidad en el presente material se presentan un grupo de evidencias sobre la dependencia alcohólica y la patología dual. Se parte de la diferenciación entre ambos padecimientos, así como las teorías más debatidas con relación a la etiología de la patología dual. Por último, el análisis se discuten un grupo de factores que modulan la intensidad y curso de ambas patologías, para que de esta forma se puedan considerar, en la práctica asistencial, específicamente en la intervención psicológica, así como un grupo de factores imprescindibles relacionados con la temática.

Palabras claves: dependencia alcohólica, patología dual, psicopatología, etiología, género, edad, factores familiares.

INTRODUCCIÓN

Actualmente el alcohol es una de las sustancias psicoactivas que más se producen globalmente, solamente superada por la fabricación de cigarros y tabaco (1, 2). A nivel mundial su uso se ubica dentro de los cinco factores de riesgo más importantes para el desarrollo de enfermedades, aparición de discapacidad y riesgo de muerte (2, 3). Al mismo tiempo es la causa fundamental de muerte prematura y discapacidad en personas entre los 15 y los 59 años de edad (2).

Actualmente se conoce que el alcohol es un factor de riesgo para el desarrollo de más de 200 afecciones de salud. Estas enfermedades incluyen las neoplasias, la infección por VIH/SIDA y gran variedad de trastornos mentales. Se estima además que el alcohol fue, solo en 2012, responsable de la pérdida de 247 millones de años de vida sana perdidos (AVAD), mientras que el 5,7% de los habitantes del continente declararon sufrir algún tipo de trastorno como consecuencia del consumo de alcohol en ese mismo año (4).

En este sentido un balance realizado por la Organización Mundial de la Salud el efecto neto de los daños ocasionados por consumo de alcohol alcanza los 3.3 millones de muertes cada año, siendo el responsable del 5.9% de todas las muertes del planeta, estando relacionado además con el 5.1% de todas las enfermedades diagnosticadas anualmente (2).

En el contexto de las Américas se consume más alcohol que en el resto del mundo. Aunque deben considerarse las variaciones por regiones, en las Américas el consumo ponderado de alcohol es de 8.7 litros per cápita, lo cual supera significativamente la media global de 6.2 litros (5). Estadísticas internacionales señalan que los episodios de consumo excesivo se han incrementado drásticamente de una tasa de 4.6% al 13.0% en el caso de las mujeres y del 17.9% al 29.4% de los hombres. Solamente en 2012 el consumo de alcohol ocasionó una muerte cada 100 segundos en el continente americano, alcanzando más de 300 mil defunciones en ese mismo año. Se estima que aproximadamente 80 mil de estas muertes no habrían ocurrido sin la mediación del consumo de alcohol (2, 6).

Con relación al tipo de bebida consumida (vinos, cerveza, ron, etc.) existen diferencias atendiendo a la región geográfica. Globalmente el 50.1% del total de alcohol consumido es en forma de bebidas “espirituosas”, o sea aquellas que son obtenidas a través de un proceso de destilación (whisky, ron, ginebra, tequila, vodka, etc.). La segunda bebida más consumida a escala internacional es la cerveza, que representa el 34.8% de todos los registros de consumo,

siendo la de mayor preferencia en el continente americano (53.3%). Solamente el 8.0 % del registro de consumo internacional se vincula con el vino (2).

Atendiendo a estas cifras, es importante actualizar sistemáticamente la información científica que se dispone sobre el consumo de alcohol. En este sentido un elemento fundamental es la conceptualización y diferenciación de las categorías “consumo perjudicial de alcohol”, “dependencia alcohólica” y “patología dual”. Sobre esta última categoría (menos conocida pero igualmente importante que las anteriores) se propone además una sistematización de los principales modelos etiológicos contemporáneos, culminando la revisión con un análisis de los factores moduladores más importantes (no los únicos) que influyen en el consumo de alcohol y en los procesos de intervención.

Pregunta de investigación

- ¿Cuáles son los principales modelos etiológicos contemporáneos y factores modulares que influyen en el consumo de alcohol y los procesos de intervención psicológica?

Objetivo

- Sistematizar las evidencias disponibles en relación al consumo de alcohol y la patología dual, así como un conjunto de factores etiológicos y moduladores, que intervienen en la práctica psicológica asistencial.

METODOLOGÍA

Para la realización de la sistematización teórica se seleccionó un estudio donde se aplicó el método cualitativo, mediante una Revisión Sistemática de Literatura (RSL), la cual es considerada como un tipo de investigación cualitativa y secundaria (Análisis de fuentes secundarias) en la que se realiza un análisis y síntesis de las mejores evidencias a partir de la revisión de estudios primarios relacionados a la temática seleccionada. Para su correcto desarrollo, se asumió la propuesta metodológica presente en la declaración PRISMA. Esta representa una guía compuesta por 27 ítems o directrices cuyo propósito es mejorar la calidad de las revisiones sistemáticas y meta análisis.

Se emplearon como palabras claves para la búsqueda de la información las siguientes (en español e inglés): Patología Dual, dependencia al alcohol, consumo perjudicial de alcohol, moduladores del consumo de alcohol. La búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos: Scopus, EBSCO Health, PubMed, SciELO y PsycINFO. Para la recolección de los datos se elaboró una ficha instructiva. El tratamiento de los datos se realizó mediante el análisis de contenido de tipo directo.

RESULTADOS

Consumo perjudicial de alcohol y dependencia alcohólica: definición y variables asociadas.

Se considera la presencia de un consumo perjudicial de alcohol, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuando la cantidad de sustancia ingerida va en detrimento de la salud del bebedor y causa consecuencias sociales, ya sea en el entorno inmediato del consumidor (familia, amigos y colegas) así cuando impacta en la sociedad a gran escala (2). De acuerdo con la OMS el consumo perjudicial se concreta en un patrón de ingestión de la sustancia adictiva que causa daños a la salud. El daño puede ser de naturaleza física (p. ej. el desarrollo de hepatitis o cirrosis), o mental (desarrollo de una psicopatología como consecuencia del consumo de alcohol).

Otro indicador relacionado con esta categoría (consumo perjudicial) radica en las consecuencias sociales que emergen del patrón de consumo perjudicial, precisando el organismo, que este último criterio no es suficiente para diagnosticar el consumo de alcohol como “perjudicial” (2).

Con la intención de determinar el impacto global del consumo perjudicial de alcohol varias investigaciones (7-9) han combinado datos provenientes de estudios epidemiológicos realizados a escala internacional. En este sentido se ha comprobado que, para la mayoría de las enfermedades crónicas, así como otras afectaciones para la salud existe una relación basada en respuesta a la dosis de alcohol que se consume (10, 11). Por ejemplo, para ambos géneros, el riesgo de muerte relacionado con el consumo de alcohol se triplica cuando se consumen tres tragos diarios en lugar de dos, o sea cuando se pasa de consumir 20 gramos de la sustancia a ingerir 30 (1).

Otro elemento a considerar es el patrón de consumo, el cual ha sido definido en tres niveles fundamentales: la ingestión de alcohol

durante las comidas, el consumo de la sustancia los fines de semana y policonsumo diario (12, 13). Con relación a esta última categoría se le ha prestado especial atención a los “atracones de alcohol”, definidos como la ingestión de cinco o más tragos estándares (50 gramos o más) por día, lo cual se relaciona con un mayor deterioro de la salud tanto en hombres como en mujeres (14, 15). De manera particular el patrón de atracones se ha demostrado correlaciones con mayor frecuencia a lesiones físicas (intencionales o no), así como a un incremento considerable de padecer un ataque cardiaco o accidente cerebrovascular (16).

No obstante, es importante diferenciar el consumo perjudicial de alcohol de la dependencia al alcohol. Este último término aparece en la décima clasificación Internacional de enfermedades (CIE-10) (17) bajo el término de “síndrome de dependencia” definiéndose como un clúster comportamental, cognitivo y fisiológico que se desarrolla luego del uso persistente de la sustancia etílica. Este síndrome se caracteriza usualmente por un deseo intenso de consumir la sustancia, mostrando dificultades para controlar su uso, persistiendo su utilización aun cuando genera consecuencias dañinas. Además, el uso de la droga se prioriza por encima de otras actividades y obligaciones de la persona, incrementando la tolerancia a la sustancia y en no pocas ocasiones un detrimento de la salud física general.

La dependencia alcohólica también se encuentra incluida en el manual de enfermedades mentales (DSM). En el caso de las clasificaciones el DSM-IV (18) describían dos trastornos específicos, uno denominado Abuso de Alcohol y el segundo Dependencia al Alcohol. Ya en el DSM-V (19) se integraron las dos categorías anteriores dentro de una misma clasificación denominada Trastorno por Uso de Alcohol (Alcohol Use Disorder (AUD), en inglés).

Introducción a la Patología Dual

El término patología dual hace referencia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas (20). De los estudios epidemiológicos que hasta la actualidad se han realizado sobre patología dual se han extraído algunas conclusiones importantes que merecen la pena repasarse (21): primero, los estudios epidemiológicos sobre la patología dual son metodológicamente muy complejos; segundo, actualmente se reconoce que la prevalencia de casos que presentan PD es elevada en todos los niveles de atención sanitaria; tercero, los pacientes

duales son, desde el punto de vista psicopatológico, heterogéneos; y cuarto, la comorbilidad (entiéndase coexistencia) puede ser múltiple, pudiéndose tratar de una psicopatología del eje I, eje II, en ambos ejes o una enfermedad médica (correspondiente al eje III).

Teniendo en cuenta estos elementos debe destacarse que el diagnóstico psicopatológico más frecuente en consumidores de drogas son los trastornos de personalidad que se sitúan entre un 34.8% y el 73% de los casos; considérese que en la población general la incidencia de trastornos de personalidad varía entre el 10 y el 15% (22). En los pacientes en tratamiento por adicción al alcohol se ha comprobado que aproximadamente el 62.5% de ellos presenta patología dual. Los trastornos más frecuentes son lo de personalidad (53.2%), el 20.3% presenta alteraciones del eje I, de los cuales el 54% recibe diagnóstico de trastornos del estado de ánimo y el 33.1% trastornos de ansiedad (23). De los trastornos de personalidad el 12% corresponde al trastorno obsesivo-compulsivo, el 9% trastorno antisocial, el 7% paranoide y dependiente, los narcisistas representan el 7% y el límite e histriónico el 5.1% (24).

Alcoholismo y coexistencia de enfermedades mentales

Los pacientes con patología dual, en comparación con personas que solamente consumen alcohol, presentan con mucha más frecuencia elevados niveles de minusvalía, una salud física y mental más pobre y mayor riesgo suicida (25-28).

Estudios epidemiológicos señalan que la de co-ocurrencia de trastorno mental es más frecuente con alteraciones del estado de ánimo y de ansiedad (6, 25, 29-32). Por ejemplo, en investigaciones epidemiológicas con personas consumidoras durante 12 meses, se comprobó que al menos el 20% presentaba un trastorno del estado de ánimo, mientras que un 31% presentaba algún trastorno de ansiedad (26, 33). Este predominio de manifestaciones de ansiedad y alteraciones del humor se ha intentado explicar desde cuatro explicaciones tentativas.

La primera es una hipótesis basada en la automedicación. De acuerdo con esta alternativa los individuos consumidores de alcohol con un trastorno de ansiedad o de humor utilizarían el consumo de alcohol en un esfuerzo por aliviar los síntomas producidos por estas alteraciones psiquiátricas (34, 35).

La segunda hipótesis plantea que la intoxicación por alcohol podría inducir una variedad de síntomas mentales como la ansiedad y la depresión (36, 37). En tercer lugar, se encuentran los

que defienden la idea de una tercera variable moduladora. O sea, el consumo de alcohol o el trastorno mental de base influiría en una variable moduladora (que podría ser de naturaleza genética, psicológica o ambiental) lo cual actuaría como disparador de la co-ocurrencia (26). Por último, se encuentra el modelo de factores comunes, que propone la existencia de factores predisponentes típicos que son de naturaleza biológica, psicológica, social o ambiental, como por ejemplo la existencia de traumas que incrementan el riesgo de padecer ambos trastornos (26, 37, 38).

Por otra parte, también existen evidencias que relacionan el consumo de alcohol con otros trastornos mentales, como por ejemplo las psicosis (esquizofrenia y trastorno bipolar), los trastornos de personalidad (antisocial y límite fundamentalmente), somatomorfos y conductas adictivas como el juego patológico.

En el caso específico de los trastornos psicóticos se ha comprobado una alta co-ocurrencia de patologías psicóticas específicas con la adicción al alcohol, siendo esta última sustancia una de las que con más frecuencia consumen estos pacientes (39-42).

Se conoce que el alcohol es un catalizador de las crisis psicóticas, además de exacerbar significativamente la intensidad de los síntomas (43-45). De igual forma la duración del consumo de alcohol en pacientes con trastornos psicóticos está relacionado con el desarrollo de cuadros depresivos muy intensos en las personas afectadas (46).

La desinhibición causada por la ingestión de alcohol, cuando se asocia con síntomas psicóticos que disminuyen el control del comportamiento da lugar, frecuentemente, a conductas inapropiadas y peligrosas en las personas que presentan esta variante de patología dual.

Desde un punto de vista neurocognitivo se ha comprobado cuando se comparan pacientes con esta forma de patología dual con personas adictas al alcohol, estos últimos muestran un mayor deterioro en los procesos de recuperación, atención, memoria de trabajo y de vigilancia (47).

También son frecuentes los de naturaleza dual en los que coexiste la adicción al alcohol y los trastornos de la personalidad. En este caso son frecuentes la presencia del trastorno antisocial de la personalidad y el trastorno límite de personalidad (48, 49). Una peculiaridad de esta relación radica en que usualmente los trastornos de la personalidad suelen presentarse con mayor frecuencia en co-ocurrencia con el consumo de alcohol en etapas

tempranas de la vida (50). En quienes presentan trastornos de la personalidad los síntomas relacionados con la adicción alcohol continúan intensificándose a lo largo de la vida en comparación con los dependientes alcohólicos que no presentan el trastorno personalógico coexistente (51).

En el caso particular de los pacientes que presentan trastorno antisocial de la personalidad suelen presentarse variantes de la adicción al alcohol mucho más severas, un peor pronóstico a largo plazo con relación a los daños causados por la sustancia y una expectativa desfavorable con relación a la efectividad de los tratamientos (51, 52).

Desde un punto de vista social los pacientes con patología dual (con especificidad de trastorno de la personalidad) suelen ser frecuentemente comisores de delitos graves, lo cual, entre otras condicionantes, se encuentra relacionado con la característica de que estos pacientes se involucran en actividades riesgosas y además presentan una mayor impulsividad (50, 53).

Más allá de las estadísticas de prevalencia, actualmente existe un gran debate con relación a la etiología de la patología dual. Al respecto se han propuesto varias explicaciones, algunas en forma de teorías y otras a modo de hipótesis. Aunque todavía no se alcanza consenso en este campo, estas explicaciones ofrecen puntos de vista muy interesantes, que, si bien de manera aislada no consiguen abarcar toda la complejidad sobre la génesis de la patología dual, en su conjunto ofrecen una perspectiva mucho más generalizadora sobre esta temática. A continuación, se presentan los modelos de hipótesis más significativas.

- Modelos e hipótesis etiológicas en Patología Dual

El tipo de relación que se establece entre trastornos psicopatológicos y consumo de drogas (en este caso alcohol) es extremadamente compleja, lo cual conlleva a inferir que la explicación tentativa sobre la asociación dual responde a múltiples factores. En este apartado se revisarán las distintas hipótesis que intentan explicar la coexistencia entre los trastornos de adicción a sustancias y alteraciones psicopatológicas.

- Modelo de trastorno mental primario y preexistente

De acuerdo con esta hipótesis el trastorno adictivo estaría precedido por un trastorno psicopatológico, por ejemplo,

trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Para explicar esta relación se formuló la Hipótesis de la Automedicación (35, 54), según la cual los sujetos seleccionarían la sustancia a causa del malestar que le provoca la sintomatología del trastorno psicopatológico primario. No obstante, esta explicación no ha recibido suficiente apoyo empírico, puesto que la evidencia de que la sustancia adictiva se selecciona como resultado de diagnósticos específicos no es concluyente (55).

Dentro de este modelo también debe mencionarse la hipótesis de Alivio de la Disforia, la cual plantea que los pacientes que son diagnosticados con una psicopatología severa son más propensos a experimentar estados disfóricos lo que los llevaría a consumir sustancias (56, 57). Esta hipótesis guarda relación con el mecanismo de automedicación mencionado anteriormente, aunque su alcance es mucho más específico.

Por otra parte, debe mencionarse también la hipótesis de Factores de Riesgo Múltiples. Este modelo defiende el principio de múltiples factores de riesgo confluyentes para el desarrollo de la adicción a una sustancia. Dentro de los factores de riesgo que suelen considerarse en esta hipótesis se encuentran las habilidades interpersonales reducidas, dificultades en procesos cognitivos, pobreza, marginalidad, disponibilidad de la sustancia adictiva, aislamiento social, entre otras (58, 59).

- Modelo de trastornos por consumo de sustancias primario y preexistente

De acuerdo con este modelo el consumo de alcohol desencadenaría un trastorno psicopatológico para el cual el individuo ya era previamente vulnerable. Podría ser el caso de un Trastorno Depresivo Mayor inducido por consumo de alcohol. Desde un punto de vista neurobiológico el consumo sistemático de la sustancia sería el precursor de modificaciones neuro adaptativas que conducirían al desarrollo de los trastornos psicopatológicos (60). En el caso particular del consumo de alcohol y la esquizofrenia se ha comprobado que la sustancia es capaz de agravar la sintomatología psicótica del paciente, pero no constituye un factor causal para desarrollar esta enfermedad mental (61).

- Modelos bidireccionales

Tal como su nombre lo indica, los Modelos Bidireccionales

proponen que el trastorno adictivo y la enfermedad psicopatológica interactúan constantemente. Esto significa que cualquiera de los dos trastornos puede incrementar la vulnerabilidad para que la segunda patología se desarrolle. Por una parte, un trastorno depresivo mayor puede ser precursor para el desarrollo de la adicción al alcohol; por otra parte, puede ocurrir el efecto opuesto. El consumo de la sustancia puede ser el factor determinante para que el individuo dependiente desarrolle una alteración psicopatológica severa (62).

- Modelo de factor común

El modelo de factor común defiende la hipótesis de la existencia de factores comunes para el desarrollo de la patología dual. Esto significa que ambos procesos serían el resultado de una misma precondition existente pudiendo ser un factor de naturaleza genética (63), un trastorno de personalidad (64), el estatus socioeconómico (64), el funcionamiento cognitivo (59), entre otros.

Esta multiplicidad de modelos e hipótesis constituyen posturas tentativas para la explicación de un fenómeno extremadamente complejo. Un importante elemento a considerar, por ejemplo, es que la coexistencia de la dependencia al alcohol con una entidad psicopatológica dificulta la delimitación del cuadro sintomatológico de quien presenta el trastorno, siendo en ocasiones muy difícil distinguir si el síntoma psiquiátrico es el resultado de la dependencia al alcohol o viceversa. Quizás el éxito en la comprensión de la instauración del trastorno dual no radique en el descubrimiento de una hipótesis definitiva que explique todos los casos, sino en el análisis dinámico y flexible de cada individuo, considerando cada modelo y cómo se integra con la historia de vida del paciente que asiste a consulta.

Factores moduladores del consumo de alcohol

Actualmente se han identificado un grupo de factores a nivel individual y social que afectan la magnitud del consumo de alcohol y que pueden incrementar la ingestión problemática de esta sustancia, ocasionando daños a la persona consumidora y quienes le rodean (65). Estas variables si bien no constituyen factores de riesgo de manera aislada, cuando se presentan conjuntamente en un individuo pueden hacer más vulnerable a la persona de desarrollar problemas relacionados con el consumo de alcohol (66).

Desde una perspectiva de salud la vulnerabilidad denota una

susceptibilidad mayor para el desarrollo de enfermedades o un estado general de salud más pobre, pudiéndose manifestar a través de alteraciones físicas, mentales o sociales; incluyendo las alteraciones relacionadas con el consumo de alcohol (67). Entre las variables más importantes se pueden mencionar la edad, el género, factores familiares y estatus socioeconómico. Seguidamente se amplían cada uno de estos elementos.

Edad

Actualmente se reconoce que los niños, los adolescentes y los adultos mayores son usualmente más vulnerables a desarrollar alteraciones de naturaleza variada cuando consumen alcohol, en comparación con otras etapas del desarrollo (68).

La evidencia disponible sugiere que en el caso de las edades tempranas los daños son causados fundamentalmente por alteraciones en la materia gris y blanca (69). Por su parte, los datos experimentales revelan que el inicio del consumo en edades tempranas afecta sensiblemente el córtex prefrontal (70), la neurogénesis en el hipocampo (71), produce daños estructurales en el hipocampo y el cerebelo (72), altera la estructura de la mielina (70) y causa disfunciones cognitivas y comportamentales a largo plazo (71, 72).

Por otra parte, el inicio temprano del consumo (especialmente antes de los 14 años) es un predictor de desarrollo de problemas de salud, asociándose con un incremento del riesgo de abuso y dependencia al alcohol en edades posteriores (73, 74).

Además, el consumo de alcohol en etapas tempranas de la vida disminuye la aversión al riesgo, razón por la cual quienes beben se involucran en actividades negligentes que ponen en riesgo la integridad personal. Por otra parte, los daños relacionados con el consumo de alcohol en edades más avanzadas guardan relación con un grupo de factores característicos relacionados con la etapa evolutiva de la adultez mayor. Mientras el consumo general disminuye con la edad, las personas más longevas usualmente incrementan la frecuencia del consumo. Puesto que el organismo ya no posee la misma capacidad para metabolizar el alcohol que en etapas anteriores, el efecto de esta sustancia sobre el organismo coloca en mayor riesgo a quienes la consumen (75).

Género

Las muertes en hombres con edades comprendidas entre los 15

y los 59 años, tienen como principal factor de riesgo el consumo problemático de alcohol (76). No obstante, actualmente existen evidencias de que las mujeres son más vulnerables que los hombres cuando alcanzan un umbral específico de consumo de alcohol. Esta realidad se ha convertido en un problema de salud internacional por varias razones. En primer lugar, el uso de alcohol en las mujeres se ha incrementado considerablemente en los últimos años, realidad que guarda relación con un incremento del desarrollo económico y las nuevas formas de asumir los roles a nivel social (77). En segundo lugar, porque se ha demostrado que el incremento del consumo de alcohol por parte de las mujeres tiene consecuencias severas sobre la salud (más graves que las reportadas en hombres) y el entorno social inmediato, especialmente las relacionadas con el cuidado de los hijos (78).

Esta vulnerabilidad en las mujeres puede explicarse por un amplio número de factores de riesgo (77). Por ejemplo, las mujeres usualmente tienen un peso corporal menor comparadas con los hombres, una menor capacidad hepática para metabolizar el alcohol y una mayor proporción de grasa corporal, lo cual en su conjunto contribuye a que las mujeres alcancen una mayor concentración de alcohol en la sangre en comparación con los hombres cuando ingieren la misma cantidad de alcohol.

Estas diferencias metabólicas han sido observadas tanto cuando el alcohol se suministra por vía intravenosa como cuando se hace por vía oral (79, 80). Uno de los factores que contribuye a la tasa de eliminación de etanol está relacionado con los polimorfismos genéticos de las enzimas metabolizadoras de alcohol deshidrogenasa (ADH). El efecto de género no se debe a una diferencia en el vaciamiento gástrico que en realidad puede ser mayor en las mujeres, dependiendo de la etapa del ciclo menstrual, sino a que ellas presentan un ADH gástrico total menor en el estómago, acompañada de una actividad reducida para la isoenzima de clase III (81).

