PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN VENEZUELA

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO (UCAB)

PSICOLOGÍA | UCAB

PsicoData
VENEZUELA

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN VENEZUELA

OBJETIVO GENERAL

Contribuir con la reducción en la tasa de suicidio en Venezuela a través de un enfoque integral que abarca la promoción, la investigación, la formación y el cuido de la salud mental, especialmente en los contextos más vulnerables.

PsicoData VENEZUELA

PSICOLOGÍA | UCAB

CUATRO PILARES DEL PROGRAMA

PROMOVER

La Salud Mental en todos los contextos y a través de los diferentes medios de comunicación y plataformas webs y de redes sociales

PsicoData
VENEZUELA

INVESTIGAR

Para lograr una mayor comprensión del fenómeno del suicidio que permita identificar causas y consecuencias

FORMAR

En fundamentos y herramientas para cultivar y atender la salud psicosocial

CUIDAR

A la población vulnerable a través de intervenciones clínicas y comunitarias

PROMOVER

POSICIONAR

los Hashtag que permitan ser disparadores de contención en momentos de ofuscación emocional: #NoEstásSolo #BuscaAyuda

PUBLICAR

y actualizar las redes de servicio de atención psicológica disponibles para momentos de emergencia emocional.

DIFUNDIR

por los diferentes medios, plataformas y redes sociales de comunicación toda información esencial y actualizada para promover la salud mental y para usar las herramientas necesarias en situaciones de emergencia emocional.

SUMAR

a figuras públicas y comunitarias que se hagan voz del Programa de Prevención del Suicidio y de contenidos útiles para la promoción de la salud mental.