Las mujeres alcohólicas tienen una pérdida total de la barrera protectora gástrica proporcionada por el metabolismo de primer nivel; lo que significa que para una fémina alcohólica beber alcohol es lo mismo que inyectarlo directamente en el torrente sanguíneo. Esto puede contribuir a la ya antes descrita vulnerabilidad de las mujeres al alcohol, que se extiende a muchos tejidos, el cerebro y el hígado (82).

En el orden psicosocial las mujeres son afectadas con mayor frecuencia por violencia interpersonal y se encuentra en mayor riesgo de agresión sexual como resultado de los problemas con la

bebida que presentan sus parejas masculinas (83).

Además, el uso de alcohol en el caso de las mujeres es considerado un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de mamas (84, 85). También desde el punto de vista social existe menos tolerancia hacia las mujeres que beben en comparación con los hombres (86), lo cual dependiendo del contexto puede conllevar a que sean víctimas de abuso físico y psicológico.

Factores familiares

La historia familiar de abuso de sustancias constituye un importante elemento de vulnerabilidad tanto por razones genéticas como ambientales (76). La herencia o los factores genéticos representan una parte sustancial de las variaciones en la dependencia al alcohol. Actualmente se conocen múltiples genes que influyen de maneras distintas en la iniciación del consumo, el metabolismo del alcohol y el reforzamiento sobre su uso (87).

Por otra parte, el uso de alcohol por parte de los padres ha sido relacionado con un ambiente de crianza negativo, lo cual favorece el escenario del consumo para los hijos (88). Además, los padres consumidores que maltratan a sus hijos (incluyendo abuso sexual, físico y negligencia) crean entornos propicios para que sus hijos se conviertan en consumidores tempranamente (89).

Estatus socioeconómico

La evidencia epidemiológica indica una relación positiva entre los ingresos y la prevalencia de abuso de alcohol en la población general, mientras que señalan una relación inversa entre ingresos y dependencia al alcohol (90). Al respecto se han sugerido tres posibles explicaciones al fenómeno (Schmidt et al, 2010). Primero: las personas con altos ingresos poseen mayor disponibilidad de espacios para beber que son seguros, además de tener acceso a servicios de salud de mayor calidad. Segundo: las personas con un estatus socioeconómico inferior poseen una red social de apoyo más reducida, lo cual reduce el feedback sobre los daños relacionados con el consumo antes de que ocurra la ingestión alcohólica. Tercero: en los grupos menos favorecidos económicamente se aplica el principio de “ahora o nunca” cuando existe disponibilidad de alcohol; aunque consumen con menos frecuencia cuando lo hacen muestran un patrón de atracones (91).

El vínculo entre estatus socioeconómico y consumo problemático de alcohol es un área que actualmente recibe mucha

atención. Esto ocurre fundamentalmente por el incremento de la disponibilidad de alcohol, especialmente en países en vías de desarrollo. De esta manera el aumento de la disponibilidad (variedad de precios y formatos) ha provocado un incremento del consumo en naciones emergentes (76).

Es importante destacar que las variables anteriores no son las únicas que modulan el consumo de alcohol, pero sí algunas de las más importantes. Su estudio no solo es importante desde el punto de vista teórico, lo son además desde las dimensión metodológica y también práctica. Cuando se diseñan estudios es importante que sean controladas, considerando que las peculiaridades del consumo problemático y también la dependencia y patología dual guardan relación no solo con la cantidad de alcohol que se consume y su frecuencia, sino además con las categorías antes mencionadas.

CONCLUSIONES

Los avances en el campo de las adicciones obligan a los profesionales de las ciencias de la salud mental a la búsqueda constante de información que actualice su conocimiento sobre las distintas problemáticas de salud. En este sentido la dependencia al alcohol y la patología dual son dos escenarios donde se realizan hallazgos constantemente, constituyendo una de las temáticas que contribuye significativamente en los procesos de atención psicológica y rehabilitación del paciente con consumo problemático de alcohol.

En parte, esta atención viene dada por el profundo impacto que sobre la salud tiene el consumo de alcohol y además por las consecuencias que ocasiona a nivel social.

Un elemento fundamental es la distinción entre los pacientes con dependencia alcohólica de aquellos que presentan patología dual. Esta diferenciación solo es posible si, en primer lugar, se dispone de información sobre el tema que aborde la problemática desde una perspectiva multifactorial. Consistente con esta necesidad en el presente material se presentaron un grupo de evidencias sobre la dependencia alcohólica y la patología dual, basado en la idea de que estos sean considerados en la elaboración de los programas de intervención psicológica, para elevar su efectividad.

Por último, el análisis se centró en la presentación de un grupo de factores que modulan la intensidad y curso de ambas patologías, para que de esta forma se puedan considerar, en la práctica asistencial, un grupo de factores imprescindibles relacionados con

la temática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision). Washington, DC: Author; 2000.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). . Washington, D.C.: Author; 2013.
3. Becoña E, Cortés M, Pedrero EJ, Fernández-Hermida JR, Casete L, Bermejo MP, et al. Guía clínica de intervención en adicciones. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2008.
4. Becoña E, Cortés M. Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación. Barcelona: Sociodrogalcohol; 2010.
5. Bravo R, Echeburúa E. y Aizpiri, J. . Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de la personalidad. *Psicothema*. 2008;20:218-23.
6. Bronisch T, Wittchen HU. Suicidal ideation and suicide attempts: comorbidity with depression, anxiety disorders, and substance abuse disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1994;244(93-8).
7. Burns L, Teesson M. Alcohol use disorders comorbid with anxiety, depression and drug use disorders. Findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well Being. *Drug Alcohol Depend*. 2002;68:299-37.
8. Chavez LJ, Williams EC, Lapham G, Bradley KA. Association between alcohol screening scores and alcohol-related risks among female veterans affairs patients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*. 2012;73(3):391–400.
9. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, La Vecchia C. A meta-analysis of alcohol consumption and the risk of 15 diseases. *Preventive Medicine*. 2004;38(5):613-9.
10. Dasgupta A. The science of drinking: how alcohol affects your body and mind. Plymouth: Rowan & Littlefield Publishers; 2011.
11. García-Campayo J, Sanz C. Epidemiología de la comorbilidad entre abuso de sustancias y otros trastornos psiquiátricos. In: Rubio G, López-Muñoz F, Álamo C, Santo-Domingo J, editors. *Trastornos psiquiátricos y abuso de*

- sustancias. Madrid: Panamericana.; 2001. p. 136-54.
12. Gronbaek M. The positive and negative health effects of alcohol and the public health implications. *Journal of Internal Medicine*. 2009;265(4):407-20.
 13. *Journal Epidemiology Community Health*. 2003;57(5):379-84.
 14. Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Life time co- occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1997;54(3):13-21.
 15. Laatikainen T, Manninen L, Polkolainen K. Increased mortality from heavy alcohol intake.
 16. Lim SS, T. V, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2224–60.
 17. Martínez-González JM, Graña JL, Trujillo HM. Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*. 2009;21:105-12.
 18. Mills K, Teesson M, Ross J, Peters L. Trauma, PTSD, and substance use disorders: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. *Am J Psychiatry*. 2006;163:652-8.
 19. Naimi TS, Nelson DE, Brewer RD. The intensity of binge alcohol consumption among U.S. adults. *American Journal of Preventative Medicine*. 2010;38(2): 201–7.
 20. National Health and Medical Research Council. Australian guidelines to reduce health risks from drinking. Canberra: Commonwealth of Australia; 2009.
 21. Organización Mundial de la Salud. CIE-10. Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripción clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Méditor; 1992.
 22. Prior K, Mills K, Ross J, Teesson M. Substance use disorders comorbid with mood and anxiety disorders in the Australian general population. *Drug and Alcohol Review*. 2016.
 23. Roerecke M, Rehm J. Irregular heavy drinking occasions and risk of ischemic heart disease: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of of Epidemiology*.

- 2010;171(6):633-44.
24. Rothman AJ, Salovey P. The reciprocal relation between principles and practice: social psychology and health behaviour. *Social psychology: Handbook of basic principles*. NY: Guilford; 2007.
 25. Rothman KJ, Greenland S. Causation and causal inference in epidemiology. *American Journal of Public Health*. 2005;95(S1):144-50.
 26. Salud OPdl. Alcohol y salud pública en las Américas: un caso para la acción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2007.
 27. Salud OPdl. Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2015.
 28. Teesson M, Slade T, Mills K. Comorbidity in Australia: findings of the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Aust NZ J Psychiatry*. 2009;43:606-14.
 29. Tolstrup J, Jensen MK, Gronbaek M. Prospective study of alcohol drinking patterns and coronary heart disease in women and men. *British Medical Journal*. 2006;332(7552):1244-8.
 30. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2014. Luxembourg: World Health Organization 2014.

SALUD MENTAL, EN EL MARCO DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR, COMUNITARIO E INTERCULTURAL.

Beatriz Dueñas Estrada Gema
Egas Verónica

RESUMEN

Métodos: Se realizó la revisión sistemática de literatura entre el Modelo de Atención de Salud Mental MAIS y la Guía de Salud Mental del MSP, obtenidos en los buscadores de literatura científica Google Scholar. Además, se consultaron artículos científicos de repositorios digitales como Scielo, Redalyc, Dialnet, Web of Science y PubMed.

Desarrollo: Se establecieron análisis, comparaciones y descripciones entre el Modelo de Atención de Salud Mental del MAIS-FCI y la Guía de Salud Mental del MSP; se identificaron 35 artículos publicados entre los años 2016 al 2021, información direccionados a la variable de estudio dentro del soporte teórico como de la discusión del trabajo investigativo.

Conclusiones: El Modelo de Atención de Salud Mental del MAIS actúa como fundamento teórico, en ella están enmarcados los lineamientos sobre la que se sustenta la Guía Salud Mental Comunitaria, en cada normativa está presente la participación social, en la cual se determina el abordaje de los problemas de salud.

Palabras clave: Salud Mental Comunitaria; Primer Nivel de Atención, MAIS, Guía Ministerio Salud Pública.

INTRODUCCIÓN:

En el Ecuador, el sistema de salud mental ha cambiado constantemente y más en los últimos tiempos. Entre los principales logros se considera el Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Colectivo e Intercultural (MAIS-FCI), donde se estipula que la salud mental no sólo depende de factores biológicos sino también de las condiciones de vida. También reconoce el protagonismo de los usuarios, las familias y las organizaciones sociales, así como el rol central de los profesionales de la salud, en especial los que integran los servicios de atención primaria, esto según el Ministerio Salud Pública, (2018).

Cabe señalar que los servicios de salud mental en la última década han tenido un desarrollo significativo, es por ello que la mayoría de los hospitales provinciales cuentan con concursos de médicos psiquiatras como psicólogos. Según los datos del IESM-OMS, (2015) indican que el “mayor porcentaje de acciones se cumple en los servicios ambulatorios con una tasa de 239 por cada habitante frente a 113 por 100.000 h. de los hospitales psiquiátricos” (p.6). Al remitirnos al término de Salud Mental Comunitaria ha sido definida como conjunto de acciones que está orientada a mejorar la salud mental de la comunidad, con el objeto de abordar los problemas de salud junto a sus determinantes de una forma integral, con ello se requiere proporcionar la atención en salud mental en el sitio donde vive la persona, trabaja o estudia esto lo logra por intermedio de los servicios generales de salud.

En cuanto a las competencias de la Atención Primaria en Salud Mental (APSM) su ámbito idóneo está direccionado a los trastornos de adicciones psicosociales como los trastornos mentales, la mayor vulnerabilidad de las personas con este tipo de alteraciones se debe a ciertos factores como la inseguridad, el desaliento, el cambio social, como los riesgos de violencia y la mala salud física de las personas, Manual MAIS MSP (2020).

Además, este modelo está basado en la descentralización, así como la participación social y la inserción del componente salud mental en la atención primaria de salud que contempla procesos técnicos, políticas tanto en lo social como en lo económico con el objeto de potenciar en su campo de acción las habilidades como recursos de las personas; es decir, trata de alcanzar el logro y mantenimiento de la salud mental; considerándolo como la corresponsabilidad entre el Estado, la familia, el individuo y la sociedad.

Según, el Ministerio de Salud Pública (2018), considera a la salud mental comunitaria dentro del plano psicológico porque tiene tres atributos especiales: Pertenencia; identificación comunitaria y la seguridad emocional, todos ellos ejercen una influencia de carácter recíproco de poder; integra y realiza las necesidades dentro de las posibilidades de compartir valores, recursos y satisfacción de las necesidades individuales de cada integrante de la comunidad; esto, permite desarrollar una conexión emocional compartida; la misma que es basada en las experiencias compartidas entre los integrantes de la comunidad.

Entre las premisas de la Guía de Salud Mental Comunitaria, esta pretende llegar a los Equipos de Atención Integral en Salud (EAIS), así como a los Técnicos de Atención Primaria en salud (TAPs),

comités locales de salud, promotores de salud y los responsables de la salud mental. Por lo tanto, esta Guía surge en el marco del Modelo de Atención de Salud mental implementado por el Ministerio de Salud Pública.

Este estudio consiste en una revisión sistemática de literatura de análisis y comparaciones entre la Guía de Salud Mental Comunitaria del MSP y el Modelo de Atención de Salud Mental MAIS-FCI, Ministerio (2016). El objetivo de este estudio es identificar las particularidades de los planes de la Guía de Salud Mental Comunitaria y su aplicación en las estrategias del Modelo de Atención de Salud Mental, en el Marco del Modelo de Atención Integral (MAIS) con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI).

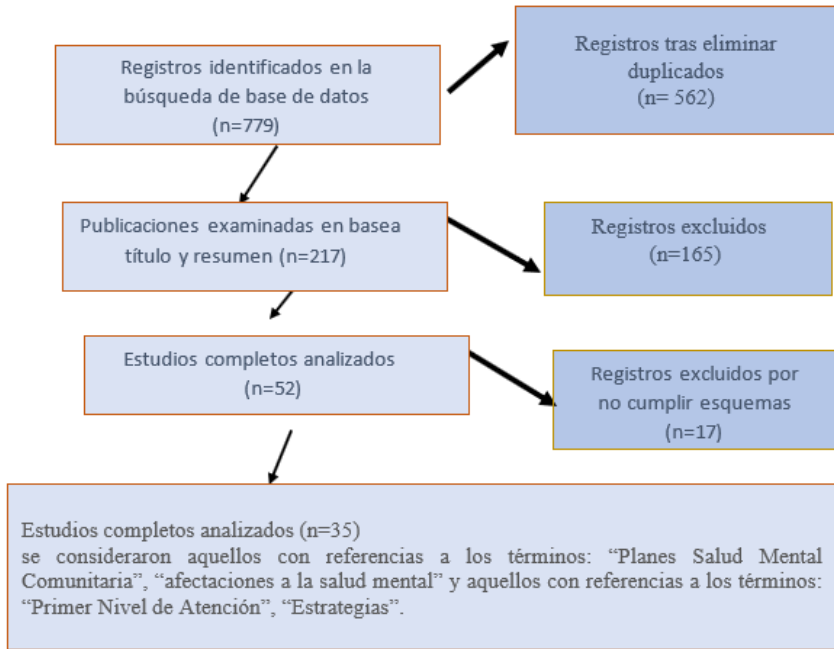
METODOLOGÍA

Se efectuó una revisión bibliográfica sistemática de literatura en fuentes de textos digitales del Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud MAIS-FCI con enfoque familiar, comunitario e intercultural con Registro No.00004927 y la Guía de Salud Mental Comunitaria del Ministerio de Salud Pública del Ecuador del año 2016.

También se revisaron otros artículos procedentes de los repositorios digitales como: Scielo, Dialnet, Redalyc, PubMed, y Web of Science; se utilizaron buscadores de literatura científica en Google Scholar y Biblioteca Cochrane, cuyos temas de artículos hacían referencias a la Salud Mental Comunitaria del MSP que formaron parte del sustento teórico como de la discusión. Se empleó como descriptor para la búsqueda de la información en idioma: español, inglés y portugués; se precisaron entre la búsqueda con referencias a los términos: “Planes Salud Mental Comunitaria” y se concretaron entre los resultados con referencias a los términos: “Primer Nivel de Atención”, “Estrategias”, este análisis responde a la pregunta de investigación:

¿Cómo influye las particularidades de los planes de la Guía de Salud Mental Comunitaria y su aplicación en las estrategias del Modelo de Atención de Salud Mental, en el Marco del Modelo de Atención Integral (MAIS) con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI)?

Fig. 1 Diagrama de flujo de resultados de la inclusión - exclusión de artículos revisados



Fuente: Artículos publicados 2021

Elaborado por: Ps. Cl. Gema B. Dueñas E.
MAESTRANTE

Una vez identificada y aplicada la metodología se logró integrar y sintetizar la información relacionada al tema de investigación con la aplicación de los datos sobre componentes, objetivos, estrategias de promoción-prevención y contextos específicos en la base de datos con información pertinente a la Guía de Salud Mental Comunitaria del Ministerio, Salud Mental (2016) y del Modelo de Atención de Salud Mental, en el Marco del Modelo de Atención Integral (MAIS) - con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI), con su respectivo análisis, comparaciones de las particularidades y estrategias entre ellos con aportes de los artículos revisados.

DESARROLLO

En el presente estudio se realizaron análisis, comparaciones y descripciones referente a sus particularidades como son: sus alcance, objetivos, principios, promoción y estrategias entre el Modelo de Atención de Salud Mental del MAIS-FCI y la Guía de Salud Mental del MSP; también se identificaron 35 artículos

publicados entre los años 2016 al 2021, cuya información estaban direccionados a la variable de estudio dentro del soporte teórico como de la discusión del trabajo investigativo.

Existe un buen número de artículos publicados que indican la existencia de un incremento en los últimos 10 años sobre los problemas de salud mental, en la que señalan que no solo se deben considerar aquellos factores únicamente individuales, sino también aquello que contienen un contexto psicosocial; esto permite que las personas así como sus comunidades presenten condiciones de vulnerabilidad que están referidos en su contexto individual, social o político, incluyendo además a los desastres antropogénicos, a los índices de pobreza, a los desastres naturales, a los accidentes, suicidios y otros Garzanti (2019).

Es importante identificar que en el Modelo de Atención Integral de Salud y en la Red Pública Integral de Salud contienen un enfoque de interculturalidad, por ello, se hace necesario reconocer constitucionalmente que el Ecuador es un país intercultural y plurinacional; porque existen diferentes nacionalidades: pueblos indígenas, afro ecuatorianos y montubios, como lo indica en su normativa la (Dirección Nacional de Salud Mental para el Nuevo Milenio) 2019.

Por los antecedentes anteriormente citados se hace necesario puntualizar lo que indica la Constitución de la República del Ecuador, en ella está escrita unas series de disposiciones orientadas a garantizar la salud, el buen vivir y el desarrollo integral de todos los habitantes del territorio nacional, de manera particular por lo que cabe mencionar la responsabilidad que tiene el estado de garantizar el derecho a la salud (Art. 3 y 32). En su Art. 35 se hace especial referencia a los grupos de atención prioritaria que deben recibir las personas y grupos en riesgo, quienes recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. Mientras que en el Art. 66 este identifica ciertos aspectos íntimamente relacionados con la salud mental. El derecho a la integridad personal, que incluye: a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado... c) La prohibición de la tortura, la desaparición forzada y los tratos y penas crueles, inhumanas o degradantes, Proteccionderechoquito.gob.ec (2016).

El instrumento que el estado ecuatoriano utiliza para organizar la salud mental como sus actores, tanto públicos como privados y que proporciona las orientaciones para alcanzar los objetivos planteados como es el acceso equitativo y oportuno a los servicios de salud mental lo realiza a través del Plan Nacional de Salud

Mental (PNSM) cuya política es de carácter intersectorial cuyas orientaciones están dadas por la autoridad sanitaria nacional. Por su orientación, se lo considera de tipo distributiva porque busca proporcionar bienes o servicios de salud mental a toda la población, sobre todo en aquellas personas que requieren acciones de los servicios de salud, que vayan desde promoción, prevención, atención, recuperación hasta su completa rehabilitación, Delgado (2019).

En el desarrollo realizado sobre las particularidades entre los dos textos de estudio se consideraron ciertos componentes como: definición, propósito, objetivos, perfil de problema, promoción y estrategias que emplean dentro del contexto salud mental. A continuación, se iniciará el análisis de cada uno de los componentes en la cual se puede evidenciar que la Guía de Salud Mental Comunitaria surgió del Modelo de Atención de Salud Mental del MAIS-FCI el mismo que fue implementado por el Ministerio de Salud Pública.

En su alcance, este pretende llegar a todos los Equipos de Atención Integral de Salud (EAIS), a los Técnicos de atención primaria en salud (TAPs), a los Comités locales de salud, promotores de salud y los responsables de salud mental. Otra de sus particularidades busca establecer formas con procedimientos participativos que va a permitir a la ciudadanía tengan acceso de forma permanente y efectiva la implementación de los servicios de Atención Integral sobre todo aquellas personas que usan, consumen drogas, alcohol, tabaco y que sufren de trastornos mentales graves, estos pueden ser de tipo ambulatorios o ambulatorios intensivos, Ministerio de Salud Pública (2012,). Por ello, debemos considerar que esta guía permite realizar los medios que demanda el paciente con problemas de salud mental, para que sean atendidos en forma ágil y oportunamente por los centros asistenciales encargados para este tipo de tratamiento.

En su propósito busca llegar a los distintos grupos de la población utilizando un proceso de participación social, esto lo realiza por medio de tres ejes: intersectorial, interinstitucional y comunitario; para su implementación considera desarrollar estrategias que promuevan: diálogo, reflexiones y la participación de los diferentes actores sociales de salud.

Tomado como base lo que señala el Modelo de Atención de Salud Mental del MAIS-FCI (2012), es decir, este texto busca incluir la participación del contexto socio económico, político, histórico, incluyendo los factores sociales, biológicos e inclusive considera hasta los procesos conductuales de la población generando el aporte

de perspectiva comunitaria.

En su objetivo busca proporcionar una herramienta metodológica tanto a los equipos como a los actores que intervienen en la Atención Integral de Salud (EAIS), con el objeto de acercar a la comunidad a los usuarios de los servicios de salud en la comprensión de la prevención y promoción de la salud mental.

En el perfil del problema de la guía SMC los clasifica como estigma, definiendo como la etiqueta que se acomoda sobre las personas (sea hombre- mujer) que le resulta imposible desprenderse de ella; es decir, solo se identifica al individuo por la etiqueta que se le dado, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. (2008). El denominador estigma dentro de su calificación presenta dos componentes: Uno como Auto-estigma y el otro como Estigma Público, en cada uno de ellos presentan una sub clasificación como es: Estereotipo, Prejuicio y Discriminación detallada en el cuadro de estigma.

Ver tabla No.1 Cuadro de Estigma

	ESTIGMA PÚBLICO	AUTO-ESTIGMA
ESTEROTIPO	Creencias negativas sobre un grupo(peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad)	Creencias negativas sobre uno mismo(peligrosidad, incompetencia, falta de voluntad)
PREJUICIO	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales(miedo, rabia)	Conformidad con las creencias y/o reacciones emocionales (baja autoestima, desconfianza sobre la propia capacidad, vergüenza)
DISCRIMINACIÓN	Comportamiento en respuesta al prejuicio (rechazo, negativa a emplear, negativa a ayudar)	Comportamiento en repuesta al prejuicio (falta de aprovechamiento de oportunidades de empleo, rechazo a buscar ayuda)

FUENTE: (Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2008), vol. XXVII (6)

INVESTIGADORA: Ps. Cl. Gema B. Dueñas E.

Una vez establecido todos estos antecedentes el Ministerio de Salud Pública busca incorporar dentro del Plan Estratégico de Salud Mental la reducción del estigma como eje fundamental, es decir, incluye aquella implicación de la práctica comunitaria como individual que presenta la población sobre todo cuando

implementa los servicios de salud mental, aperturados actualmente.

Dentro de su componente promoción contiene una serie de acciones que propenden a mejorar la salud mental de la sociedad y, por lo tanto, hace el abordaje de los problemas de salud junto a los determinantes incluidos de una manera integral.

Al describir su Modelo de Promoción y Prevención se enmarca en tres fases de propuestas para el diálogo comunitario:

Fase primera diagnóstico situacional en la cual lo formula según lo establecido en el MAIS-FCI, es decir, involucra la participación de todos los actores locales para después identificar los problemas, necesidades, prioridades de intervención relativas a la salud. Esta fase propende elaborar planes estratégicos operativos de intervención aplicados en una determinada localidad o comunidad.

Para ello utiliza los siguientes principios: de inserción en el territorio, en ello trata de realizar el mapeo de los recursos para así identificar el nivel de apoyo u oposición de un objetivo concreto.

Cuando se implementa el servicio debe existir el acercamiento entre comités de usuarios, los comités locales de salud como de los profesionales que laboran en estas dependencias, en donde se vaya implementar este servicio.

Debe existir capacitaciones y sensibilización en temas de promoción de salud mental, trastornos mentales graves, debe haber reducción de estigmas, o consumo problemático de drogas, este trabajo va dirigido a los profesionales de la salud.

Se deben incrementar y difundir los nuevos servicios de salud mental sean ambulatorias o ambulatorios intensivos y CETAD. También promueve la conformación de un equipo intersectorial como comunitario quienes son los responsables de abordar los temas de salud mental dentro de la población de estudio. Por último, dentro de esta fase, está la implementación y uso de espacios públicos y los recursos destinados.

En la fase dos; hace alusión sobre la participación comunitaria de salud mental, para ello considera seis elementos. La primera plantea reconstrucción de la identidad y eso lo consigue por que se basa en los componentes del MAIS. En lo referente a la atención integral en salud familiar y comunitaria.

Como segunda parte busca organizar y transformar a la comunidad en base a sus necesidades de organización y así desarrollar estrategias y planes respectivamente. Como tercero indica la importancia de la participación individual juntos a sus mecanismos de acción. Debe Implementar el modelo de atención en salud mental comunitaria y por último debe existir la difusión y

posicionamiento de la red comunitaria de salud mental. La fase tres, consiste en la formación de nuevos formadores en salud mental comunitaria con aplicación de la metodología MHGAP.

Una vez concluida el análisis de la Guía, iniciaremos el estudio de las particularidades del Modelo de Atención en Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud, con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. (MAIS – FCI), en su alcance considera el contexto socio económico, político, histórico, también incluye los factores sociales, biológicos, los de tipo conductuales propios de la comunidad, estableciéndose claramente las diferencias en cuanto a su accionar, es decir, el Plan actúa como fundamento teórico mientras que la Guía interviene en los procesos de salud junto a actividades programadas.

También facilita las normas, procedimientos, herramientas, recursos y protocolos nacionales de atención integral de la salud mental que al complementarse va a organizar el Sistema Nacional de Salud, por lo tanto, es el medio por el cual el estado lo utiliza para organizar la salud mental como a sus actores.

Referente a los propósitos que posee, busca orientar el accionar integrado por los actores del Sistema Nacional de Salud hacia la garantía de los derechos en salud y el cumplimiento de las metas del Plan Nacional para el Buen Vivir, es decir, como meta busca mejorar las condiciones de vida y salud de la población ecuatoriana con la implementación del Modelo SM del Ministerio, Salud Pública (2012).

En cuanto a sus objetivos trata de fortalecer los servicios de salud mental del Ministerio de Salud Pública, así como también a los que pertenecen al Sistema Nacional de Salud, es decir, incorpora y reorienta hacia la promoción de la salud y la prevención en todos sus niveles con la inclusión de enfoques de interculturalidad, generacional, género, derechos y la participación comunitaria.

En cuanto al Perfil del Problema el Modelo de SMC del MAIS-FCI utiliza los códigos de salud universal (considerándolo desde el F00-F09 hasta F90-F99) para identificar los diferentes tipos de trastornos de la salud mental.

Dentro de esta clasificación del estigma en la Promoción el Plan de SM (MAIS-FCI) contempla en su normativa una serie de actividades positivas direccionadas a:

1. Mejorar la visibilidad y el valor de la salud mental a nivel de la población: secciones de las sociedades y las personas.
2. Proteger, mantener, mejorar la salud mental.

Entre sus componentes cuenta con una estructura que incluye: lineamientos, objetivos, estrategias y acciones posibles de ejecutar.

En los lineamientos considera desde el enfoque de los derechos, la interculturalidad según género y ciclo de vida, también incluye la prevención de los problemas mentales con un enfoque de derecho, interculturalidad y ciclo de vida. Como tercer lineamiento considera el trabajo intersectorial con el enfoque anterior igualmente considera la participación ciudadana, adicionando la expresión de capacidades entre ella la creativa tanto en personas de la comunidad como aquellas que presentan problemas de salud mental.

Entre sus objetivos está promover la salud mental, por cuanto trata de disminuir la discriminación de las personas con problemas de salud mental. Además, busca prevenir los problemas de salud mental, incorpora las potencialidades de participación activa de las personas con trastornos mentales, también busca implantar mecanismos y vías de participación de la persona con trastornos mentales, por último, forma y educa a la comunidad sobre los temas de salud mental como parte del enfoque comunitaria.

Entre sus estrategias busca el desarrollo de habilidades cognitivas, sociales y de afrontamiento; busca promover prácticas de vida saludables en la cotidianidad, implementar programas de información, educación y comunicación, fortaleciendo las habilidades sociales cognitivas y de afrontamiento y por último considera la Intersectorialidad las que deben ser generados en todos los ámbitos organizacionales de la comunidad.

En lo referente a sus Acciones posibles a emplear están una serie de actividades artísticas, focales con espacios saludables, con campañas de edu- comunicaciones sociales para romper los mitos referentes a la salud mental y actividades recreativas con los actores comunitarios, motivadas, ejecutadas de forma intersectorial.

DISCUSIÓN

Es importante rescatar que el Plan Nacional de Salud Mental del Ecuador tiene lineamientos claros sobre salud mental, por lo tanto, va a fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud Pública, dentro del marco del Modelo de Atención de Salud Mental del MAIS-FCI, que consta de cuatro componentes que son: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación en la comunidad. En cambio, la Guía de Salud Mental Comunitaria fue elaborada y surgió del Modelo del MAIS-FCI siendo implementado posteriormente por el Ministerio, Salud Pública (2017), cada uno de

ellos aportan significativamente desde el enfoque comunitario, por cuanto todos sus componentes están direccionado a realizar promoción, prevención generando estrategias que involucran al individuo, a la comunidad, para mejorar el estado de salud mental de la población.

El alcance de la presente Guía de Salud Mental Comunitaria trata de llegar a todos los equipos de atención integral de salud, según Castillo & Curtipé (2018) indicaron, en el periodo comprendido entre 2013-2018 se hicieron innovaciones en los mecanismos de financiamiento y gestión pública de la salud mental, esto permitió que exista una implementación y creación de nuevos Centros de Salud Mental Comunitarios como hogares protegidos, con una función de ser más eficientes y eficaces que los hospitales psiquiátricos, esto ha permitido que exista un incremento en el acceso a los servicios de salud mental con el compromiso institucional de ofertar un mejor servicios permitiendo involucrar a los ciudadanos y comunidades en el cuidado de la salud mental.

En cambio, el modelo de atención de salud mental del MAIS – FCI esta direccionado al contexto socio económico, político, histórico, también incluye los factores sociales, biológicos, los de tipo conductuales propios de la comunidad, notándose que sus directrices son completamente diferentes en cuanto a su accionar.

La Guía de Salud Mental Comunitaria busca proporcionar una herramienta metodológica tanto a los equipos como a los actores que intervienen en la Atención Integral en Salud (EAIS), mientras el Modelo de Atención de Salud Mental del MAIS FCI busca fortalecer estos servicios sean del Ministerio de Salud Pública como los que pertenecen al Sistema Nacional de Salud. Wong (2020) en su trabajo investigativo concluye que existe una insuficiente atención de los servicios de salud mental comunitario y la familia es el contacto social más importante como de apoyo para los pacientes que sufren de trastornos mentales.

En cuanto al perfil del problema la guía SMC los clasifica como estigma, es decir, la persona sin importar el género solo es reconocido por el hecho que ha sido etiquetado, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. (2008). En cambio, el modelo de SM del MAIS-FCI utiliza los códigos de salud universal para identificar los diferentes tipos de trastornos de la salud mental. Según, Fernández, Moreno, & González (2016) ellos establecen que los programas de salud mental empezaron adoptando la coordinación de programas de salud mental, Madrid (desde 1989 en Leganés y desde 1991 en éste área).

En cuanto al Plan Estratégico de Salud Mental este permite

incluir aquella implicación de la práctica sea individual como comunitaria que presente la población, sobre todo en aquellos servicios de salud mental que han sido aperturados actualmente. Según, Fernández & García (2012) describieron en lo referente a la Estrategia que tiene la Salud Mental del Sistema Nacional de Salud español, la cual aplica programas que presta especial atención a los pacientes graves y crónicos. Suárez, Bravo, & Fernández (2016) también hicieron referencia en cuanto al análisis del Sistema Nacional español indicando ciertas recomendaciones que tiene los programas en lo referente a las citas en el área de salud mental, en donde se indica la aplicación de una correcta práctica incluido en uno de los tres modelos que se están desarrollando en España.

Los otros dos corresponden al tratamiento asertivo comunitario y el último que es mixto; Estos programas han demostrado ser eficaces al menos en la reducción de ingresos y estancias hospitalarios y en la reducción del número de urgencias, Suárez, Bravo, & Fernández (2016), por lo tanto, tienen una concordancia en cuanto a las directrices de servicio comunitario.

El Modelo de Atención de Salud Mental del MAIS-FCI, busca descentralizar el accionar del área de la salud por lo que incluye la participación social con la inserción del componente salud mental en la atención primaria de salud, en la cual los lineamientos básicos de su propósito es orientar el accionar, mismo que está integrado por los diferentes actores del Sistema Nacional de Salud que busca garantizar los derechos en salud con el cumplimiento de las metas del Plan Nacional del Buen vivir, cuyo objetivo busca fortalecer los servicios de salud mental del MSP, cuyos principios son de equidad, integralidad, participación social, Intersectorialidad, y de derechos. Para su cumplimiento promueve un plan de promoción de la salud mental el mismo que contiene lineamientos, objetivos, estrategias de acción para cada objetivo y acciones posibles de ejecutar para cada estrategia.

Mientras que la guía de salud mental comunitaria comprende el conjunto de acciones orientadas a mejorar la salud mental de la población, por ende, va abordar los problemas de salud como sus determinantes en forma integral; por ello, aplica actividades de prevención y promoción de la salud mental, la misma esta generada por cuatro fases: iniciándose desde el diagnóstico situacional (basado del modelo de salud mental de MAIS), una segunda fase que involucra la participación comunitaria de salud mental la misma que está conformada por 4 talleres con temáticas de reconstrucción de la identidad, de organización y transformación de la comunidad (elabora estrategias), implementación del modelo

de atención integral de salud mental, busca crear y fortalecer el punto de información juvenil con ayuda de los técnicos de atención primaria de salud y por último difunde y posiciona la red comunitaria de salud mental. Según, IESM-OMS (2012) en su análisis establece que el sistema de salud mental del Ecuador ha estado en un proceso de transición, aunque se hayan incorporados servicios en las unidades de atención primaria (es su fortaleza), a pesar que este promulgado en el plan nacional de salud mental, así como en el modelo de atención de salud mental del MAIS y exista la guía de salud mental comunitaria se denota la debilidad del sistema, la misma que radica en la baja asignación presupuestaria, vale recalcar que entre estos dos textos está marcada la participación comunitaria que busca la renovación permanente de la salud mental y sobre todo la actitud favorable de las autoridades de salud, las mismas que impulsan los cambios y dan el apoyo para potencializar la salud mental de los ecuatorianos.

CONCLUSIONES

Las particularidades de los planes de la Guía de Salud Mental Comunitaria del Ministerio de Salud Pública realizado el análisis comparativo se pudo evidenciar que no existe una marcada interdependencia entre estos dos normativas, por cuanto la primera surge del segundo, es decir, el Modelo de Atención de Salud Mental, en el Marco del Modelo de Atención Integral (MAIS) - con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS- FCI) actúa como fundamento teórico, en ella están enmarcados los lineamientos sobre la que se sustenta la Guía. Mientras esta plantea las acciones de ejecución de las actividades a cumplir los procesos de prevención como de promoción de salud mental interviniendo en los procesos de salud junto las actividades programadas.

Como existe una correlación entre uno y el otro. El Modelo de Salud Mental del MAIS-FCI en cuanto a sus estrategias están registrados los lineamientos de promoción para llevarse a cabo en la atención de salud mental de la comunidad, es decir, en cada normativa está presente la participación social, en la cual se determina el abordaje de los problemas de salud junto a los determinantes incluidos de una manera integral.

En cambio, en la Guía de Salud Mental Comunitaria se establecen los enfoques de cómo identificar, aplicar la promoción de salud mental, la misma que esta operativizada por cuatro factores que le permiten establecer las estrategias de acción dentro de esta área de la salud, en ella, las estrategias diseñadas propenden

elaborar planes estratégicos operativos de intervención aplicadas en una determinada localidad o comunidad.

Existen muchos estudios en las cuales sustentan la importancia de la participación comunitaria en cada acción planteada dentro del contexto de salud mental cuya meta es propender a mejorar las condiciones de vida, salud de la población ecuatoriana.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Banco Mundial. (2016). factores socioeconomicos de la salud mental.
2. Castillo, H. M., & Curtipé, Y. C. (2018). Implementación, resultados iniciales y sostenibilidad de la reforma de los Servicios de salud Mental. Rev. Perú med. Exp. Salud Pública.
3. Delgado, L. (2019). Documentación sobre gerencia pública. España.
4. Dirección Nacional "Salud Mental para el Nuevo Milenio". (2019). Política Pública Salud Mental. Dirección nacional de Atención Integral de Salud Mental .
5. Drogues.gencat,c.(2020).drogues.gencat,cat.Obtenido de: https://drogues.gencat.cat/es/professionals/prevencio_de_trastorns_mentals/
6. Fernández, A. L., Moreno, P. A., & González , C. J. (2016). Atención ala salud mental al hospital Príncipe de Asturias studios de Psicología. <https://www.scielo.br/j/epsic/a/zKnFRqNd7kKphLknZWqJYnD/?format=pdf>.
7. Fernández, L. A., & García, R. M. (2012). Los Programas de "CASE Management". Conceptos básicos y aplicabilidad. Revista de la Asoc. Españ. de neuropsiquiatría. Garzanti, R. (2019). Salud mental y la atención de la salud análisis de la comunidad del psicólogo en el primer nivel de atencion . Comisión de Investaigación Científica-CEREN.
8. IESM-OMS . (2012). Informe sobre la salud mental en el Ecuador. IESM-OMS. IESM-OMS. (2008). Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador.
9. issuu.com. (2018). msp modelo atencion integral. Obtenido de:https://issuu.com/booksfoe/docs/msp_modelo_de_atenci_n_integral_de/2018
10. kimirina.org. (2018). Manual Modelo Atención Integral Salud Ecuador. Obtenido de: <https://www.kimirina.org/images/kimirina/documentos/>

- publicaciones/Manual_Modelo_Atencion_Integral_Salud_Ecuador_2018-Logrado-ver-amarillo.pdf
11. Manual MAIS MSP.(2020).hgdc.gob.ec.Obtenido de: https://www.hgdc.gob.ec/images/DocumentosInstitucionales/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf
 12. Ministerio Salud Pública. (2014). MSP. Direccion Nacional de Salud mental. Obtenido de: <https://geosalud.msp.gob.ec/Gui/indexZona.php?id=0>
 13. Ministerio, De Sanidad y Consumo. (2017). Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Madrid. <https://www.scielo.br/j/epsic/a/zKnFRqNd7kKphLknZWqJ>.
 14. Ministerio, S. P. (2016). Modelo de Salud de Atención de Salud mental Comunitario, MAIS- FCI. En MSP. Quito.
 15. Ministerio, Salud Mental. (2016). Guía de Salud Mental Comunitaria del Ministerio Salud Publica. En MSP. Quito.
 16. Ministerio, Salud Pública. (2012). Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacioal de Salud. familiar Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI). En MSP-Ecuador. Quito.
 17. Ministerio, Salud Pública. (2017). Plan Estratégico Nacional de Salud Mental. En MSP. Quito.
 18. Ministerio, Salud Pública. (2018). Manual del Modelo de Atención Integral. Rev Panam Salud Pública 42, 2018.
 19. Mrazek, P. B., & Haggerty, R. J. (2019). Reducing risks for mental disorders. *Frontiers for preventive. intervention research.*Committee on Prevention of Mental Disorders. Division of Biobehavioral Sciences. and Mental Disorders. Institute of Medicine. Washington D.C: National Academy Press;.
 20. Mrazek, P. J., & Haggerty, R. J. (2017). Reduciendo lo riesgos para trastornos mentales, para investigaciones de intervencion preventiva. washington National Academy Press.: Eds .
 21. MSP. (2018). Manual del Modelo de Atención Integral de Salud-MAIS. Ministerio de Salud Pública. Ecuador: MSP;.
 22. OMS. (2008). la psiquiatria y el médico. *Crónica de la OMS* . 28; 71-76.
 23. Paho.org. (2019). paho.org/costa-rica. Obtenido de Salud Mental en la atención primaria: <https://www.paho.org/costarica/dmdocuments/Salud.Mental.en.Atencion.Primaria.pdf>
 24. Proteccionderechoquito.gob.ec.(2016).

25. Modelo_integral_de_atencion_drogas.pdf.Obtenid de:
https://www.proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/grupos/altaVulnerabilidad/ConsumoDrogas/8_Modelo_integral_de_atencion_drogas.pdf
26. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. (2008). Estigma. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., Vol.XXVIII (6). Sawyer, J. R. (2016). Healthc, Prot, Manage. Obtenido de Manage (Estados Unidos). 2016; 30: 98-10
27. Suárez , A. M., Bravo, O. M., & Fernández, L. A. (2016). Orígen y desarrollo de ls programas de seguimiento . Effectiveness of Continuity-of-Care Programs to reduce time.
28. Wong, R. S. (2020). calidad de vida del cuidador de pacientes con ezquizofrenia atendidos en el Centro de salud mental Comunitario Wñay.
http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/4179/To61_70566723_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y.



CAPÍTULO II

INFORME DE INVESTIGACIÓN REALIZADA COMO PARTE DEL TRABAJO DE VINCULACIÓN CON LA COLECTIVIDAD.

COHORTE I

Manta, 2021-2022

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha concebido la salud mental con el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales. Incluye, por tanto, las capacidades para afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y para hacer contribuciones a la comunidad. En situaciones de crisis (guerras, desplazamientos forzados, migración, desastres naturales, epidemias, etétera), las consecuencias para la salud física de las personas resultan evidentes, por lo que han sido objeto de atención por la Medicina desde su surgimiento como ciencia. Sin embargo, el estudio de sus consecuencias en el plano psicológico es relativamente reciente e insuficientemente estudiado. OMS. (2018).

A pesar de la magnitud de la carga de los trastornos mentales, la

respuesta de los servicios de salud es por lo general limitada o inadecuada. La resultante es una paradójica situación de carga abultada y capacidad resolutive insuficiente que se hace evidente en las actuales brechas de tratamiento de los trastornos mentales.

Los estudios realizados en algunos países expresan claramente las brechas en la proporción de personas que requerían tratamiento y no lo recibieron. Más de la tercera parte de las personas afectadas por psicosis no afectivas, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de las tres cuartas partes de las que dependían o abusaban del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico alguno, ya sea en un servicio especializado o en uno de tipo general.

En conclusión, solo una minoría de las personas que requieren atención relacionada con la salud mental la reciben, a pesar del sufrimiento que los trastornos causan, la discapacidad que generan y el impacto emocional y económico que tienen en la familia y en la comunidad. A esta situación debe agregarse que generalmente los trastornos mentales afectan en mayor grado a las personas de los estratos socioeconómicos más bajos, para quienes los servicios son más escasos.

El Informe sobre la salud en el mundo 2001, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), marcó un hito histórico en el campo de la salud mental en el contexto global, y señaló claramente las puertas de esperanza que se abren para un mejor entendimiento, respeto y tratamiento de los enfermos mentales. Esta institución ofrece un conjunto de diez recomendaciones que pueden ser adoptadas y adaptadas por todos los países de acuerdo con sus características específicas. Ellas son: dispensar tratamiento en la atención primaria; asegurar la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; prestar asistencia en la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades, las familias y los consumidores; establecer políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollar los recursos humanos necesarios; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; y apoyar nuevas investigaciones.

Actualmente, el mundo vive una situación excepcional por el avance de la que denominan la primera pandemia global de la historia. (5) Su inicio puede ubicarse en diciembre de 2019. En Wuhan (Hubei, China), se alertó sobre la presencia de un brote epidémico de una nueva enfermedad respiratoria grave (SARS, del inglés severe acute respiratory syndrome), rápidamente se identificó el agente: un nuevo coronavirus, inicialmente llamado nCoV-19. En enero de 2020, la OMS declaró la alerta sanitaria

internacional, ocupó todos los medios informativos y redes sociales. Excepcional resulta también la inédita medida de aislamiento social preventivo y obligatorio utilizada por varios países. (OMS, 2019)

En Ecuador, se ha implementado un protocolo de actuación, con alcance nacional, con vistas a la prevención, control, mejor manejo de los casos, así como a la protección de los trabajadores de la salud y la población. Este incluye el distanciamiento social y la información a la población por representantes del Ministerio de Salud Pública (MSP) acerca del avance epidemiológico de la enfermedad y las diferentes medidas adoptadas al respecto. En este nuevo contexto, caracterizado por una total alteración de la rutina socio-familiar y el enfrentamiento a una enfermedad con altos niveles de contagio, se hace necesario profundizar sobre sus efectos psicológicos, así como las estrategias a desarrollar para favorecer la salud mental personal y comunitaria.

Al momento no se encuentra suficiente evidencia sobre el impacto psicológico inmediato de la pandemia en la población, se reportan pocos estudios publicados y los estudios existentes hablan principalmente de la población china y española, entre estos tenemos el de la Universidad del País Vasco, que realizó un estudio para determinar los niveles de ansiedad, estrés y depresión en 976 personas, sus resultados demostraron que los niveles de la sintomatología fueron bajos al principio de la pandemia y que a medida que el confinamiento avanzaba la sintomatología presentando mayores niveles. Por lo que recomendaron intervenciones y tratamiento psicológico en la población para reducir el impacto psicológico causado por la pandemia (Ozamiz-Etxebarria et al., 2020). Igualmente, otro estudio realizado en China donde se encuestó a 1210 personas de 194 ciudades de China, para comprender los niveles de impacto psicológico, ansiedad, depresión y estrés durante la etapa inicial del brote de COVID-19, mostraron que en la fase inicial del brote de COVID-19 en China, más de la mitad de los encuestados calificaron la ansiedad psicológica de moderada a severa (Cullen et al., 2020).

Dentro de los principales problemas evidenciados en la población ecuatoriana se encuentran un incremento de los casos con alteraciones en el estado de ánimo (ansiedad, depresión), un aumento del consumo de sustancias psicoactivas, destacándose el consumo del alcohol y un aumento de la tasa de suicidio. El suicidio en Ecuador comienza a ser una preocupación. La Comisión del Derecho a la Salud de Ecuador considera que sería pertinente que se declarara emergencia sanitaria. El Observatorio Social de Ecuador ha dado a conocer que entre 2014 y 2019 se produjeron en

el país 5.300 suicidios (entre dos y tres al día). A ello se le suman los intentos, unos 20 por cada suicidio consumado. Los casos de suicidio en Ecuador han aumentado desde el inicio de la pandemia, siendo la región más afectada el departamento de Guayas, uno de los que han sufrido más duramente la COVID-19. Se estima que durante los primeros 10 meses del año 2020 han ocurrido 977 suicidios, más de tres al día. Preocupan especialmente los casos de personas jóvenes, incluso niños, niñas y adolescentes. De hecho, el suicidio es la principal causa de muerte entre adolescentes en Ecuador (Sotomayor-Preciado, 2020).

El programa de maestría en salud mental comunitaria, tiene previsto como parte de las actividades de vinculación, una propuesta denominada Promoción y educación en salud Mental. Esta propuesta se ha diseñado con el propósito de implementar un sistema de acciones de promoción y prevención de las principales alteraciones del estado de salud mental en la población en la ciudad de Manabí, en el periodo (2019-2022)

Tomando en consideración que esta propuesta fue planteada antes de surgimiento de la pandemia de Covid-19, en la actualidad se hizo necesario realizar algunos ajustes al diseño de la propuesta inicial, que permita dar mayor pertinencia y viabilidad a la actividad de vinculación. Dentro de las principales limitaciones están la imposibilidad de que los maestrantes se movilicen hacia el sitio previsto inicialmente, que se encuentra en la ciudad de Manta. Otra de las cuestiones radica en que, dada la situación epidemiológica, se ha generado un escenario diferente en el cual, las medidas adoptadas han afectado significativamente el estado de salud mental de la población.

En tal sentido para esta primera etapa se propone ampliar el universo de estudio, dando la posibilidad de que los maestrantes puedan desarrollar sus actividades, sin necesidad de moverse presencialmente a la ciudad de Manta (sitio piloto inicialmente) así como realizar ligeras modificaciones en los objetivos, dando respuesta con estos a la necesidad de profundizar en el estado de salud mental de la población como consecuencia del padecimiento de la COVID-19.

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los principales problemas de salud mental que se presenta una muestra de sujetos afectados por el COVID-19, durante los años 2020-2021?

OBJETIVOS

Objetivo General

Caracterizar las principales variaciones del estado de ánimo y del comportamiento suicida en una muestra de personas recuperadas del COVID-19.

Objetivos Específicos

1. Describir la población estudiada en virtud de un conjunto de variables sociodemográficas de interés.
2. Definir las principales variaciones del estado de ánimo, del consumo de alcohol y del comportamiento suicida en una muestra de sujetos de la provincia Manabí.
3. Analizar las principales interacciones que se producen en las variables estudiadas y que tipifican al grupo de sujetos con antecedentes de COVID-19.

2. DISEÑO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO

En este capítulo se presentan los elementos metodológicos utilizados para dar salida a los objetivos planteados en la investigación. Éste contiene la clasificación del estudio realizado; la operacionalización de las variables empleadas; las técnicas y los procedimientos para la realización de las tareas de investigación y los aspectos éticos considerados. Para garantizar la comprensión del algoritmo metodológico utilizado en este estudio (garantía de la replicabilidad de este diseño) los autores confeccionaron un esquema que se expone seguidamente (Figura 1).

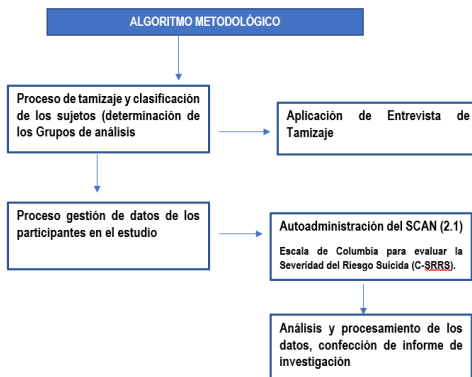


Figura 1. Algoritmo metodológico para la realización del estudio

El estudio se realizó con el propósito de identificar las principales alteraciones en el estado de ánimo, del comportamiento suicida y el consumo de sustancias psicoactivas, en población recuperada de la afección COVID-19.

Para ello se diseñó un protocolo que asume los beneficios de la investigación cuantitativa, evidenciado en los métodos, los instrumentos utilizados y los análisis realizados. El propósito esencial de esta investigación, fue como primera etapa del proceso de vinculación con la sociedad de los maestrantes, crear una línea base, que permita el posterior diseño de un sistema de acciones, que, desde la perspectiva de salud mental comunitaria, permitan minimizar los riesgos, atender las situaciones presentes y disminuir la morbilidad en relación a estos problemas.

La investigación se desarrolla en el periodo comprendido entre los meses de octubre de 2020, hasta el septiembre del año 2021. Organizada en diferentes fases, que abarcaron desde la planificación, la aplicación de los instrumentos, el análisis y discusión de los resultados y la elaboración del informe final de la investigación.

2.1 Características generales del diseño de estudio

Se realizó un estudio observacional – descriptivo, de tipo cuantitativo. La investigación se enmarca dentro de los estudios observacionales en tanto no se interviene sobre los participantes, sino que se evalúan determinadas condiciones (variables) y se determina el grado de asociación entre ellas, a través del empleo de métodos estadísticos. De manera particular, se hace mención de un diseño de casos y controles, en tanto se comparan grupos de participantes que presentan un estatus específico (cualidad), que usualmente se refiere a la presencia/ausencia de una condición médica (sujetos que padecieron COVID-19/ sujetos que no presentaron ese diagnóstico)

En el caso de los estudios correlacionales su finalidad es conocer la relación o grado de asociación que exista entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto específico. La utilidad principal de los estudios correlacionales es saber cómo se puede comportar un concepto o una variable al conocer el comportamiento de otras variables vinculadas. Es decir, intentar predecir el valor aproximado que tendrá un grupo de individuos o casos en una variable, a partir del valor que poseen en las variables relacionadas.

En la primera etapa de la investigación se caracteriza las

unidades de análisis desde la perspectiva sociodemográfica y clínica, este permite brindar una panorámica general de los sujetos estudiados a partir de su condición de salud mental y los posibles factores relacionados con ella, base para la posterior profundización de la clínica psiquiátrica presente en los casos. En la segunda etapa, se describe el comportamiento de variables asociadas al riesgo suicida y el consumo de alcohol, y se concluye haciendo un análisis predictivo, de los problemas de salud mental presenten en la muestra estudiada.

2.2 Universo y Muestra

Para el desarrollo de esta investigación, se realizó un muestreo no probabilístico de conveniencia o también denominado, muestreo intencional por criterio de expertos. Este tipo de muestreo se caracteriza por seleccionar la muestra a estudiar en base a criterios de accesibilidad y pertinencia con respecto a los requerimientos del estudio en curso. (Triola, 2018)

La población definida, incluyeron a personas entre 15-29 años de edad, residentes en la provincia Manabí, que hayan padecido COVID 19, al menos cuatro meses antes de realizarse el estudio. En el esquema que sigue se expone de manera resumida la cantidad de sujetos estudiados en la investigación realizada (figura 2). A partir de la clasificación de las pacientes se escogieron 400 sujetos que cumplieran con los criterios de selección, repartidos equitativamente en dos grupos (estudio y control), 200 sujetos en cada grupo.

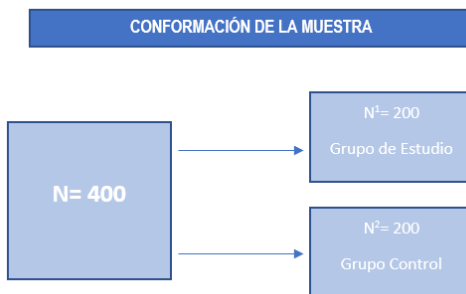


Figura 2. Diagrama de flujo de la muestra en el estudio

La delimitación de la población a estudiar se ajustó a los criterios de diagnóstico y temporalidad. En el caso del primero, se incluyeron todas las pacientes con criterios diagnósticos de COVID 19, que

presentaron la enfermedad en algún momento entre abril de 2020 y abril de 2021. Para la conformación del grupo de estudio se incluyó un conjunto de criterios que se exponen a continuación.

Como criterios de inclusión se consideraron los siguientes:

- Sujetos que hayan presentado el diagnóstico de COVID-19, durante el periodo señalado y que se hayan recuperado exitosamente de la enfermedad.
- Sujetos que durante la entrevista inicial (tamizaje clínico) refirieron la sospecha de problemas relacionados con el estado de salud mental, posterior al padecimiento de la enfermedad. (criterio específico para el grupo de estudio).
- Sujetos que durante la evaluación clínica no evidenciaron alteraciones cognitivas significativas que limiten participar en la investigación.
- Acceder a participar en la investigación, a partir del consentimiento informado (anexo 1).
- Sujetos que durante el ingreso y la evaluación clínica no presenten enfermedad somática que limite su participación.

Como criterio de exclusión se consideró:

- Sujetos con historia de alteraciones neurológicas, trauma craneal o neurocirugía, epilepsia, tumores o enfermedades neurodegenerativas o trastornos mentales ya diagnosticados.

Criterios de salida:

- Sujetos que manifestaran su deseo de abandonar el estudio.
- Sujetos que no completaran todas las sesiones de evaluación.

Para la selección de los controles (grupo control), a los criterios antedichos se le adicionó el pareamiento con cada caso, atendiendo a las variables siguientes: nivel de escolaridad, estado civil, lugar de residencia.

En función del tamaño final de la muestra, se realizó un cálculo de potencia para determinar la probabilidad de que se rechazaran

erróneamente las hipótesis nulas de la investigación cuando en realidad deberían ser aceptadas. Se realizó un análisis Post hoc, tal y como sugiere Cohen, empleando para ello el G*Power ; para el cálculo se preestableció una probabilidad de error (α) de 0.05 y un tamaño de efecto medio ($d=0.5$), como resultado se obtuvo que para una muestra total de 400 pacientes (200 por cada grupo) el valor de la potencia es de 0.96.

2.3 Técnicas y procedimientos de la investigación

Las evaluaciones se realizaron de acuerdo a los protocolos establecidos. En un primer momento se procedió a clasificar a las pacientes. En esta etapa de aplicaron instrumentos de alta validez y fiabilidad diagnóstica para corroborar los diagnósticos clínicos de: alteraciones en el estado de ánimo, consumo de alcohol y riesgo suicida. Todas las pruebas se aplicaron en sesiones virtuales a través de la plataforma zoom, los instrumentos fueron pasados de su forma física a la plataforma Google Forms o Formularios de Google, en su versión en español. Se trata de un software de administración de encuestas que se incluye como parte del conjunto gratuito Google Docs Editors basado en la web que ofrece Google. Formularios de Google solo está disponible como una aplicación web. La aplicación permite a los usuarios crear y editar encuestas en línea mientras colaboran con otros usuarios en tiempo real. La información recopilada se puede ingresar automáticamente en una hoja de cálculo. En todo momento se evitaron interrupciones y se garantizó la privacidad de las participantes. En caso de dudas se ofrecieron aclaraciones a los sujetos o sus familiares.

2.3.1 Técnicas utilizadas:

I. Entrevista Inicial

Objetivo: Obtener información sobre características sociodemográficas de los participantes, así como los elementos del tamizaje clínico, en función de clasificar los casos para los grupos de estudio (Grupo de Estudio/Grupo Control).

Descripción: Cuestionario constituido de 20 ítems que fueron seleccionados de acuerdo a criterios epidemiológicos que según la literatura son marcadores de riesgo de afectaciones a la salud mental en poblaciones supuestamente sanas. Los indicadores seleccionados fueron: Sociodemográficos (edad, sexo, etnia, estado civil, provincia, zona, religión), nivel socioeconómico,

funcionalidad familiar (comunicación familiar, cohesión familiar).

Debido al planteamiento y asunción de estas tres categorías de preguntas que son: no puntuadas, contribuyentes al riesgos e indicadores de riesgo; se generó la necesidad de plantear criterios de puntuación distintos partiendo de definiciones cualitativas de cada uno de los ítems.

Las preguntas que constituyen el instrumento fueron seleccionadas a partir de criterios epidemiológicos que permitieran caracterizar los grupos de estudio y control, sin embargo, se determinó no puntuar las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, (edad, sexo, grupo étnico, estado civil, religión, zona, residencia, debido a que las características de la población seleccionada cumplieron con la mayoría de esos indicadores, lo cual incrementaría las probabilidades de falsos positivos.

Los ítems que permiten seleccionar los grupos de estudio y sus subgrupos se dividieron en dos categorías: contribuyentes al riesgos e indicadores de riesgo.

Dentro de la primera subcategoría referente al nivel socioeconómico de la categoría contribuyentes al riesgo, se puntuará con un punto al ítem Nivel D (Vivienda con piso de tabla sin tratar o tierra, uno o ningún cuarto de baño para el hogar, limitados servicios básicos y sin servicios de conectividad, nivel de instrucción primaria culminada por el progenitor, desempeño de trabajos no calificados, o inactivos) puesto que la literatura precisa que los sujetos que presentan un menor nivel socioeconómico son más vulnerables a realizar un acto suicida.

La segunda subcategoría aborda el tópico familia, la cual engloba 4 preguntas para indagar sobre la funcionalidad familiar, donde se incluyeron las proposiciones del Cuestionario de funcionamiento familiar (FF-SIL) para medir las categorías de cohesión y comunicación, clasificadas en el FF-SIL de la siguiente manera: Ítems 1 y 8 miden la variable Cohesión, ítems 5 y 11 miden la variable comunicación. Teniendo como opción de respuesta una escala de: Casi nunca, pocas veces, a veces, muchas veces y casi siempre, en donde casi nunca tendrá una ponderación de un punto.

Por lo tanto, los sujetos con puntuación entre 11 y 20 puntos pertenecerán al grupo de bajo riesgo. Los sujetos con una puntuación entre 21 y 30 puntos pertenecerán al grupo de riesgo medio. Los sujetos con una puntuación igual o superior a 31 puntos pertenecerán al grupo de alto riesgo. En consecuencia, aquellos sujetos que no cumplan con los criterios antes mencionados permanecerán en el grupo de control.

II. Cuestionario de Evaluación en Neuropsiquiatría (SCAN). Versión 2.1 (2000)

Objetivo: Caracterizar las variaciones del estado de ánimo y el consumo de alcohol

Descripción: El Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN) es el resultado de una investigación de 30 años de duración, que inició desde 1950; la cual tiene como referente a la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima versión (CIE-10) y el DSM IV (TR), al estar propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Está compuesto por un grupo de instrumentos orientados a analizar, medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a las principales alteraciones psiquiátricas de la edad adulta siendo de las pruebas más empleadas dentro de la psiquiatría. Desde su aparición ha transitado por diferentes versiones. La versión 1 estuvo vigente desde 1982 hasta 1992; en este último año se presentó la versión 2, que sería empleadas hasta 1994 y traducida por más de 35 idiomas; para luego ser reemplazada esta última por la versión 2.1.

Su estructura interna está compuesta por 4 secciones. En primer lugar, aparece la décima edición del Present State Examination (PSE10), en segundo lugar, se encuentra el Glosario de Definiciones Diferenciales (Glossary of Differential Definitions), en tercer lugar, la Lista de Comprobación de Grupos de Items (Item Group Checklist -IGC-) y por último el Cuestionario de la Historia Clínica (Clinical History Schedule -CHS-).

El SCAN está compuesto por dos partes principales, la primera se encarga de determinar la presencia de trastornos somatomorfos, de ansiedad, disociativos, depresivos y bipolares; así como el consumo de alcohol y otras sustancias; mientras que la segunda parte se exploran los trastornos de origen psicótico, de tipo afectivo y la conducta general. Presenta distintas maneras para la realización del procesamiento y análisis de datos, desde la utilización de los propios cuestionarios del instrumento, en las hojas de codificación de este, o incluso empleando el programa informático del SCAN. El SCAN ha demostrado ser un instrumento de evaluación psicopatológica fiable y aplicable transculturalmente, teniendo una traducción y adaptación al español por la Unidad de Investigación en Psiquiatría Clínica y Social de España; sin embargo, en Latinoamérica está validada en países como Cuba, Argentina, y México.

III. Escala de Columbia para evaluar la Severidad del Riesgo Suicida (C-SRRS).

Objetivo: Evaluar el comportamiento suicida tanto en la intensidad y severidad de la ideación, y grado de letalidad del intento.

Descripción: La Escala de Columbia para evaluar la Severidad del Riesgo Suicida (C-SRRS) fue elaborada como producto de una investigación llamada Tratamiento del Suicidio Adolescente (TASA), con la finalidad de evaluar el riesgo suicida en sus distintos contextos tanto clínicos como de ensayo en instituciones psiquiátricas de hospitalización, centro de atención primaria, ambulatoria y de urgencia. Este instrumento tiene estructura de entrevista, pero siendo hetero aplicado; además, incluye cuatro categorías, midiendo de esta manera desde la gravedad e intensidad de la ideación suicida durante la vida del sujeto, hasta la intensidad y la letalidad del comportamiento suicida.

Fue desarrollado en su versión original en el idioma inglés para EE. UU., por autores como Posner K, y sus colaboradores; la cual fue validada y traducida en su versión español de la C-SSRS por Al-Halabí S, y demás coautores; sin embargo, se utilizará para este estudio la versión validada en Argentina por Daniel Serrani Azcurra, con una población universitaria de un rango de edad entre 18 y 35 años.

Este instrumento posee una validez psicométrica y confiabilidad evidenciada en la población de estudiantes adolescentes hispanohablantes latinoamericanos, presentando estimaciones alfa de Cronbach que demuestran una alta consistencia interna, con un rango de efecto techo entre 10 y 12% para las distintas subescalas de la C-SSRS, y un rango de efecto techo por debajo de 3% para la subescala de intensidad, demostrando propiedades escalares apropiadas para su aplicación.

En estimaciones específicas del instrumento, se ha evidenciado que la subescala de ideación suicida tuvo un índice de fiabilidad de mitades de Guttman de .91 y un alfa de Cronbach de 0.87, 0.89 y 0.93, demostrando una buena consistencia interna para toda la muestra. Mientras que la subescala de intensidad y gravedad de ideación suicida, y severidad y letalidad de comportamiento suicida presentaron un alfa de Cronbach de 0.73, 0.89 y 0.91. Por lo que se puede establecer, que el instrumento C-SSRS, es válido y fiable para evaluar las condiciones asociadas al comportamiento suicida, siendo flexible en el ámbito clínico, como en el de investigación,

resultando apto para la población estudiada.

2.3.2 Procedimientos para el desarrollo de la investigación

Etapa de organización de la investigación:

En esta etapa se elaboró el protocolo de la investigación, se trabajó en el diseño del estudio, se realizó una amplia revisión bibliográfica, como parte del análisis del estado del arte (problema de investigación), se definieron las variables a utilizar, las técnicas, los instrumentos y métodos para proceder en el desarrollo del estudio.

Etapa de trabajo

En esta etapa se desarrolló el proceso de aplicación de los instrumentos y obtención de la información. Se procede a confeccionar la base de datos para el estudio. Este proceso se desarrolló en dos sesiones de trabajo. A continuación, se describe las sesiones realizadas y sus objetivos.

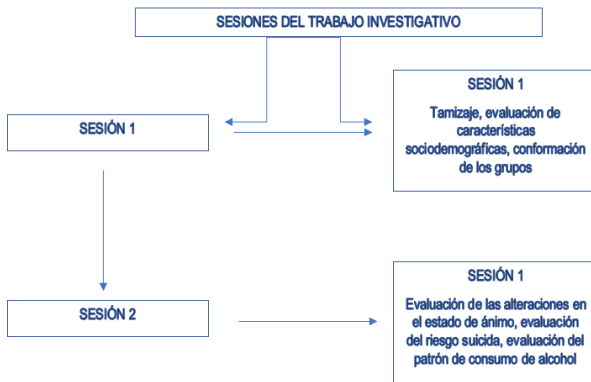


Figura:2 Sesiones realizadas y sus objetivos

- En la primera sesión se ofreció información a los participantes, así como la solicitud de su consentimiento informado. Los sujetos que accedieron a ser parte de la investigación se les procedió a aplicar la entrevista inicial para la recolección de información, con la finalidad de

- caracterizar socio demográficamente a la muestra y clasificarlos en su correspondiente grupo (estudio/control).
- En la segunda sesión de evaluación se procedió con la aplicación de las secciones 6 y 11 del SCAN 2.1, así como la Escala de Columbia para evaluar la Severidad del Riesgo Suicida (C-SRRS), con el propósito de identificar los aspectos relacionados con el estado de ánimo, el consumo de alcohol y el comportamiento suicida.

Etapa de análisis, interpretación e integración de los resultados

Para la caracterización de los sujetos desde la perspectiva sociodemográfica, las variaciones en el estado de ánimo, el consumo de alcohol y su patrón clínico, así como el comportamiento suicida (Objetivos 1, 2,3) se calcularon medidas de resumen para variables cualitativas (frecuencias absolutas y relativas). Además, con la finalidad de identificar asociación entre los antecedentes de COVID-19 y variables sociodemográficas clínicas se realizó un primer análisis univariado, a través de las pruebas de comparación de medias, ANOVA o el Análisis de Tablas de Contingencia –desde el tradicional hasta pruebas de mayor sensibilidad y especificidad como Bartholomew y la X^2 para la Regresión, según el tipo de variable estudiada.

A continuación, las variables que resultaron significativas ($p < 0,05$) fueron incluidas en un análisis multivariado, a través del empleo de la Regresión Logística Múltiple con respuesta dicotómica (RLM), con la finalidad de identificar asociaciones de una variable independiente con la variable APP de COVID-19, controlando otras variables explicativas.

El modelo de RLM establece que si se tiene una variable dicotómica “Y” (que en este caso los APP de COVID-19 o no), la probabilidad de que un sujeto estudiado con la condición (o sea, que $Y = \text{APP COVID-19}$) puede expresarse en función de varias variables o factores X_1, X_2, \dots, X_n de la siguiente manera:

$$\text{Prob} (Y = \text{diagn. dual}) = \frac{1}{1 + \exp(-b_0 - b_1 X_1 - \dots - b_n X_n)}$$

donde:

b^0 es el término independiente y b^1, \dots, b^n son los coeficientes respectivos de las variables independientes. Los modelos

permitieron determinar la probabilidad de patología dual en función de los factores incluidos y, paralelamente, estimar la influencia absoluta o pura de cada factor sobre el desarrollo de la enfermedad dual en mujeres adictas al alcohol, al controlar las restantes.

Se utilizó el método "Enter" y luego se identificaron aquellas variables cuyos coeficientes resultaron significativamente diferentes de 0 ($p < 0.05$), para ello se utilizó el test de Wald en cada caso, además, se estimaron los odds ratio (OR) puntuales y por intervalos para cada variable ($\exp(b_i)$) seleccionada, los que fueron interpretados.

Se comprobó la bondad del ajuste de los modelos a los datos a través del estadígrafo Ji Cuadrado de Hosmer y Lemeshow. Si la probabilidad asociada al estadígrafo de prueba era mayor de 0.05, se consideró que los modelos ajustan a los datos.

Previo a la aplicación de la RLM, se tomaron las precauciones siguientes: análisis de monotonía para las variables continuas, creación de variables "dummy" para las politómicas y análisis de colinealidad o información redundante entre variables explicativas. Para esto último se calcularon coeficientes de correlación y si éste fue superior a 0,8, se eliminó la variable menos importante del análisis. La figura 3 muestra la estrategia de análisis de los datos descrita previamente.

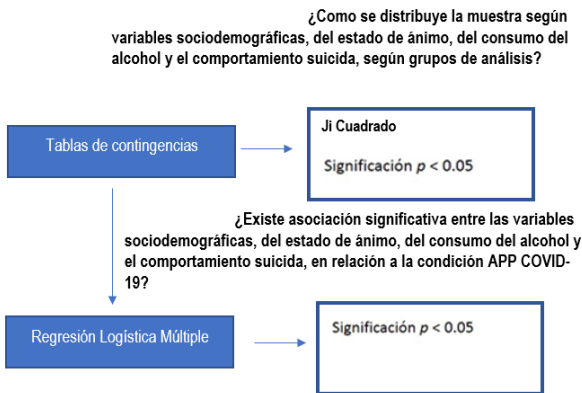


Figura:3 Lógica del procesamiento estadístico para dar salida a los objetivos 1,2,3

Para la comprobación de la existencia de interrelaciones entre las variables sociodemográficas, del estado de ánimo, del consumo de alcohol y el comportamiento suicida, en relación a la condición APP de COVID-19, se realizó un análisis de correlaciones, para ello

se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson (r) que establece la medida de la asociación lineal entre dos variables, los valores del coeficiente de correlación van de -1.00 a 1.00 , el signo del coeficiente indica la dirección de la relación y su valor absoluto indica la fuerza. Cuando resultó necesario comprobar la existencia de diferencias significativas entre coeficientes de correlación, se realizaron las conversiones a valores z . Considerando que el SPSS no permite realizar este cálculo, el autor utilizó una calculadora en línea disponible en la dirección web <http://vassarstats.net/rdiff.html> (VassarStats website). En un tercer momento, las variables que resultaron significativas se incluyeron en un árbol de decisión, este análisis ofrece un elevado nivel de predicción de utilidad diagnóstica en la práctica clínica-asistencial pues detecta las interacciones entre las variables predictoras facilitando el proceso de clasificación de los sujetos. Para alcanzar el objetivo propuesto se ejecutó un Árbol de Decisión CHAID (Chi-suaré Automatic Interacción Detector), se asumió como criterio para establecer diferencias significativas, valores de $p < .05$

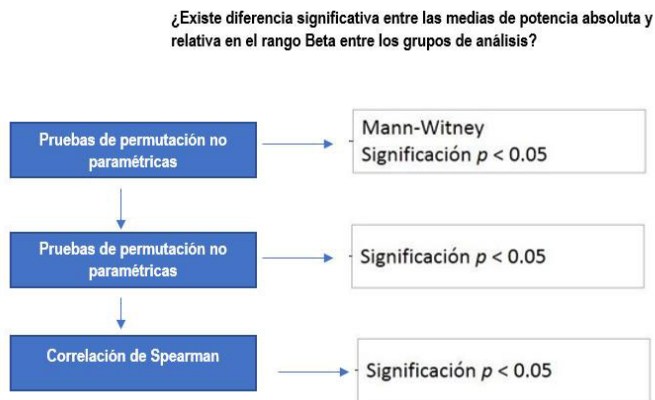


Figura: 4 Lógica del procesamiento estadístico para el análisis de las correlaciones con la condición APP COVID-19.

2.4 Consideraciones éticas

Durante el proceso investigativo, se prestó especial atención al cumplimiento de las exigencias éticas de la investigación científica en sujetos humanos. Desde esta perspectiva, la investigación incluyó los principios éticos que aparecen en la Declaración de Helsinki (2015).

Operacionalización de las variables

Variables sociodemográficas:

Categorías	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Escalas	Definición operacional	Instrumento
Condiciones sociodemográficas	Características generales de un grupo tanto en persona, tiempo y lugar.	Persona	Edad	<ul style="list-style-type: none"> - ≤ 18, - 19 – 21, - 22 -24, - 25+ 	Se designará, de acuerdo con los años cumplidos hasta el momento del estudio, referido por el paciente en la entrevista inicial. Se designaron los rangos de análisis participantes en grupos de escala de intervalos, construido para clasificar la variable edad.	Ficha técnica (Entrevista Inicial)
			Sexo	<ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer 	Se estima de acuerdo con la especie reproductiva o sexo biológico de pertinencia, referida por el paciente en la entrevista inicial.	
			Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> - Soltero - Casado - Viudo - Divorciado - Unión libre 	Se considerará <i>soltero</i> al participante que en la actualidad no tenga un cónyuge con reconocimiento legal; <i>casado</i> , caso contrario. Mientras que <i>viudo</i> se estimará si la persona a pedido a su cónyuge a casusa de su fallecimiento; divorciado si tiene una separación legal con su pareja. Y unión libre, si tiene una relación libre de vínculo matrimonial con convivencia.	
						Ficha técnica

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

		Lugar	Zona de residencia	- Rural - Urbana	Se estimará zona <i>rural</i> si el participante reside en un campo lejos de la ciudad, y zona <i>urbana</i> caso contrario.	
Comportamiento suicida	Proceso de suicidalidad que se presenta de forma gradual, en el que interactúan variables cognitivas, emocionales y de personalidad, antecedentes familiares, factores socioculturales, ambientales y biológicos.	Ideación suicida	- Deseos de morir - Pensamientos suicidas activos - Ideación suicida activa (no un plan) sin intención de actuar - Ideación suicida activa con cierta intención de actuar, - Ideación suicida activa con plan específico e intención	- Presente o ausente	Se considerará presente si el participante reconoce la existencia de características relacionadas a la ideación suicida, ausente en caso contrario.	Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, «Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio»)
		Intento suicida	- Intención real - Intento interrumpido - Intento abortado - Actos o comportamientos preparatorios - Suicidio	- Presente o ausente - Número total de intentos	Se considerará presente si el participante reconoce la existencia de características relacionadas al intento suicida, sin necesidad de existir alguna herida o daño, sólo el potencial de realizarlo; y ausente si no manifiesta lo anterior expuesto. En tal caso de estar presente las condiciones, se describirá el número total de intentos realizados.	Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio
		Severidad de la ideación suicida	- Idea suicida	- Descripción de la ideación.	Se describirá la idea presente a evaluar en el estudio.	

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

			- Frecuencia	<p>1) Menos de una vez por semana</p> <p>2) Una vez por semana</p> <p>3) De 2 a 5 veces por semana</p> <p>4) A diario o casi diariamente</p> <p>5) Muchas veces al día</p>	<p>Se considerará <i>menos de una vez semana</i> si el paciente refiere presentar la idea suicida al menos una vez al mes. Por otro lado, se designará <i>una vez por semana</i> si el paciente refiere presentar la idea suicida durante la semana.</p> <p>Mientras que la escala de <i>dos a cinco veces</i> por semana se considerará si el participante asume presentar la idea suicida en ese lapso. Asimismo, la escala a <i>diario o casi diariamente</i> si el participante manifiesta tener la idea suicida más de cinco veces a la semana. Por último, se considerará la opción <i>muchas veces al día</i> si el paciente refiere presentar la idea suicida más de una vez al día durante la semana.</p>	«Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio»
			- Duración	<p>1) Fugaces</p> <p>2) Algo de tiempo</p> <p>3) Mucho tiempo</p> <p>4) La mayor parte del día.</p> <p>5) Persistentes o continuos</p>	<p>Se designará la escala <i>fugaces</i> si el tiempo que el paciente refiere presentar la idea suicida es solo de segundos o minutos inferiores a media hora. Mientras tanto se considerará la escala de <i>algo de tiempo</i> si el pensamiento suicida se presenta menos de una hora. Por otro lado, se designará <i>mucho tiempo</i> si la idea</p>	Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, «Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio»)

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

					<p>suicida persiste de una a 4 horas. Asimismo, la opción <i>la mayor parte del día</i> se presenta la idea suicida de cuatro a 8 horas en el día. Por último, se considerará la escala <i>persistentes o continuos</i> si la idea suicida se manifiesta más de ocho horas en el día.</p>	
			- Control	<p>1) Fácilmente 2) Muy poca dificultad 3) Alguna dificultad 4) Mucha dificultad 5) No puede controlar los pensamientos 0) No intenta controlar los pensamientos</p>	<p>Se estimará la escala <i>fácilmente</i> cuando el participante manifiesta tener un completo control de los pensamientos. De igual manera, se considerará la opción <i>muy poca dificultad</i> si se establece que el sujeto empieza a tener cierta dificultad para controlar sus ideas. Mientras que la escala <i>alguna dificultad</i>, valorará la dificultad que presenta el sujeto en mayor medida al controlar sus pensamientos. Asimismo, se estimará <i>mucha dificultad</i>, cuando el sujeto considera tener mayor conflicto en el dominio de sus pensamientos. Del mismo modo, se designará <i>no puede controlar los pensamientos</i>, cuando el sujeto no posee control alguno sobre sus ideas suicidas. Por último, se</p>	<p>«Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio»</p>

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

					estimaré la escala <i>no intenta controlar los pensamientos</i> cuando el sujeto no manifiesta tener la intención sobre el control sobre sus pensamientos.	
			- Impedimentos	<p>1) Definitivamente detuvieron</p> <p>2) Probablemente lo/la detuvieron</p> <p>3) No está seguro/a</p> <p>4) Probablemente no lo/la detuvieron</p> <p>5) No lo/la detuvieron</p> <p>0) No corresponde</p>	<p>Se considerará la escala <i>definitivamente detuvieron sus intentos</i>, cuando el participante considere que las condiciones protectoras o impedimentos lograron detener el intento suicida completamente. Mientras, que se <i>estimaré probablemente lo/la detuvieron</i>, si los impedimentos que manifiesta el participante lograron en alguna medida detener la realización del acto suicida. De igual manera, se considerará la escala <i>no está seguro/a</i>, cuando el sujeto no se encuentra consciente de que existió algún impedimento durante la realización del intento suicida. Por otra parte, se <i>estimaré la opción probablemente no lo/la detuvieron</i>, cuando las condiciones/factores protectores del participante, no logran en alguna medida detener la realización del intento. Así mismo, la escala <i>definitivamente</i></p>	«Escala Colombia para Evaluar el Riesgo de Suicidio»

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

					<p>e <i>no lo/la detuvieron</i>, estimará que la influencia de los impedimentos no logra detener completamente el acto suicida. Y, por último, se considerará la opción <i>no corresponde</i>, cuando la situación del participante no se relaciona con alguna de las escalas propuestas.</p>	
			- Razones para la ideación	<p>1) Absolutamente para llamar la atención</p> <p>2) Mayormente para llamar la atención,</p> <p>3) Igualmente para llamar la atención,</p> <p>4) Mayormente para terminar con el dolor.</p> <p>5) Absolutamente para terminar con el dolor</p> <p>0) No corresponde</p>	<p>Se estimará la escala <i>absolutamente para llamar la atención</i>, cuando las razones totales que llevaron al participante a la creación y formulación de la idea suicida eran con fines de vengarse u obtener la reacción de los demás. Por otra parte, se considerará la opción <i>mayormente para llamar la atención</i>, si los motivos del sujeto eran en su gran medida para vengarse u obtener algo por parte de los demás, sin embargo, no eran las razones totales de la ideación suicida. Mientras que la escala <i>igualmente para llamar la atención</i> estimará que los motivos del sujeto en la creación de la idea suicida eran de vengarse, tener una reacción de los demás con el objetivo de terminar con su propio dolor</p>	«Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio»

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

					<p>que pueda presentar. Así mismo, se estimará la escala <i>mayormente para terminar el dolor</i>, cuando el sujeto refiere que gran parte de las razones de sus pensamientos suicidas surgen con la finalidad de curar cualquier sufrimiento que tenga. Mientras que la opción <i>absolutamente para terminar con el dolor</i> indicará que los motivos que llevaron al participante a tener estos pensamientos solamente tienen el propósito de aliviar el dolor tanto emocional como físico que presente. Por último, se considerará la escala <i>no corresponde</i>, cuando la situación del participante no se relaciona con alguna de las escalas propuestas.</p>	
		Severidad del intento suicida	<p>- Grado de letalidad y lesiones</p>	<p>0. No hay daño físico o muy poco daño físico</p> <p>1. Daño físico menor.</p> <p>2. Daño físico moderado.</p> <p>3. Daño físico moderadamente grave.</p> <p>4. Daño físico grave.</p> <p>5. Muerte.</p>	<p>Se considerará la escala <i>no hay daño físico o muy poco daño físico</i>, si el participante refiere presentar una mínima lesión (p. ej., rasguños superficiales) o ninguna autolesión suicida. Asimismo, se designará <i>daño físico menor</i> cuando el participante describa alguna lesión donde hay daño físico, pero es controlado (p.</p>	<p>Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, «Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio»)</p>

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

					<p>ej., quemaduras de primer grado, sangrado ligero, esguinces). Por otro lado, se estimará la opción <i>daño físico moderado</i>, al presentar el sujeto una lesión que, debido al daño, ha requerido atención médica (p. ej., está consciente pero somnoliento/a, responde un poco, quemaduras de segundo grado, sangrado de conducto sanguíneo principal). De igual manera, la escala <i>daño físico moderadamente grave</i>, valorará que en la presencia de una autolesión suicida, por la magnitud del daño, necesita hospitalización y probable cuidado intensivo (p. ej., está en coma con reflejos intactos, quemaduras de tercer grado en menos del 20% del cuerpo, pérdida de sangre considerable pero puede recuperarse, fracturas graves). Mientras que en la escala <i>daño físico grave</i>, se estimará cuando dada la severidad del intento suicida requiere hospitalización con cuidado intensivo (p. ej., está en coma sin reflejos, quemaduras de tercer grado en más del 20%</p>	
--	--	--	--	--	---	--

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

					del cuerpo, pérdida de sangre considerable con signos vitales inestables). Finalmente se considerará la opción <i>muerte</i> cuando en el intento suicida ha tenido un resultado mortal.
			- Letalidad potencial	<p>0 = Comportamiento con poca probabilidad de lesiones</p> <p>1 = Comportamiento con probabilidad de lesiones, pero no de muerte</p> <p>2 = Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</p>	<p>Se designará la escala <i>comportamiento o con poca probabilidad de lesiones</i>, cuando el intento suicida descrito por el participante presenta letalidad mínima ya que no provoca lesiones. Mientras que la opción <i>comportamiento o con probabilidad de lesiones, pero no de muerte</i>, se considerará cuando se ha descrito un intento de suicidio con ciertas probabilidades de hacerse daño, pero sin evidenciar riesgo real de muerte. Por último, se estimará, la escala <i>comportamiento o con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible</i>, en la que hubo un intento de suicidio real con gran letalidad y potencial de muerte, aunque haya acceso a la atención médica.</p>

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

Consumo de alcohol	<p>Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca</p> <p>malestar y cambios clínicamente significativos en distintas áreas de desenvolvimiento en el sujeto.</p>	Patrón de consumo	Consumo de alcohol	<p>1. Presente</p> <p>2. Ausente</p>	Se considerará <i>presente</i> , si el participante ha tenido o tiene un consumo de alcohol (independientemente de la gravedad de este), <i>ausente</i> en caso contrario.	SCAN, versión 2.1
			Edad de inicio de consumo	<p>1. ≤15 años</p> <p>2. 16-18 años</p> <p>3. 19-21</p> <p>4. 22+</p>	Se establecerá el rango de edad de inicio de consumo, según lo refiera el participante en relación con la primera ingesta de alcohol que tuvo en su vida.	(SCAN, versión 2.1)
			Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas	<p>0. Ninguna vez</p> <p>1. Menos de una vez al mes</p> <p>2. 1 vez al mes</p> <p>3. 2-3 días al mes</p> <p>4. 1-2 días a la semana</p> <p>5. Hubo algún periodo de ingesta diaria a lo largo de un año</p> <p>6. Hubo periodos repetidos de ingesta aproximadamente diaria a lo largo de un año</p> <p>7. Aproximadamente a diario por lo menos durante un mes</p> <p>8. No sabe</p> <p>9. No aplicable</p>	Se estimará <i>ninguna</i> vez cuando el participante no ha presentado un consumo recurrente de alcohol durante el periodo de un año; <i>menos de una vez</i> si el patrón de consumo se ha evidenciado menos de doce veces al año; <i>1 vez al mes</i> si ha presentado la ingesta de alcohol doce veces al año; <i>2-3 días al mes</i> cuando el participante manifiesta un consumo de la sustancia dos a tres veces durante el mes; <i>1-2 días a la semana</i> si la ingesta se da cada semana al menos dos días; <i>hubo algún periodo de ingesta diaria a lo largo de un año</i> si por ciertos tiempos tuvo periodos de consumo diariamente, no mayores a doce veces al año; <i>hubo periodos repetidos de ingesta aproximadame</i>	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN, versión 2.1)

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

					<p><i>nte diaria a lo largo de un año cuando se sospecha un patrón repetido de ingesta de alcohol diariamente varias veces al año; aproximadamente a diario por lo menos durante un mes si se identifica la presencia de consumo de alcohol diariamente de manera consecutiva durante un mes o más en el año; no sabe cuándo el sujeto no tiene consciencia real del patrón de consumo que ha tenido en el año; no aplicable si las demás opciones no se ajustan a la realidad del participante.</i></p>	
		Patrón de consumo	Indicador de mayor cantidad ingerida	<ol style="list-style-type: none"> 0. No consume. 1. 1-2 copas 2. 3-4 copas 3. 5-9 copas 4. 10-14 copas 5. 15-19 copas 6. 20-25 copas estándar 7. Más de 25 copas estándar 8. No sabe 9. No aplicable 	<p>Se considerará la escala <i>no consume</i>, si se evidencia que el participante en la actualidad no presenta una ingesta de alcohol, <i>1 a 2 copas</i> si el sujeto ingiere 2-24 grs de bebidas alcohólicas; <i>3 a 4 copas</i> cuando ingiere 36-48 grs de la bebida establecida; <i>5 a 9 copas si la ingesta de 60-108 grs de alcohol; 10 a 14 copas</i> cuando son 120-168 grs; 15 a 19 con 180-228 grs; <i>20 a 25 copas</i> si se ingiere 240-300 gr de alcohol; <i>más de 25 copas</i> cuando la cantidad ingerida supera los 300 grs.; <i>no sabe</i> cuándo el sujeto no tiene consciencia</p>	<p>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN, versión 2.1)</p>

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

					real del patrón de consumo que ha tenido en el año; <i>no aplicable</i> si las demás opciones no se ajustan a la realidad del participante.	
			Frecuencia de la ingesta máxima diaria de alcohol	<ol style="list-style-type: none"> 0. No hubo episodio de mayor consumo 1. Ocasionalmente 2. Alrededor de una vez al mes 3. Más de una vez al mes, pero no 4 4. Una vez a la semana o más 	Se estimará la es escala <i>no hubo episodio de mayor</i> si el participante estima que no ha presentado una ingesta excesiva diaria de alcohol; <i>ocasionalmente</i> si se considera que al menos ha tenido once veces al año de ingesta mayor de alcohol; <i>alrededor de una vez al mes</i> si ha tenido al menos doce episodios de mayor consumo al año; <i>más de una vez al mes</i> si al menos ha presentado durante el año varios episodios de ingesta excesiva de alcohol, pero no supera las cuatro veces al año; <i>una vez a la semana o más</i> si el participante considera que ha tenido episodios de mayor consumo al menos una o dos veces a la semana de manera consecutiva.	<p>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</p> <p>(SCAN, versión 2.1)</p>
			Consumo más reciente	<ol style="list-style-type: none"> 1. En las últimas 24 horas 2. Hace 1-3 días 3. Hace 4-7 días 4. Entre 1 semana y 1 mes 5. Entre 1 mes y 6 meses 	Se estimará la escala <i>en las últimas 24 horas</i> , si el consumo más reciente que tuvo el participante fue hace menos de un día; por otra parte, se evaluará la opción <i>hace 1-</i>	<p>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</p> <p>(SCAN, versión 2.1)</p>

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

				<p>6. Entre 6 meses y 1 año</p> <p>7. Hace más de 1 año</p> <p>8. Incierto</p> <p>9. No sabe</p>	<p>3 días, si su último consumo de alcohol fue dentro del lapso de tiempo de máximo tres días; <i>hace 4-7 días</i> si el último consumo que tuvo no supera los 8 días; mientras que <i>entre 1 semana y 1 mes</i> se estimará si la última ingesta de bebidas alcohólicas fue en el lapso de una semana o máximo un mes; <i>entre 1 mes y 6 meses</i>, cuando el consumo más reciente fue hace menos de seis meses; <i>entre 6 meses y 1 año</i> cuando el participante considera haber tenido la última ingesta de alcohol hace menos de un año pero no inferior a seis meses; <i>hace más de un año</i> si el consumo más reciente supera los doce meses; <i>incierto</i> si el sujeto no recuerda exactamente el tiempo de su último consumo; y <i>no sabe</i> si el sujeto no tiene consciencia real del patrón de consumo que ha tenido en el año.</p>	
		Dependencia	Alteración de la capacidad para abstenerse	<p>0. No tiene dificultad</p> <p>1. Ha utilizado diversos métodos con éxito durante un mes o más.</p> <p>2. Incapaz de controlar el consumo durante un mes</p>	<p>Se estimará la escala <i>no tiene dificultad</i>, si el participante no presenta una pérdida de la capacidad del control para abstenerse; <i>ha utilizado diversos métodos con éxito durante un mes o más</i> estimará si el sujeto se ha abstenido voluntariamente</p>	<p>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</p> <p>(SCAN, versión 2.1)</p>

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

					e o ha controlado efectivamente su nivel de bebida durante un mes o más.; y la <i>escala incapaz de controlar el consumo durante un mes</i> , considerará el fracaso al intentar abstenerse durante un mes o más, o sólo por medio de un tratamiento clínico.	
			Alteración de la capacidad de controlar el consumo	<ol style="list-style-type: none"> 0. Sin dificultad 1. Leve 2. Moderado 3. Severo 	Se considerará la opción <i>sin dificultad</i> , si no se presenta ninguna complicación en la capacidad de control del consumo de alcohol; mientras que <i>leve</i> indicará que el sujeto puede controlarse en unas ocasiones, pero no en otras; <i>moderado</i> se estimará si el participante habitualmente bebe más de lo que pretendía tras comiensa; y <i>severo</i> se estimará cuando exista una alteración seria de la capacidad de control, bebe a "panzadas o atracones	(SCAN, versión 2.1)
			Priorización del consumo de alcohol	<ol style="list-style-type: none"> 0. No se dio prioridad 1. Descuidó algunas obligaciones 2. Se dio casi siempre prioridad a las actividades relacionadas con la bebida 	Se estimará la escala <i>no se dio prioridad</i> , si el sujeto no presenta una prioridad indebida a las actividades relacionadas con la bebida; mientras que la opción <i>descuidó algunas obligaciones</i> ,	SCAN, versión 2.1

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

					considerará cuando exista una despreocupación de las actividades del sujeto, pero no siempre; y se dio casi siempre prioridad a las actividades relacionadas con la bebida si el participante en múltiples ocasiones prioriza el consumo de alcohol frente a actividades laborales o sociales.	
		Dependencia	Tolerancia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Siente los mismos efectos 2. Siente que tarda un poco más en sentir los efectos 3. Siente que puede tolerar significativamente más que antes 4. Siente que los efectos del alcohol de manera muy rápida en un tiempo efímero 	<p>Se considerará la escala <i>siente los mismos efectos</i>, cuando el participante presenta los mismos efectos del alcohol al consumir la misma cantidad al inicio de su consumo; la opción <i>siente que tarda un poco más en sentir los efectos</i> cuando el sujeto al consumir alcohol le toma un tiempo adicional para sentir los efectos que le generaba al inicio del consumo; mientras que <i>Siente que puede tolerar significativamente más que antes</i> cuando incluso altas concentraciones de alcohol en la sangre no provocan daño aparente; y por último la opción <i>Siente que los efectos del alcohol de manera muy rápida en un tiempo efímero</i> cuando el participante presenta los efectos del alcohol en poco tiempo o rápido después de</p>	SCAN, versión 2.1

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

					haber consumido.	
		Afectaciones por consumo de alcohol	Problemas legales debido a la bebida	<ol style="list-style-type: none"> 0. Nunca 1. Leve 2. Moderado 3. Grave 	<p>Los problemas legales deben puntuarse exclusivamente cuando son resultado de un trastorno del juicio o de una conducta inapropiada que aparecen como consecuencia directa del consumo de alcohol, por lo que se estimará la escala <i>nunca</i>, si el sujeto no ha presentado problemas legales; <i>leve</i> si ha tenido inconvenientes con la ley sin alguna severidad de la misma, <i>moderado</i>, si los problemas legales le han llevado a estar sin libertad social; y <i>grave</i> cuando los problemas legales son superiores al anterior.</p>	SCAN, versión 2.1
			Asumir conductas de riesgo	<ol style="list-style-type: none"> 0. No ha asumido conductas de riesgo 1. Asume repetidamente conductas de riesgo, pero no provocó daños. 2. Ha provocado daños a otros o así mismo 	<p>Se considerará <i>no ha asumido conductas de riesgo</i>, si el participante a lo largo de su historia personal y del consumo de alcohol no ha asumido que ha realizado conductas de riesgo debido a la ingesta de alcohol; <i>asume repetidamente conductas de riesgo</i> si se establece que el sujeto asume y tiene consciencia en muchas ocasiones que presenta conductas de riesgo, pero no ha provocado algún daño a</p>	<p>Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry</p> <p>(SCAN, versión 2.1)</p>

					<p>externos; y se estimaré la escala <i>ha</i> <i>provocado</i> <i>daños</i>, si como parte de las conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol el participante ha provocado daños a otros o a sí mismo.</p>	
--	--	--	--	--	---	--

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los principales resultados de los análisis realizados. El análisis y la discusión de estos, se han desarrollado en función de los objetivos planteados en la investigación. En un primero momento se presentan los resultados del análisis desde la perspectiva univariada, del comportamiento de las variables sociodemográficas, del consumo de alcohol, del estado de ánimo y del comportamiento suicida. En un segundo momento se realiza un análisis multivariado en el que a partir de las variables resultantes significativas. En este análisis se realiza una valoración del mayor riesgo en términos de problemas de salud mental (según variables estudiadas) en el grupo de estudio, ósea en los sujetos que antecedentes personales de COVID-19.

Caracterización de la muestra según variables sociodemográficas seleccionadas para el estudio.

La caracterización sociodemográfica de la muestra se efectuó a partir del estudio de variables de persona y lugar; analizadas desde una perspectiva univariada, mostrada en la tabla 1. El análisis del comportamiento de la muestra, en relación a la edad, evidencia que la edad se refleja una prevalencia en los rangos etarios de 19 a 31 años en el grupo de riesgo lo que corresponde a 65,60% (174), mientras que en el grupo control es de 22 a 24 años con un 50,00% (141), tal resultado es consonante con lo planteado por la (OMS, 2019), considerando la edad como un factor importante.

En relación con el sexo se refleja un porcentaje significativo de participantes mujeres tanto en el grupo de riesgo como de control, con un 81,30% (160) y 62,50% (125) respectivamente, versus el 18,80% (40) y 37,50% (75) de participación de hombres. En la variable etnia existe una prevalencia notable de participantes que

se identifican como mestizos, con un 100,00% (200) en el grupo de estudio y un 97,50% (195) en el grupo control.

En cuanto a la variable estado civil se refleja predominancia de la condición soltero con un 90,60% (159) en el grupo de estudio y un 85,00% en el grupo de control. En lo que respecta a la práctica de alguna religión en ambos grupos prevalece los no practicantes con un 78,10% (145) en el grupo de riesgo y con un 62,50% (125) en el grupo de control.

En lo referente a la zona geográfica de residencia, en ambos grupos prevalece la zona rural con un 62,50% (124) en el grupo estudio y un 77,50% (175) en el grupo control. La provincia con mayor cantidad de participantes en ambos grupos es Manabí con un 78,10% (132) en el grupo de estudio y un 92,50% (185) en el grupo de control. El resto de las provincias en las cuales se estudiaron casos están representadas, según el número de casos: Santo Domingo (26 casos), seguido de Guayas, esmeralda, Santa Elena y Cotopaxi, con un comportamiento similar en casos.

Se aprecia un predominio del aislamiento social en el grupo de estudio con un 65,60% (130), mostrando una diferencia significativa, en relación a los controles representado en el 52,50% (95 casos). Este elemento resulta ser significativo cuando se compara por grupos y evidencia estar asociado a la condición típica del grupo de estudio.

Tabla 1 Distribución de los participantes según los grupos (estudio/control) y variables sociodemográficas de persona y lugar.

Variables	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
Edad						
≤ 18	31	6,30	0	0,00	31	7.5
19 – 21	114	65,60	60	30,00	174	43.5
22 -24	41	25,00	100	50,00	141	35.2
25+	14	3,10	40	20,00	54	13.5
Sexo						
Hombre	40	18,80	75	37,50	115	28.5
Mujer	160	81,30	125	62,50	285	71.25
Etnia						

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

Variables	GE		GC		Total	
	(n=200)		(n=200)			
Mestiza	200	100,00	195	97,50	395	98.7
Afroamericana	0	0,00	5	2,50	5	1.25
Estado Civil						
Soltero	159	90,60	170	85,00	329	82.2
Casado	0	0,00	20	10,00	20	5.0
Viudo	0	0,00	0	0,00	0	0.0
Divorciado	18	3,10	0	0,00	18	4.5
Unión libre	23	6,30	10	5,00	33	8.2
Religión						
Sí	55	21,90	75	37,50	130	32.5
No	145	78,10	125	62,50	270	67.5
Zona						
Urbana	76	37,50	45	22,50	121	30.2
Rural	124	62,50	155	77,50	279	69.7
Provincia						
Esmeraldas	16	6,30	0	0,00	16	4.0
Manabí	132	78,10	185	92,50	317	79.2
Guayas	12	3,10	5	2,50	17	4.25
Santa Elena	12	3,10	0	0,00	12	3.0
Santo domingo	16	6,30	10	5,00	26	6.5
Cotopaxi	12	3,10	0	0,00	12	3.0
Aislamiento social						
Si	130	65,60	95	47,50	225	56.2
No	70	34,40	105	52,50	175	43.7

Nota. el porcentaje se calculó sobre el total por columnas dentro de cada variable.

Análisis del patrón de consumo del alcohol en la muestra estudiada.

En la tabla 2, se realiza análisis de indicadores relacionados al consumo de alcohol, como puede evidenciarse la distribución de los participantes según los grupos (estudio/ control). En esta también se analizan las variables clínicas asociadas al patrón de dependencia de alcohol, en el caso de los sujetos que refirieron consumir alcohol (capacidad de abstinencia, capacidad de detener el consumo, tolerancia).

Según se evidencia del total de participantes, 329 (82,2%) refiere consumo regular de alcohol durante el aislamiento de la pandemia, de ellos el 82,4% (160) pertenecen al grupo de estudio y el resto 79 (39,3%) pertenecen al grupo de control, encontrando un mayor predominio de consumo en los sujetos pertenecientes al grupo de estudio.

En relación a la edad de inicio del consumo, en ambos grupos predomina el rango de edad entre 16-18 años, con un 56,06% (134) del total de consumidores, lo hicieron a esta edad. La mayor cantidad de consumo de alcohol, muestra un comportamiento similar en ambos grupos y en todas las categorías e indicadores analizados, por lo que no se considera un elemento de valor. En relación al el 100% de la muestra tanto del grupo de riesgo como del grupo sin riesgo manifiesta que no tienen dificultad en su capacidad de abstinencia, en relación al indicador de la capacidad de control un bajo porcentaje del 11,8% del grupo de riesgo manifestó que puede hacerlo en algunas ocasiones pero no en otras, mientras que en el grupo sin riesgo solo el 7,1% manifestó que habitualmente bebe más de lo que pretendía tras comenzar, sin embargo estos parámetros son bastante bajos lo que demuestra que una alta mayoría tiene el control al momento de decidir el consumo de alcohol.

Con respecto al indicador relacionado a la tolerancia un 82,4% del grupo en riesgo manifiesta sentir los mismos efectos mientras que un 11,8% siente que puede tolerar significativamente más que antes, en comparación al grupo sin riesgo un 89,3% de la muestra siente los mismos efectos con el consumo de alcohol mientras que el 7,1% manifiesta que tarda un poco más en sentir los efectos.

Tabla 2. Distribución de los participantes según los grupos (estudio /control) y variables clínicas asociadas al patrón de consumo (presencia de consumo de alcohol, mayor cantidad, frecuencia de consumo, ingesta máxima, consumo reciente).

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

Variables/Escalas	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
	No	%	No	%	No	%
Consumo de alcohol						
Presente	160	82,4%	79	39,3%	239	59.75%
Ausente	40	17,6%	121	60,7%	161	40.25%
Edad de inicio de consumo						
≤15 años	57	35,3%	14	14,3%	71	29.7%
16-18 años	90	52,9%	44	60,7%	134	56.06%
19-21	13	11,8%	20	21,4%	33	13.8%
22+	0	0%	1	3,6%	1	0.44%
Mayor cantidad de consumo						
1-2 copas (12 -24 gr.)	32	23,5%	27	25,0%	59	24.68%
3-4 copas (36 – 48 gr.)	26	17,6%	3	7,1%	29	12.13%
5-9 copas (60 – 108 gr.)	20	11,8%	22	17,9%	42	17.57%
10-14 copas (120 – 168 gr.)	26	17,6%	9	14,3%	35	14.64%
15-19 copas (180 – 228 gr)	12	5,9%	5	10,7%	17	7.11%
20-25 copas (240 – 300gr.)	0	0%	0	0%	0	0%
Más de 25 copas (>300gr.)	20	11,8%	1	3,6%	21	8.78%
No sabe	12	5,9%	3	7,1%	15	6.27%
No aplicable	12	5,9%	9	14,3%	21	8.78%
Frecuencia de consumo						
Ninguna vez durante el período del año	39	23,5%	6	14,3%	45	18.82%
Menos de una vez al mes o una vez al mes	50	29,4%	40	32,1%	90	37.65%
1 vez al mes	7	6%	19	21,4%	26	10.87%
2-3 días al mes	50	29,4%	6	14,3%	56	23.43%
1-2 días a la semana	7	5,9%	2	3,6%	9	3.76%
No aplicable	7	5,9%	6	14,3%	13	5.43%
Frecuencia de ingesta máxima						
No hubo episodios de mayor consumo	82	47,1%	63	71,4%	145	60.66%
Ocasionalmente, menos de una vez al mes	38	23,5%	14	21,4%	52	21.75%
Alrededor de una vez al mes	17	11,8%	1	3,6%	18	7.53%
Más de una vez al mes,	17	11,8%	1	3,6%	18	7.53%

VARIABLES/ESCALAS	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
pero no 4						
Una vez a la semana o más	6	5,9%	0	0%	6	2.51%
Consumo reciente						
En las últimas 24 horas	7	5,9%	2	3,6%	9	3.76%
Hace 1-3 días	0	0%	2	3,6%	2	0.83%
Hace una semana	19	11,8%	2	3,6%	21	8.78%
Entre 1 semana y 1 mes	40	23,5%	12	14,3%	52	21.75%
Entre 1 mes y 6 meses	29	17,6%	18	25,0%	47	19.66%
Entre 6 meses y 1 año	29	17,6%	12	14,3%	41	17.15%
Hace más de 1 año	29	17,6%	25	28,6%	54	22.59%
Incierto	7	5,9%	0	0%	7	2.92%
No sabe	0	0%	6	7,1%	6	2.51%

El análisis se sustenta con los referido por la OPS (2018) donde indica que los jóvenes comienzan a consumir bebidas alcohólicas desde la pre adolescencia y se reafirma en los factores de riesgo relacionados a la familia donde según García Y., (2019) las familias disfuncionales son principalmente el resultado de adultos codependientes a sustancias psicoactivas, e incluso en un estado de abuso, por lo cual es un comportamiento que los jóvenes tienden a copiar como medio de adaptación o escape a la situación, otro factor relevante lo describe Barrera (2020) y hace relación a la normalización del consumo de alcohol en la sociedad, donde un joven adquiere la madurez necesaria siendo inducido al consumo de alcohol desde edades tempranas en fiestas y encuentros familiares.

En conclusión, puede plantearse la existencia de incremento significativo de alcohol en el grupo de estudio, con un patrón caracterizado por un patrón homogéneo de ingestas en cuanto a cantidad, sin diferencias significativas entre categorías y grupos. Por lo que se puede considerar que se presenta un alto consumo esporádico con baja probabilidad de dependencia a bebidas alcohólicas dado que los indicadores de frecuencia y consumo se encuentran en su mayoría, por debajo de los criterios clínicos y estándares establecidos para esta entidad.

El análisis correspondiente a la tabla 4 relacionada a la distribución de los participantes según los grupos (estudio/control) y variables clínicas asociadas al patrón de dependencia de alcohol (capacidad de abstinencia, capacidad de detener el consumo,

tolerancia) se evidencia que el 100% de la muestra en ambos grupos, no presenta dificultad con la capacidad de abstinencia, elemento que habla a favor de la posibilidad de recuperación de los problemas relacionados con el consumo. En tanto la capacidad de control, muestra que el 92% de los consumidores en el grupo control muestra dificultades en este indicador, seguido por los del grupo de estudio con un 82,4%. El análisis de la tolerancia al consumo evidencia que solo el 17% del total de consumidores (17), presentan dificultades. El resto de los sujetos no muestra elementos de valor en este indicador.

Tabla 3 Distribución de los participantes según los grupos (estudio/control) y variables clínicas asociadas al patrón de dependencia de alcohol (capacidad de abstinencia, capacidad de detener el consumo, tolerancia)

Variables/Escalas	Con riesgo (n=160)		Sin riesgo (n=79)		Total	
	No	%	No	%	No	%
Capacidad de abstinencia						
No tiene dificultad	160	100%	79	100%	239	100%
Incapaz de controlar el consumo durante un mes.	0	0%	0	0%	0	0%
Capacidad de control						
No tiene dificultad para controlarse tras empezar a beber	140	82,4%	70	92,9%	210	87.86%
Puede hacerlo en unas ocasiones, pero no en otras	16	11,8%	0	0%	16	6.69%
Habitualmente bebe más de lo que pretendía tras comenzar	4	5,9%	9	7,1%	13	5.43%
Alteración seria de la capacidad de control, bebe a atracones	0	0%	0	0%	0	0%
Tolerancia						
Siente los mismos efectos	140	82,4%	69	89,3%	209	87.44%
Siente que tarda un poco más en sentir los efectos	0	0%	9	7,1%	9	3.76%
Siente que puede tolerar significativamente más que antes	16	11,8%	1	3,6%	17	7.11%
Siente que los efectos del alcohol de manera muy rápida en un tiempo efímero	4	5,9%	0	0%	4	1.69%

En la tabla 4 se analizan las variables clínicas asociadas al consumo de alcohol y sus afectaciones (problemas legales, conductas de riesgo), se demostró que el 100% de la muestra nunca ha estado en problemas legales lo que significa que es una población de bajo riesgo, de igual manera. Sin embargo, el 91.6% de los casos (219) refiere haber asumido conductas de riesgo, como consecuencia del consumo.

Tabla 4 Distribución de los participantes según los grupos (estudio/control) y variables clínicas asociadas al consumo de alcohol y sus afectaciones (problemas legales, conductas de riesgo)

Variables/Escalas	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
Problemas legales						
Nunca	16	100%	79	100%	239	100%
Leve	0	0%	0	0%	0	0%
Grave	0	0%	0	0%	0	0%
Conductas de riesgo						
No ha asumido conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol	15	88,2%	69	89,3%	219	91.63%
Asume repetidamente conductas de riesgo, pero no provocó daños.	10	11,8%	10	10,7%	20	8.37%
Ha provocado daños a otros o a sí mismo	0	0%	0	0%	0	0%

Análisis del comportamiento de las variables asociadas al estado de ánimo en la muestra estudiada.

La caracterización y la posterior descripción de las variables del estado de ánimo se presenta en las siguientes 3 tablas de doble entrada; el primer subconjunto de variables la conforman las variaciones del estado de ánimo disminuido, el segundo las variaciones del estado de ánimo expansivo y el tercer subconjunto las variables relacionadas a niveles de concentración y energía.

Análisis de las variaciones del estado de ánimo disminuido

En la tabla 5 se presenta la distribución de la muestra, según grupos e indicadores relacionados con las variaciones del estado de ánimo disminuido. Como puede apreciarse en el grupo de estudio predomina las características como humor depresivo; “presente” 43,80% (80). Irritabilidad; “ligera irritabilidad” con el 50,00% (98).

Otras variables muestran un comportamiento diferente. La sensación de pérdida de sentimientos; “presente en un grado mínimo” con el 34,40% (68) de los casos. En cuanto a tendencia al llanto; se presenta igualdad de porcentajes en los indicadores “leve” y “moderado” con un 40,60% (80). En anhedonia; “ausente” en 37,50% (69) de los casos. Se evidencia un mayor número de casos en la depresión matutina; “ausente” 65,0% (21). Pesimismo refleja prevalencia en: “presente en un grado mínimo” en el 37,50% (74) de casos. Tedio vital; “presente en un grado mínimo” 34,40% (68). Culpa patológica; “presente en grado mínimo” con el 34,40% (64) de casos. Aislamiento social; “presente, busca compañía” 53,10% (104). Pérdida de autoestima; “presente en grado mínimo” en el 31,30% (61) de los casos pertenecientes a grupo de estudio.

Mientras que en el grupo control destacan los siguientes valores: humor depresivo; “presente en grado mínimo” con el 47,50% (145). Irritabilidad; “ligera irritabilidad” en el 52,50% (105) de los casos. Mientras que tendencia al llanto; refleja “leve” en el 52,50% (105). Las variables sensación de pérdida de sentimientos, anhedonia, depresión matutina, pesimismo, tedio vital, culpa patológica, aislamiento social y pérdida de autoestima prevalecen respuesta que indican ausencia de ellos.

Tabla 5 Distribución de los participantes según grupo de pertenencia y variables del estado de ánimo disminuido o ideaciones depresivas

Variables/Escalas	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
Humor depresivo						
Ausente	30	12,50	70	35,00	100	25.
Presente en un grado mínimo	50	25,00	95	47,50	145	36.2
Presente	80	43,80	30	15,00	110	27.5

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

Variables/Escalas	GE		GC		Total	
	(n=200)		(n=200)			
Presente de forma severa	40	18,80	5	2,5	45	11.5
Irritabilidad						
Ausente	27	15,50	75	37,50	102	25.5
Ligera irritabilidad	98	50,00	105	52,50	203	50.7
Elevar la voz, conductas coléricas, gritos	75	37,50	20	10,00	95	23.7
Sensación de pérdida de sentimientos						
Ausente	56	28,10	130	65,00	186	46.5
Presente en un grado mínimo	68	34,40	55	27,50	123	30.7
Presente	50	25,00	15	7,50	65	16.2
Presente de forma severa	26	12,50	0	0,00	26	6.5
Tendencia al llanto y llanto						
Ausente	32	15,60	65	32,50	97	24.2
Leve	80	40,60	105	52,50	185	46.2
Moderado	80	40,60	30	15,00	110	27.5
Grave	8	3,10	0	0,00	8	2.0
Anhedonia						
Ausente	75	37,50	150	75,00	225	56.2
Presente en un grado mínimo	56	28,10	35	17,50	91	22.7
Presente	69	34,40	15	7,50	84	21.0
Presente de forma severa	0	0,00	0	0,00	0	0.0
Depresión matutina						
Ausente, no es peor por la mañana	130	65,60	155	77,50	285	71.2
Habitualmente se siente peor la mañana	70	34,40	45	22,50	115	28.7
Pesimismo						
Ausente	44	21,90	115	57,50	159	39.7
Presente en un grado mínimo	74	37,50	70	35,00	144	36.0
Presente	68	34,40	15	7,50	83	20.7
Presente de forma severa	14	6,30	0	0,00	14	3.5
Tedio vital						
Ausente	50	25,00	175	87,50	225	56.2
Presente en un grado mínimo	68	34,40	15	7,50	83	20.7
Presente	56	28,10	10	5,00	66	16.5
Presente de forma severa	26	12,50	0	0,00	26	6.5
Culpa Patológica						
Ausente	32	15,60	100	50,00	132	33.0

Variables/Escalas	GE		GC		Total	
	(n=200)		(n=200)			
Presente en un grado mínimo	68	34,40	85	42,50	153	38.2
Presente	44	21,90	15	7,50	59	14.7
Presente de forma severa	56	28,10	0	0,00	56	14.0
Aislamiento social						
Ausente	45	21,90	120	60,00	165	41.2
Presente, busca compañía	104	53,10	70	35,00	174	43.5
Severo, se aísla activamente	51	25,00	10	5,00	61	15.2
Perdida de la autoestima						
Ausente	44	21,90	135	67,50	179	44.7
Presente en un grado mínimo	62	31,30	40	20,00	102	25.5
Presente	56	28,10	25	12,50	81	20.2
Presente de forma severa	38	18,60	0	0,00	38	9.5

Fuente: Cuestionario de Evaluación en Neuropsiquiatría (SCAN). Versión 2000

Nota: el porcentaje se calculó sobre el total por columnas, dentro de cada variable.

Análisis de las variaciones del estado de ánimo expansivo

En la tabla 6 se refleja la distribución de los participantes en ambos grupos, según la presencia de variaciones en el estado de ánimo expansivo. Como puede apreciarse de forma general en el grupo de estudio puede evidenciarse una disminución en todos los indicadores relacionados con el humor expansivo, aspecto que se espera según lo reportado en la literatura, en personas en las que predomina mayormente disminución del estado de ánimo, como consecuencia de las experiencias vividas con el COVID-19.

Como se puede apreciar los indicadores relacionados al estado de ánimo expansivo se comportan de la siguiente forma. En el grupo de estudio: humor expansivo; “leve” en el 40,80% (86) de los casos. Estado de ánimo irritable; predomina “leve” con el 40,60% (80). En el indicador autoestima exagerada destaca; “presente en grado mínimo” con el 46,90% (15). En Optimismo exagerado; “presente en grado mínimo” en el 43,80% (86) de los casos. Mientras que se refleja la predominancia del indicador “ausente” en las variables

Presión y aceleración del pensamiento con el 34,40% (64), Verborrea con el 46,90% (92), comportamiento social embarazoso el 53,10% (104) y aumento de la libido o la actividad sexual en el 56,30% (110) de los casos.

En el grupo control todo este grupo de variables destinadas a la caracterización del estado de ánimo expansivo predominan con respuestas que denotan “ausencia” de los indicadores.

Tabla 6 Distribución de los participantes según grupo de pertenencia (estudio/control) y variables del estado de ánimo expansivo o euforia

Variables/Escalas	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
Humor expansivo						
Ausente	44	21,90	105	52,50	149	100
Leve	86	43,80	75	37,50	161	100
moderado	56	28,10	15	7,50	71	100
Grave	14	6,30	5	2,50	19	100
Estado de ánimo Irritable						
Ausente	38	18,80	95	47,50	133	100
Leve	80	40,60	85	42,50	165	100
moderado	68	34,40	15	7,50	83	100
Grave	14	6,30	5	2,50%	19	100
Presión y aceleración del pensamiento						
Ausente	68	34,40	110	55,00	178	100
Presente en un grado						
mínimo	62	31,30	75	37,50	137	100
Presente	56	28,10	10	5,00	66	100
Presente de forma severa	14	6,30	5	2,50	19	100
Verborrea						
Ausente	92	46,90	155	77,50	247	100
Presente en un grado						
mínimo	62	31,30	35	17,50	97	100

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

Variables/Escalas	GE		GC		Total	
		(n=200)		(n=200)		
Presente	38	18,80	5	2,50	43	100
Presente de forma severa	8	3,10	5	2,50	13	100
Autoestima Exagerada						
Ausente	87	43,80	145	72,50	232	100
Presente en un grado						
mínimo	92	46,90	45	22,50	137	100
Presente	21	9,40	5	2,50	26	100
Presente de forma severa	0	0,00	5	2,50	5	100
Optimismo exagerado						
Ausente	68	34,40	105	52,50	173	100
Presente en un grado						
mínimo	86	43,80	80	40,00	166	100
Presente	32	15,60	10	5,00	42	100
Presente de forma severa	14	6,30	5	2,50	19	100
Comportamiento social embarazoso						
Ausente	104	53,10	105	52,50	209	100
Presente en un grado						
mínimo	56	28,10	55	27,50	111	100
Presente	32	15,60	30	15,00	62	100
Presente de forma severa	8	3,10	10	5,00	18	100
Aumento de la libido o de la actividad sexual						
Ausente	110	56,30	110	55,00	220	100
Presente en un grado						
mínimo	63	31,20	65	32,50	128	100
Presente	27	12,50	20	10,00	47	100
Presente de forma severa	0	0,00	5	2,50	5	100

Fuente: Cuestionario de Evaluación en Neuropsiquiatría (SCAN). Versión 2000

Nota: el porcentaje se calculó sobre el total por columnas, dentro de cada variable.

Análisis de las variables relacionadas a niveles de concentración y energía

En la tabla 7 se analiza la distribución de los participantes según grupo de pertenencia (riesgo - control) y variables en la concentración, energía, intereses. Según se muestra, en el grupo de estudio se evidencia elementos significativos en relación a estas variables, dentro de las que se destacan: la pérdida de intereses predomina; “leve” con el 40,60% (80). En sensación de que las tareas diarias le sobrepasan destaca; “presente en un grado mínimo” con el 46,90% (92). Mientras que en propensión por distraerse tenemos con mayor porcentaje la respuesta; “leve” con un 46,90% (92). En la variable pérdida de energía la respuesta predominante es: “presente” con un 34,40% (68).

Cuando se compara con los controles se encuentra que a excepción de la variable Propensión por distraerse que refleja mayor porcentaje en el indicador “leve” con un 55,00% (110), en el resto de los indicadores predomina la respuesta “ausencia”, aspectos que podría ratificar la presencia de las otras variables típicas del grupo de estudio.

Tabla 7 Distribución de los participantes según grupo de pertenencia (riesgo - control) y variables en la concentración, energía, intereses

Variables/Escalas	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
Pérdida de intereses						
Ausente	74	37,50	140	70,00	214	100
Leve	80	40,60	55	27,50	135	100
moderado	38	18,80	5	2,50	43	100
Grave	8	3,10	0	0,00	8	100
Sensación de que las tareas diarias le sobrepasan						
Ausente	50	25,00	135	67,50	185	100
Presencia en un grado mínimo	92	46,90	50	25,00	142	100
Presente	38	18,80	15	7,50	53	100
Presente de forma severa	20	9,40	0	0,00	20	100
Propensión por distraerse						
Ausente	26	12,50	90	45,00	116	100
Leve	92	46,90	110	55,00	202	100

moderado	44	21,90	0	0,00	44	100
Grave	38	18,80	0	0,00	38	100
Perdida de energía						
Ausente	44	21,90	110	55,00	154	100
Presente en grado mínimo	62	31,30	55	27,50	117	100
Presente	68	34,40	30	15,00	98	100
Presente de forma severa	26	15,50	5	2,50	31	100

Fuente: Cuestionario de Evaluación en Neuropsiquiatría (SCAN). Versión 2000

Nota: el porcentaje se calculó sobre el total por columnas, dentro de cada variable.

Análisis de las principales variables del comportamiento suicida presentes en la muestra estudiada.

La caracterización y la posterior descripción de las variables del comportamiento suicida significativas se realizó a partir de la categorización en manifestaciones cognitivas y conductuales, presentadas según severidad y letalidad. El conjunto de variables del comportamiento suicida se presenta en 4 tablas de doble entrada, de las cuales las 2 primeras aborda las manifestaciones cognitivas y las siguientes 2 los respectivos aspectos conductuales, considerados como parte del comportamiento suicida, para ello se usó de referencia la Escala de Columbia para evaluar la Severidad del Riesgo Suicida (C-SRRS).

Variables cognitivas del comportamiento suicida (Ideación suicida)

En la tabla 8 se muestra la distribución de los participantes, según las variables cognitivas, en relación a estas se encuentran que predominan en relación a la ideación suicida: en el grupo de estudio se destaca; deseo de morir con 90,6% (178), pensamientos activos no específicos 65,6% (130), ideación con método 71,9% (142) e ideación sin intención 62,5% (124). Mientras que en el grupo control estos indicadores están ausentes.

En la tabla 8 se muestra la distribución de los participantes, según las variables cognitivas, en relación a estas se encuentran que predominan en relación a la ideación suicida: en el grupo de estudio se destaca; deseo de morir con 90,6% (178), pensamientos activos no específicos 65,6% (130), ideación con método 71,9% (142) e

ideación sin intención 62,5% (124). Mientras que en el grupo control estos indicadores están ausentes. La variable ideación con intención se encuentra estudio en el 93,75% (184) de los casos y en la totalidad de los participantes del grupo control. Lo que traduce una baja intencionalidad de la consumación suicida.

Tabla 8 Distribución de los participantes según los grupos (grupo de estudio/control) y variables cognitivas del comportamiento suicida (ideación suicida)

Nota: El porcentaje se calculó sobre el total por columnas, dentro de cada variable

Análisis del comportamiento de las variables

Variables	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
Deseo de morir						
Presencia	178	90,6	5	2,5	183	100
Ausencia	22	9,4	195	97,5	217	100
Pensamientos activos no específicos						
Presencia	130	65,6	5	2,5	135	100
Ausencia	70	34,4	195	97,5	265	100
Ideación con método						
Presencia	142	71,9	10	5	152	100
Ausencia	58	28,1	190	95	248	100
Ideación sin intención						
Presencia	124	62,5	5	2,5	129	100
Ausencia	76	37,5	195	97,5	271	100
Ideación con intención						
Presencia	16	6,25	0	0	16	100
Ausencia	184	93,75	200	100	384	100

Conductuales del comportamiento según los grupos de estudio.

En la tabla 9 se muestra la distribución de los sujetos estudiados según los grupos (grupo de estudio/control) y variables conductuales del comportamiento suicida (intento real, interrumpido, abortado y actos preparativos) en esta se evidencia que en el caso del grupo de estudio predomina: en

intento real; “ausencia” 62,5% (124), un menor número de casos mostró “presencia” en el 37,5% (76). De estos el número de intentos reales; fue de “1 intento” en el 21,9% (43) de los casos. Intento interrumpido; “presencia” 21,9% (33). Número de intentos interrumpidos; “ninguno” 81,3 (158) y “1 intento” 9,4% (20). intento abortado; “ausencia” 56,3 (112) y “presencia” 43,8% (80) número de intentos abortados; “ninguno” con el 56,3% (109) y “2 intentos” en el 15,6% (31) de casos, actos preparativos; “ausencia” en el 62,5% (124) y “presencia” en el 37,5 (136) de los casos. Mientras que en grupo control todos los indicadores reflejados en la tabla 6 se marcan como ausente en el 100% de los casos.

Tabla 9 Distribución de los participantes según los grupos (grupo de estudio/control) y variables conductuales del comportamiento suicida (intento real, interrumpido, abortado y actos preparativos)

Variables/Escalas	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
Intento real						
Presencia	76	37,5	0	0	76	100
Ausencia	124	62,5	200	100	324	100
Número de intentos reales						
Ninguno	109	56,3	200	100	309	100
1	43	21,9	0	0	43	100
2	14	6,3	0	0	14	100
3	14	6,3	0	0	14	100
Más de 3	20	9,4	0	0	20	100
Intento interrumpido						
Presencia	46	21,9	0	0	46	100
Ausencia	154	78,1	200	100	354	100

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

Variables/Escalas	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
Número de intentos interrumpidos						
Ninguno	158	81,3	200	100	358	100
1	20	9,4	0	0	20	100
2	0	0	0	0	0	100
3	8	3,1	0	0	8	100
Más de 3	14	6,3	0	0	14	100
Intento abortado						
Presencia	88	43,8	0	0	88	100
Ausencia	112	56,3	200	100	312	100
Número de intentos abortados						
Ninguno	109	56,3	200	100	309	100
1	26	12,5	0	0	26	100
2	31	15,6	0	0	31	100
3	26	12,5	0	0	26	100
Más de 3	8	3,1	0	0	8	100
Actos preparatorios						
Presencia	76	37,5	0	0	76	100
Ausencia	124	62,5	200	100	324	100

Nota: el porcentaje se calculó sobre el total por columnas, dentro de cada variable

Como se observa, desde el punto de vista conductual, la muestra estudiada refleja bajo niveles de intentos de suicidio, sin embargo, si existe un porcentaje significativo de conductas suicidas en el grupo de estudio, siendo importante desde el punto de vista práctico esta información, en función del posterior diseño se estrategias.

Análisis de comportamiento de los indicadores intento en grado de lesiones y letalidad potencial

En la tabla 10 se muestra la distribución de los participantes según los grupos (estudio/control) y variables conductuales del comportamiento suicida (intento en grado de lesiones y letalidad potencial), Como se puede apreciar en el grupo de estudio en las variables relacionadas a la letalidad del intento predomina: Fecha de intento más letal; se evidencia que “Nunca” 43,8% (85) seguido de “en los últimos 5 años” con 31,3% (61).

En Letalidad destaca; “no hay daño físico” 53,1% (104) seguido de “no aplica” 31,3% (63), letalidad potencial; “No aplica” 50.0% (60) seguido de “comportamiento con poca probabilidad de lesiones” 28,1% (56). Mientras que en el grupo control se evidencia predominio de en la ausencia de estos indicadores.

Tabla 10 Distribución de los participantes los grupos (estudio/control) y variables conductuales del comportamiento suicida (intento en grado de lesiones y letalidad potencial)

Variables/Escalas	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
Fecha del intento más letal						
En los últimos tres meses	8	3,1	0	0	8	100
En los últimos seis meses	8	3,1	0	0	8	100
En el último año	38	18,8	0	0	38	100
En los últimos 5 años	61	31,3	5	2,5	66	100
Nunca	85	43,8	195	97,5	28	100
					0	
Letalidad						
No hay daño físico o muy poco daño físico	104	53,1	45	22,5	14	100
					9	
Daño físico menor	33	15,6	0	0	33	100
Daño físico moderado: necesita	0	0	0	0	0	100

Variables/Escalas	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
atención médica						
Daño físico moderadamente grave: necesita hospitalización y probable cuidado intensivo	0	0	0	0	0	100
Daño físico grave: necesita hospitalización con cuidado intensivo	0	0	0	0	0	100
Muerte	0	0	0	0	0	100
No aplica	63	31,3	155	77,5	21	100
					8	
Letalidad potencial						
Comportamiento con poca probabilidad de lesiones	56	28,1	40	20	96	100
Comportamiento con probabilidad de lesiones, pero no de muerte	38	18,8	0	0	38	100
Comportamiento con probabilidad de muerte a pesar de atención médica disponible	8	3,1	0	0	8	100
No aplica	98	50.0	160	80	25	100
					8	

Nota: el porcentaje se calculó sobre el total por columnas, dentro de cada variable

Análisis de las variables relacionadas al suicidio: contribuyentes al riesgo y comportamiento suicida.

En este análisis se aborda el comportamiento de las variables de la conducta suicida en dos grandes grupos: en el primer grupo se contienen aquellas denominadas variables contribuyentes al riesgo refiriéndose a determinados indicadores que en la literatura perfilan como factores de riesgo aumentan las probabilidades de que se manifieste el comportamiento suicida. El segundo grupo nombrado variables del comportamiento suicida está conformado por aquellas variables que son definidas como parte de todo el espectro del comportamiento suicida.

Análisis de las variables contribuyentes al riesgo

En relación con el nivel socioeconómico, en ambos grupos prevalece el nivel C+ con un 46,9% (91) para el grupo de estudio y

un 60,0% (120) para el grupo de control. Respecto a la funcionalidad familiar; la comunicación clara en el grupo de riesgo refleja un porcentaje significativo en la frecuencia “muchas veces” 34,4% seguido de “casi nunca” y “pocas veces”, ambas con un 21,90%. En el grupo control destaca la frecuencia “a veces” con un 37,5%, seguido de “muchas veces” con el 25,0%. En el indicativo de comunicación sin temor, en el grupo de riesgo se presenta con mayor frecuencia “pocas veces” 28,10% seguido de “a veces” 25,0%, mientras que en el grupo control destaca el “muchas veces” con un 32,50% seguido de “casi siempre” con el 30,0%

En relación con las variables de cohesión familiar, en el aspecto de toma de decisiones dentro de la esfera familiar, en el grupo de riesgo prevalece la frecuencia “muchas veces” 37,50% seguido de “pocas veces” 31,30%. Mientras que el grupo control destaca la frecuencia “muchas veces” 40,00% y caso siempre 32,5%, se considera un dato importante que la frecuencia “casi nunca” pondera un 0.00% en este grupo.

Con respecto a la variable de apoyo entre los miembros del círculo familiar, el grupo de riesgo presenta mayor frecuencia “muchas veces” 40,60%, mientras que en el grupo control destaca la frecuencia “casi siempre” 47,50%; se considera un dato importante que la frecuencia “casi nunca” pondera un 0.00% en este grupo.

Respecto a la presencia de antecedentes de suicidio familiar en el grupo de riesgo se evidencia un porcentaje mayor con el 21,9 % vs el 10,0 % del grupo control, sin embargo, prevalece en ambos grupos la ausencia de antecedentes familiares con un 78,1% para grupo de riesgo y el 90,0% para grupo control.

En el caso de la variable desesperanza, en el grupo de estudio destaca la presencia de este indicador con un 53,10% (106), mientras que en el grupo control prevalece la ausencia del indicador con un 82,50%. En relación con la variable tristeza, el grupo de riesgo refleja una prevalencia en la presencia de este indicador con un significativo 71,90% (142), mientras que en el grupo control prevalece la ausencia del indicador con un 52,50%. Respecto a la presencia de llanto, en el grupo de riesgo presenta mayor porcentaje en la presencia de este indicador con un 62,50% (124), mientras que en el grupo control destaca la ausencia de este con un 72,50%. En referencia a problemas de sueño, en el grupo de riesgo destaca la presencia de este indicador con un 68,80% (136), en el grupo de control también se refleja la prevalencia de este indicador con un 62,50% (125). En la variable desanimo, el grupo de estudio evidencia de manera significativa este indicador con un 84,40%

(166), mientras que en grupo control también prevalece este indicador con un 67,50% (135). En todos los casos sin diferencias significativas entre los grupos, por lo que podría plantearse que estos indicadores no tipifican al grupo de estudio.

Tabla 11. Distribución de los participantes según los grupos (estudio/control) y variables sociodemográficas (Contribuyentes al riesgo)

Variables	GE (n=200)		GC (n=200)		Total	
	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%
Nivel socioeconómico						
Nivel A	8	3,10	0	0,00	8	100
Nivel B	38	18,80	45	22,50	83	100
Nivel C+	91	46,90	120	60,00	211	100
Nivel C-	55	28,10	30	15,00	85	100
Nivel D	8	3,10	5	2,50	13	100
Funcionalidad Familiar						
Comunicación familiar (Expresión sin insinuaciones)						
Casi nunca	43	21,90	15	7,50	58	100
Pocas veces	43	21,90	20	10,00	63	100
A veces	26	12,50	75	37,50	101	100
Muchas veces	68	34,40	50	25,00	118	100
Casi siempre	20	9,40	40	20,00	60	100
Comunicación familiar (Conversación sin temor)						
Casi nunca	32	15,60	0	0,00	32	100
Pocas veces	55	28,10	30	15,00	85	100
A veces	49	25,00	45	22,50	94	100
Muchas veces	44	21,90	65	32,50	109	100
Casi siempre	20	9,40	60	30,00	80	100
Cohesión familiar (Participación familiar)						

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

Variables	GE		GC		Total	
	(n=200)		(n=200)			
Casi nunca	20	9,40	0	0,00	20	100
Pocas veces	61	31,30	10	5,00	71	100
A veces	26	12,50	45	22,50	71	100
Muchas veces	73	37,50	80	40,00	15 3	100
Casi siempre	20	9,40	65	32,50	85	100
Cohesión familiar (Colaboración familiar)						
Casi nunca	8	3,10	0	0,00	8	100
Pocas veces	44	21,90	15	7,50	59	100
A veces	25	12,50	40	20,00	65	100
Muchas veces	79	40,60	50	25,00	12 9	100
Casi siempre	44	21,90	95	47,50	13 9	100
Antecedentes familiares de comportamiento suicida						
Presente	46	21,9	20	10,0	66	100
Ausente	154	78,1	180	90,0	33 4	100
Desesperanza						
Presente	106	53,10	35	17,50	14 1	100
Ausente	94	46,90	165	82,50	25 9	100
Tristeza						
Presente	142	71,90	95	47,50	23 7	100
Ausente	58	28,10	105	52,50	16 3	100
Presencia de llanto						
Presente	124	62,50	55	27,50	17 9	100
Ausente	76	37,50	145	72,50	22 1	100
Problemas de sueño						
Presente	136	68,80	125	62,50	26	100

Variables	GE		GC		Total	
	(n=200)		(n=200)			
					1	
Ausente	64	31,30	75	37,50	139	100
Desanimo					30	
Presente	166	84,40	135	67,50	1	100
Ausente	34	15,60	65	32,50	99	100

Nota: el porcentaje se calculó sobre el total por columnas dentro de cada variable.

Como variables destacables en el grupo de riesgo tenemos: funcionalidad familiar-comunicación sin temor con mayor prevalencia de “pocas veces” 28,10% en el grupo de riesgo vs el grupo control con mayor prevalencia en la respuesta “muchas veces” 32,50%. Entre otras de las variables que destacan en el grupo de riesgo tenemos la desesperanza con un 53,10%, la tristeza con un 71,90% y la presencia de llanto con el 62,50%, mientras que en el grupo control estas tres variables predominan los porcentajes de ausencia.

Análisis de la relación entre las principales características sociodemográficas y del comportamiento suicida.

En esta sección se plantea el análisis de los datos que permitan responder al tercer objetivo de investigación estableciendo la posible relación entre las principales variables sociodemográficas, del estado del ánimo y el comportamiento suicida en los jóvenes estudiados. Destacando como variables relevantes: sociodemográficas; edad, sexo, estado civil, zona de residencia. Del comportamiento suicida; deseo de morir, pensamientos activos no específicos, frecuencia de ideación, intento real. Estado de ánimo; irritabilidad, pesimismo, tedio vital, culpa patológica, sensación de que las tareas diarias le sobrepasan, pérdida de energía. Principales contribuyentes al riesgo; comunicación familiar sin temor, aislamiento, desesperanza, problemas de sueño.

Entre las 4 variables sociodemográficas (Edad, Sexo, Estado civil, Zona) seleccionadas como significativas tras el respectivo

análisis de frecuencias realizado en las secciones anteriores se evidencia como elementos a destacar: en la variable edad; obtiene mayor frecuencia el rango comprendido entre 19-21 años presentando mayor cantidad de participantes considerados con riesgo suicida, siendo la variable deseo de morir la variable con mayor frecuencia absoluta, mientras que la variable frecuencia de ideación-una vez por semana representa la opción con mayor porcentaje relativo de respuesta con el 80%. Según la OMS la edad es un factor importante que aumenta el riesgo suicida, siendo la 3 causa de muerte en jóvenes de entre 15-19 años (OMS, 2019), riesgo que se mantiene hasta los 35 años y disminuye a medida que el individuo cuenta con mayores recursos para hacer frente a los factores de riesgo y las tentativas de suicidio (Sepúlveda et al., 2016).

Con respecto a la variable sexo destaca el sexo mujer con un mayor porcentaje de participantes, lo cual explica su predominancia en las distintas variables, cabe mencionar que en deseo de morir se presenta la mayor frecuencia absoluta en este sexo con 23 de los casos, mientras que en frecuencia relativa destaca la respuesta intento real con un 91.7 %. Tales resultados con equiparables a los planteados por distintos estudios donde las mujeres reflejan mayor tendencia a la ideación, planificación e intento. (Cuesta et al., 2015; Teruel & Bello, 2014).

En el estado civil, existe mayor cantidad de participantes que ponderan como solteros destacando en todas las variables del comportamiento suicida, la respuesta con mayor frecuencia absoluta es deseo de morir con 27 casos, mientras que en frecuencia relativa existe un empate con las variables de frecuencia de ideación; 2 a 5 veces por semana y diariamente con un 100%. Cualquier situación del estado civil distinta al matrimonio incrementa los niveles de riesgo, específicamente las personas solteras reflejan mayor índice de suicidio consumado. (Cano-Montalbán & Quevedo-Blasco, 2018) Sin embargo esto último no es un elemento que se constató en la presente investigación.

En la variable zona existe mayor cantidad de participantes que viven en zona urbana, lo que incrementa la cantidad de respuestas en las distintas variables del comportamiento suicida. En frecuencia absoluta destaca la variable deseo de morir con 18 participantes, mientras que en frecuencia relativa tenemos frecuencia de ideación 2 a 5 veces por semana como mayor con un 100%.

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

Tabla 12 Distribución de los principales indicadores sociodemográficos y del comportamiento suicida, grupo de riesgo

		Comportamiento suicida (GE=200)																						
		Deseo de morir				Pensamientos activos no específicos				Frecuencia de la ideación										Intento real				
Indicadores sociodemográficos		Si		No		Si		No		-1 vez por semana		1 vez por semana		2 a 5 por semana		Diariamente		No aplica		Si		No		Total
Edad		f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	f _i	%	
<=18		6	6.9	0	0.0	5	4.8	2	9.1	2	7.7	0	0.0	0	0.0	4	50.0	1	6.3	0	0.0	3	10.0	23
19-21		21	65.5	5	66.7	15	66.7	9	63.6	10	61.5	7	80.0	3	33.3	4	50.0	7	77.8	11	66.7	16	65.0	108
22-24		10	27.6	0	0.0	9	28.6	4	18.2	5	23.1	4	20.0	6	66.7	0	0.0	2	21.6	7	33.3	7	20.0	54
25+		0	0.0	4	33.3	0	0.0	2	9.1	2	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	22.2	0	0.0	2	5.0	15
Sexo																								
Hombre		10	20.7	0	0.0	7	14.3	6	27.3	5	15.4	0	0.0	4	33.3	4	50.0	5	22.2	4	8.3	9	25.0	54
Mujer		27	79.3	9	100.0	22	85.7	11	72.7	14	84.6	11	100.0	5	66.7	4	50.0	10	77.8	14	91.7	19	75.0	146

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

Estado civil																							
Soltero	31	93.1	5	66.7	24	95.2	11	80.0	15	92.3	7	80.0	9	100.0	8	100.0	11	88.9	14	91.7	20	90.0	155
Casado	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0
Divorciado	0	0.0	4	33.3	0	0.0	3	10.0	4	7.7	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	5.0	15
Unión libre	6	6.9	0	0.0	5	4.8	3	10.0	0	0.0	4	20.0	0	0.0	0	0.0	4	11.1	4	8.3	4	5.0	30
Zona																							
Rural	15	37.9	4	33.3	12	38.1	7	36.4	10	53.8	4	20.0	0	0.0	8	100.0	5	22.2	8	41.7	11	35.0	84
Urbana	22	62.1	5	66.7	17	61.9	10	63.6	9	46.2	7	80.0	9	100.0	0	0.0	10	77.8	10	58.3	17	65.0	116

Análisis de las principales variaciones del estado de ánimo y del comportamiento suicida en el grupo de estudio.

Entre las 6 variables del estado de ánimo (irritabilidad, pesimismo, tedio vital, culpa patológica, sensación de que las tareas diarias le sobrepasan y pérdida de energía) seleccionadas como significativas tras el respectivo análisis de frecuencias realizado en las secciones anteriores se evidencia como elementos a destacar:

En la variable irritabilidad destaca la intensidad ligera con una frecuencia absoluta de 27 en ausencia de pensamientos activos no específicos, seguida de frecuencia de ideación no aplica con 25 de los casos. En relación con la frecuencia relativa destaca la presencia de intento real con un 58,7 %. En la presente muestra se refleja un porcentaje significativo de casos con el indicador de irritabilidad, el cual se considera como elemento importante de las afectaciones del estado de ánimo (Salazar-Saavedra & Saavedra-Castillo, 2019), sin embargo, no se evidencia en la presente muestra una relación entre tales indicadores y variables del comportamiento suicida como la ideación.

Con referencia a la variable pesimismo destaca la opción presenta en grado mínimo con mayor cantidad de respuestas, respecto a la frecuencia absoluta destaca la ausencia de pensamientos activos no específicos con 22 respuestas, respecto a la frecuencia relativa se obtiene como significativo la opción frecuencia de ideación 1 vez por semana con un 60%. Respecto a la variable tedio vital destaca la respuesta de ausente, 35 de los participantes respondieron ausencia de pensamientos activos no específicos, mientras que en frecuencia relativa un 50% manifiesta una frecuencia de ideación diaria. Con relación a la variable culpa patológica tenemos como respuesta a destacar presencia en grado mínimo, respecto a la frecuencia absoluta destaca la ausencia de pensamientos activos no específicos, mientras que en frecuencia absoluta hay una igualdad de porcentajes del 50% en las variables ausencia de pensamiento activos no específicos y frecuencia de ideación diaria. Según Castrillón; la depresión destaca como la principal alteración del estado de ánimo que actúa como factor de riesgo suicida; específicamente síntomas como tristeza, desesperanza y culpabilidad (Castrillón et al., 2015). Tales alteraciones del estado de ánimo perfilan como significativas en la muestra estudiada, sin embargo, no se evidencia una interacción directa entre tales indicadores y variables del comportamiento suicida.

Tabla 12 Distribución de las principales variables del estado de ánimo y del comportamiento suicida, grupo de riesgo

	Comportamiento suicida (Grupo de riesgo n=200)																						
	Deseo de morir				Pensamientos activos no específicos				Frecuencia de la ideación								Intento real				Total		
Estado de ánimo	Si 27		No 34		Si 18		No 39		-1 vez por semana 12	1 vez por semana 5		2 a 5 por semana 3		Diariamente 2		No aplica 36		Si 8		No 16			
Irritabilidad	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	<i>f_i</i>	%	
Ausente	3	10.0	10	31.0	2	9.1	11	28.0	1	18.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	28.3	1	8.3	1	15.0	39
Ligera	13	50.0	19	52.4	8	45.5	23	54.0	6	43.8	2	40.0	1	33.3	2	100.0	21	54.3	5	58.7	8	45.0	108
Presente	11	40.0	5	16.7	8	45.5	5	18.0	5	37.5	3	60.0	2	66.7	0	0.0	5	17.4	2	33.3	7	40.0	53
Pesimismo																							
Ausente	6	20.0	16	47.6	3	18.2	17	44.0	5	37.5	0	0.0	0	0.0	1	50.0	15	41.3	2	25.0	3	25.0	68
Grado mínimo	9	36.7	15	40.5	5	27.3	17	44.0	4	31.3	3	60.0	0	0.0	0	0.0	16	43.5	2	25.0	7	40.0	78
Presente	9	36.7	3	11.9	8	45.5	5	12.0	2	25.0	2	40.0	3	100.0	0	0.0	5	15.2	2	25.0	5	30.0	44
Presencia severa	3	6.7	0	0.0	2	9.1	0	0.0	1	6.3	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	2	25.0	1	5.0	10

SALUD MENTAL COMUNITARIA: EXPERIENCIAS INVESTIGATIVAS

Tedio vital																								
Ausente	6	23.3	26	76.2	3	18.2	28	70.0	5	37.5	1	20.0	0	0.0	0	0.0	28	69.6	2	25.0	4	25.0	103	
Grado mínimo	10	33.3	5	14.3	6	31.8	6	18.0	5	37.5	1	20.0	0	0.0	1	50.0	5	17.4	2	25.0	6	40.0	47	
Presente	8	30.3	3	9.5	6	31.8	3	12.0	1	12.5	2	40.0	3	100.0	0	0.0	3	13.0	2	25.0	5	30.0	36	
Presencia severa	3	13.3	0	0.0	3	18.2	2	5.6	1	12.5	1	20.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0	2	25.0	1	5.0	14	
Culpa patológica																								
Ausente	3	10.0	15	42.9	2	13.6	14	36.0	2	18.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0	15	39.1	1	16.7	2	10.0	54	
Grado mínimo	10	36.7	16	45.2	4	22.7	20	50.0	6	43.8	1	20.0	1	33.3	1	50.0	17	43.5	1	16.7	7	45.0	84	
Presente	7	26.7	2	9.5	6	31.8	4	10.0	2	18.8	3	60.0	1	33.3	0	0.0	3	10.9	4	41.7	3	15.0	35	
Presencia severa	7	26.7	1	2.4	6	31.8	1	4.0	2	18.8	1	20.0	1	33.3	1	50.0	1	6.5	2	25.0	4	30.0	27	

3 CONCLUSIONES

1. Se considera que las variables sociodemográficas que se presentan con mayor frecuencia en la muestra estudiada son: edad entre 19-21 años, sexo mujer, etnia mestiza, estado civil soltero, zona de residencia urbana y provincia Manabí.
2. Se evidencia un consumo de alcohol en la mayoría de los participantes, con predominio en el grupo de estudio, cuando se compara con los controles. El patrón de consumo de alcohol, no supone la presencia de dependencia a esta sustancia en los participantes, pero sugiere la necesidad de realizar una intervención inmediata en el orden preventivo.
3. En la muestra estudiada se identifica la presencia de serias alteraciones en el estado de ánimo, con diferencias significativas cuando se comparan los grupos. Las principales alteraciones del estado de ánimo son el humor depresivo, ligera irritabilidad, tendencia al llanto leve, pesimismo, tedio vital, culpa patológica, sensación de que las tareas diarias le sobrepasa presentes en grado mínimo y presente pérdida de energía.
3. 4. Se observó que, dentro de las principales interacciones en el grupo de estudio, se encuentran las variables del comportamiento suicida, sociodemográficas y del estado de ánimo. Entre las principales relaciones tenemos la edad entre 19-21 años y la presencia de deseo de morir; las mujeres representaron mayor porcentaje en la muestra y por consecuencia presentan mayores niveles de deseo de muerte e intentos previos.
4. Por otro lado, el estado civil se presenta que los solteros mostraron mayor deseo de morir. Desde el punto de vista de las variables del estado de ánimo y su interacción con variables del comportamiento suicida se evidencia que no existen relaciones que destaquen de manera significativa como para plantear interacciones directas, sin embargo, es relevante mencionar que pesimismo, tedio vital y culpa patológica se presentan con alta frecuencia en la población con indicadores de comportamiento suicida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. (2012). Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida: Versión reducida. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
2. Alejandro Gómez, G. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(5), 607-615. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70355-3](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70355-3)
3. Alfaro, A. C., Medina, R. S., & Larín, S. S. (2019). Métodos y sustancias empleados en la conducta suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(4), 1-14.
4. Baca García, E., & Aroca, F. (2014). Factores de riesgo de la conducta suicida asociados a trastornos depresivos y ansiedad. *Salud mental*, 37(5), 373-380.
5. Balbuena, L., Bowen, R., Baetz, M., & Marwaha, S. (2016). Mood Instability and Irritability as Core Symptoms of Major Depression: An Exploration Using Rasch Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 174. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00174>
6. Barreiros, A. R. G. T. D. A., Guerra, Y. I. S., Zambrano, D. M. M., Herrera, E. I. F., & Véliz, A. N. C. (2016). Estudio exploratorio de salud mental y stress en la población de la provincia de Manabí, Ecuador/Exploratory study of mental health and stress in the population of the province of Manabi, Ecuador. *Revista San Gregorio*, 1(11), 28-37. <https://doi.org/10.36097/rsan.v1i11.168>
7. Barrero, P., & Andrés, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(2), 196-217.
8. Bedoya Cardona, E. Y., Montañó Villalba, L. E., & Universidad Cooperativa de Colombia. (2016). Suicidio y Trastorno Mental. *CES Psicología*, 179-201. <https://doi.org/10.21615/cesp.9.2.12>
9. Bisquerra Alzina, R. (2009). Psicopedagogía de las emociones. <https://acervodigitaleducativo.mx/handle/acervodigitaledu/51856>
10. Cajal, F. J. C. (2017). Evolución de la conducta suicida: Estudio autonómico de los intentos de suicidio en castilla la mancha (2006-2015) [[Http://purl.org/dc/dcmitype/Text](http://purl.org/dc/dcmitype/Text),

- Universidad Complutense de Madrid].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=151377>
11. Calero Redrován, M., Jara Montero, K., Loor Durán, T., & Zambrano León, K. de J. (2019, febrero 14). Psicopatología de la Afectividad. PSICOPATOBLOG.
https://5spsicopatologiagnral.blogspot.com/2019/02/psicopatologia-de-la-afectividad_14.html
 12. Cano-Montalbán, I., & Quevedo-Blasco, R. (2018). Sociodemographic Variables Most Associated with Suicidal Behaviour and Suicide Methods in Europe and America. A Systematic Review. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 10(1), 15-25.
<https://doi.org/10.5093/ejpalc2018a2>
 13. Capponi, R. M. (2015). *Psicopatología Y Semiología Psiquiátrica*.
<http://www.andeslibreria.com/libros/ciencias/medicinaysalud/psiquiatria/psicopatologia-y-semiologia-psiquiatica-de-ricardo-capponi-m-libro-impreso-9789561122741>
 14. Castrillón, J. J. C., Cañón, S. C., Betancur, M. B., Sánchez, P. L. C., González, J. G., Rivas, A. G., & Calderón, C. L. (2015). Factor de riesgo suicida según dos cuestionarios, y factores asociados en estudiantes de la universidad nacional de Colombia sede Manizales. *Diversitas*, 11(2), 195-205.
 15. Castro, K., Kirchner, T., & Planellas, I. (2014). Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento.
<http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/114266>
 16. Cava, M. J., & Musitu, G. (2000). Efectos Directos e Indirectos de la Autoestima en el Animo Depresivo. *REVISTA MEXICANA DE PSICOLOGIA*, 11.
 17. Córdova Osnaya, M. C., Rosales Murillo, M. del P., Caballero Avila, R., & Rosales Pérez, J. C. (2007). Ideación Suicida en Jóvenes Universitarios: Su Asociación con Diversos Aspectos Psicosociodemográficos. *Psicología Iberoamericana*, 15(2), 17-21.
 18. Corona Miranda, B., Hernández Sánchez, M., & García Pérez, R. M. (2016). Mortalidad por suicidio, factores de riesgos y protectores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 15(1), 0-0.
 19. Cuesta, O. M. B., Parra, J. A. C., Orozco, M. Z. M., & Pérez, Ó. A. M. (2015). Ideación suicida y factores asociados en jóvenes universitarios de la ciudad de Medellín. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 19(5), 469-478.

20. Fonseca-Pedrero, E., Universidad de La Rioja. Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA). Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM), Universidad de Oviedo, Pérez de Albéniz, A., & Universidad de La Rioja. Programa Riojano de Investigación en Salud Mental (PRISMA). (2020). Evaluación de la conducta suicida en adolescentes: A propósito de la Escala Paykel de Suicidio. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 41(1).
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2928>
21. Gallardo, R. V. (2006). Naturaleza del Estado de Ánimo. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 1(1), 29-40.
22. García Haro, J., García Pascual, H., González González, M., Barrio Martínez, S., & García Pascual, R. (2019). ¿Qué es suicidio? Problemas clínicos y conceptuales.
<https://idus.us.es/handle/11441/115113>
23. Giner, L. (2010). Diferencias en la conducta suicida estudio comparativo entre los intentos de suicidio y suicidio consumado.
<Http://purl.org/dc/dcmitype/Text>, Universidad Autónoma de Madrid.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=28232>
24. González, M. L. (2012). *Semiología Psiquiátrica*. Instituto superior de ciencias médicas de la Habana.
25. Guerreiro, D. (2014). Comportamentos autolesivos em adolescentes: Características epidemiológicas e análise de fatores psicopatológicos, temperamento efetivo e estratégias de coping.
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/11457>
26. Gutiérrez, Y. (2018). Conducta suicida en adolescentes. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4(2), 27-33.
27. Hernández Bayona, G. (2013). *Psicopatología básica*.
28. Hidalgo-Rasmussen, C. A., Chávez-Flores, Y. V., Yanez-Peñúñuri, L. Y., & Navarro, S. R. M. (2019). Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes que ingresaron a una universidad mexicana. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 3763-3772.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182410.26732017>
29. Hidalgo-Rasmussen, C., & Martín, A. H.-S. (2015). Comportamientos de riesgo de suicidio y calidad de vida, por género, en adolescentes mexicanos, estudiantes de preparatoria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 3437-3445.

- <https://doi.org/10.1590/1413-812320152011.18692014>
30. Hoyos Zuluaga, E., Lemos Hoyos, M., & Torres de Galvis, Y. (2012). Risk factors and protective adolescent depression in the city of Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121.
<https://doi.org/10.21500/20112084.767>
 31. Ibáñez, Á. F., Costa, M. V., Peña, A. del R., & Castillo, C. S. del. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes: Prevalencia, factores de riesgo y tratamiento. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 103, 5.
 32. Ibáñez, N. N. C. (2016). Prevención psicológica y neuropsicológica de factores de riesgo suicida en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 19(36), 336-346.
 33. INEC, I. N. (2021). Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones. INEC.
 34. Londoño, N. H., Marín, C. A., Juárez, F., Palacio, J., Muñoz, O., Escobar, B., Herrón, I., Agudelo, D., Lemos, M., Toro, B. E., Ochoa, N. L., Hurtado, M. H., Gómez, Y., Uribe, A. F., Rojas, A. L., Pinilla, M. L., Villa-Roel, D., Villegas, M. J., Arango, A. L., ... López, I. C. (2010). Factores de riesgo psicosociales y ambientales asociados a trastornos mentales. *Suma Psicológica*, 17(1), 59-68.
 35. Lozano Serrano, C., Huertas Patón, A., Martínez Pastor, C. J., Ezquiaga Terrazas, E., García-Camba de la Muela, E., & Rodríguez Salvanés, F. J. (2004). Estudio descriptivo del parasuicidio en las urgencias psiquiátricas. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 91, 11-22.
 36. Neira, M. D. de. (2014). Características psicopatológicas, acontecimientos vitales estresantes y conductas autolesivas suicidas y no suicidas en adolescentes evaluados en salud mental [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad Autónoma de Madrid].
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=43345>
 37. Nizama Valladolid, M. (2011). Suicidio. *Rev. peru. epidemiol. (Online)*, 1-5.
 38. Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868-876.
<https://doi.org/10.1038/mp.2009.29>
 39. OMS. (2019). Suicidio. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
 40. OMS. (2021, junio 17). Una de cada 100 muertes es por

- suicidio. <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2021-one-in-100-deaths-is-by-suicide>
41. OPS. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas: 2018. Organización Panamericana de la Salud.
 42. OPS. (2021). Mortalidad por suicidio en la Región de las Américas. Informe regional 2010-2014. Pan American Health Organization.
<https://doi.org/10.37774/9789275323304>
 43. OPS, & OMS. (2016). Prevención de la conducta suicida. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/31167>
 44. Ortiz, E. E. D., Meza, M. M., & Cañón, S. (2019). Determinación de los factores de riesgo asociados a la conducta suicida en adolescentes.
https://www.scipedia.com/public/Ortiz_et_al_2019a
 45. Pérez, J. C. R., Osnaya, M. C., & Clatempa, R. R. (2012). Ideación suicida en estudiantes mexicanos: Un modelo de relación múltiple con variables de identificación personal. *Psicología y Salud*, 22(1), 63-74.
<https://doi.org/10.25009/pys.v22i1.558>
 46. Pinzón, M. A. V., Moñeton, M. J. B., & Alarcón, L. L. A. (2013). Variables psicosociales asociadas al intento suicida, ideación suicida y suicidio en jóvenes. *Tesis Psicológica*, 8(1), Article 1.
<https://revistas.libertadores.edu.co/index.php/TesisPsicologica/article/view/291>
 47. Prada, M. P. P., Baquero, L. C. M., Pinzón, M. A. V., & Prieto, B. L. A. (2017). Intento e ideación suicida y su asociación con el abuso sexual en adolescentes escolarizados de Boyacá – Colombia. *Diversitas*, 13(1), 91-101.
<https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2017.0001.07>
 48. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Kaplan, H. I., & Ruiz, P. (2015). Sinopsis de psiquiatría: Ciencias de la conducta, psiquiatría clínica. Wolters Kluwer.
 49. Salazar-Saavedra, Y. M., & Saavedra-Castillo, J. E. (2019). Factores asociados a irritabilidad en adultos con episodio depresivo en Lima Metropolitana. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(1), 37-55.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v82i1.3483>
 50. Sánchez, S. M., Jorge, P. G., García, S. G. de F., Barreiro, L. P., Fernández, L. M., Domínguez, A. C., & Usaola, C. P. (2014). Conducta suicida y crisis económica. *Norte de Salud Mental*, 12(48), 36-43.


51. Sánchez-Álvarez, N., de la Torre López, J., & Pérez-Costillas, L. (2018). Construcción y Evaluación Psicométrica de una Escala Breve de Vulnerabilidad Suicida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 49(4).
<https://doi.org/10.21865/RIDEP49.4.02>
52. Sánchez-Teruel, D. (2012). Variables sociodemográficas y biopsicosociales relacionadas con la conducta suicida. *Sociodemographic and biopsychosocial variables related to suicidal behavior*. Centro Asociado Andrés de Vandelvira de la U.N.E.D., pp.61-78.
53. Sepúlveda, P. C. G., Pérez, Ó. A. M., Carlos, J., & Valencia, O. (2016). Riesgo suicida y factores asociados en estudiantes de Psicología en una Universidad pública de Colombia. 11.
54. Siabato Macias, E. F., & Salamanca Camargo, Y. (2015). Factores asociados a ideación suicida en universitarios. *Psychologia*, 9(1), 71-81.
<https://doi.org/10.21500/19002386.994>
55. Steinmetz, L. C. L. (2017). Factores psicopatológicos de riesgo en intentos de suicidio. *Ciencias Psicológicas*, 89-100. <https://doi.org/10.22235/cp.v11i2.1350>
56. Suárez, L. F. G., Hurtado, I. C. V., & Betancurt, L. N. (2016). Revisión de la literatura sobre el papel del afrontamiento en las autolesiones no suicidas en adolescentes. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 16(1), 41-56.
57. Teruel, D. S., & Bello, M. A. R. (2014). Factores protectores que promueven la resiliencia ante el suicidio en adolescentes y jóvenes. *Papeles del psicólogo*, 35(3), 181-192.
58. Triola, M. F. (2018). Estadística.
59. Uriarte Bonilla, V. (2013). Funciones cerebrales y psicopatología.
60. Valverde, R. A. R. (2014). Los trastornos del estado de ánimo. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 39(8), Article 8.
<http://revzoilomarinellosldcu/index.php/zmv/article/view/211>
61. Vargas, H. B., & Saavedra, J. E. (2013). Factores asociados con la conducta suicida en adolescentes. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 75(1), 19.
<https://doi.org/10.20453/rnp.v75i1.1539>
62. Vázquez Fernández, M. E., Muñoz Moreno, M. F., Fierro Urturi, A., Alfaro González, M., Rodríguez Molinero, L., &

- Bustamante Marcos, P. (2013). Estado de ánimo de los adolescentes y su relación con conductas de riesgo y otras variables. *Pediatría Atención Primaria*, 15(59), e75-e84. <https://doi.org/10.4321/S1139-76322013000400003>
63. Veiga de Cabo, J., Fuente, E. de la, & Zimmermann Verdejo, M. (2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: Conceptos y criterios para el diseño. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 54(210), 81-88.

4 ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento Informado

Preguntas Respuestas **204** Configuración



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En la actualidad el suicidio constituye un problema grave de salud pública mundial, puesto a que se estima que alrededor de 800 000 personas se suicidan anualmente, siendo el suicidio la tercera causa de muerte en jóvenes entre 15 y 19 años, destacando que existen por cada intento 20 tentativas suicidas (OMS, 2019).

Somos un equipo de investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Laica "Eloy Alfaro" de Manabí, que estamos interesados en indagar ciertas variables clínicas asociadas al comportamiento suicida en jóvenes estudiantes de la Uleam.

El trabajo consiste en la realización de una entrevista inicial por parte de estudiantes de décimo semestre, entrenados al efecto; así como la aplicación de dos cuestionarios auto-administrados, de fácil y ágil respuesta. El propósito de estos cuestionarios es medir y clasificar las variables clínicas asociadas al comportamiento suicida en jóvenes.

Las pruebas no suponen ningún riesgo a su salud; la participación de esta investigación es totalmente voluntaria, usted puede elegir participar o no.


La aplicación de los instrumentos es TOTALMENTE ANÓNIMA, en ningún caso será necesario registrar información sobre su identidad. La información que recojamos como parte de la investigación se mantendrá de forma confidencial, nadie excepto los investigadores tendrá acceso a ella.

Ante cualquier duda o preocupación durante la investigación, usted podrá hacerlas ahora, o incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea realizarlas las podrá hacerlo en el siguiente correo electrónico: yusei.salazar@uleam.edu.ec

¡Gracias por su cooperación!

Anexo 2 Entrevista Inicial

Preguntas Respuestas **179** Configuración Puntos totales: 40



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

Sección 1 de 3

Entrevista inicial

Screening para el estudio de marcadores de riesgo relacionados al comportamiento suicida.

Digite aquí su código:


Texto de respuesta corta

1. Edad *

1. 18 años
2. 19 años
3. 20 años
4. 21 años

Anexo 3 Cuestionario SCAN 2.1

Preguntas Respuestas **75** Configuración



Uleam

UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

Cuestionario de Evaluación en Neuropsiquiatría (SCAN). Versión 2000

Escala para medir y caracterizar las variaciones del estado de ánimo.

Valorar las respuestas, cuando hay una disminución o aumento respecto al estado normal de su estado de ánimo, cuando la reacción no es atribuible a la causa, cuando es persistente, generalizada, y desproporcionada. Sin embargo, en algunos ítems se detalla su intensidad y frecuencia

Descripción (opcional)


Código *

Texto de respuesta corta

1. ¿Se ha sentido bajo de ánimo durante los últimos seis meses / los últimos años?
Describiría su estado de ánimo como triste, decaído, desanimado, verlo todo negro, desesperado, incapacidad de disfrutar con nada.

Anexo 4 Cuestionario C-SSRS (Comportamiento Suicida)

Preguntas Respuestas **150** Configuración



Uleam

UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

C-SSRS

Escala Columbia para evaluar el comportamiento suicida tanto en la intensidad y severidad de la ideación, y grado de letalidad del intento.

Código:

Escriba el código que fue enviado a su correo electrónico.

Texto de respuesta corta

Grupo: *

Seleccione el grupo al que pertenece según su puntaje de la ficha técnica.

1. A
2. B



Uleam
UNIVERSIDAD LAICA
ELOY ALFARO DE MANABÍ

ISBN 978-1-957271-06-4



9 781957 271064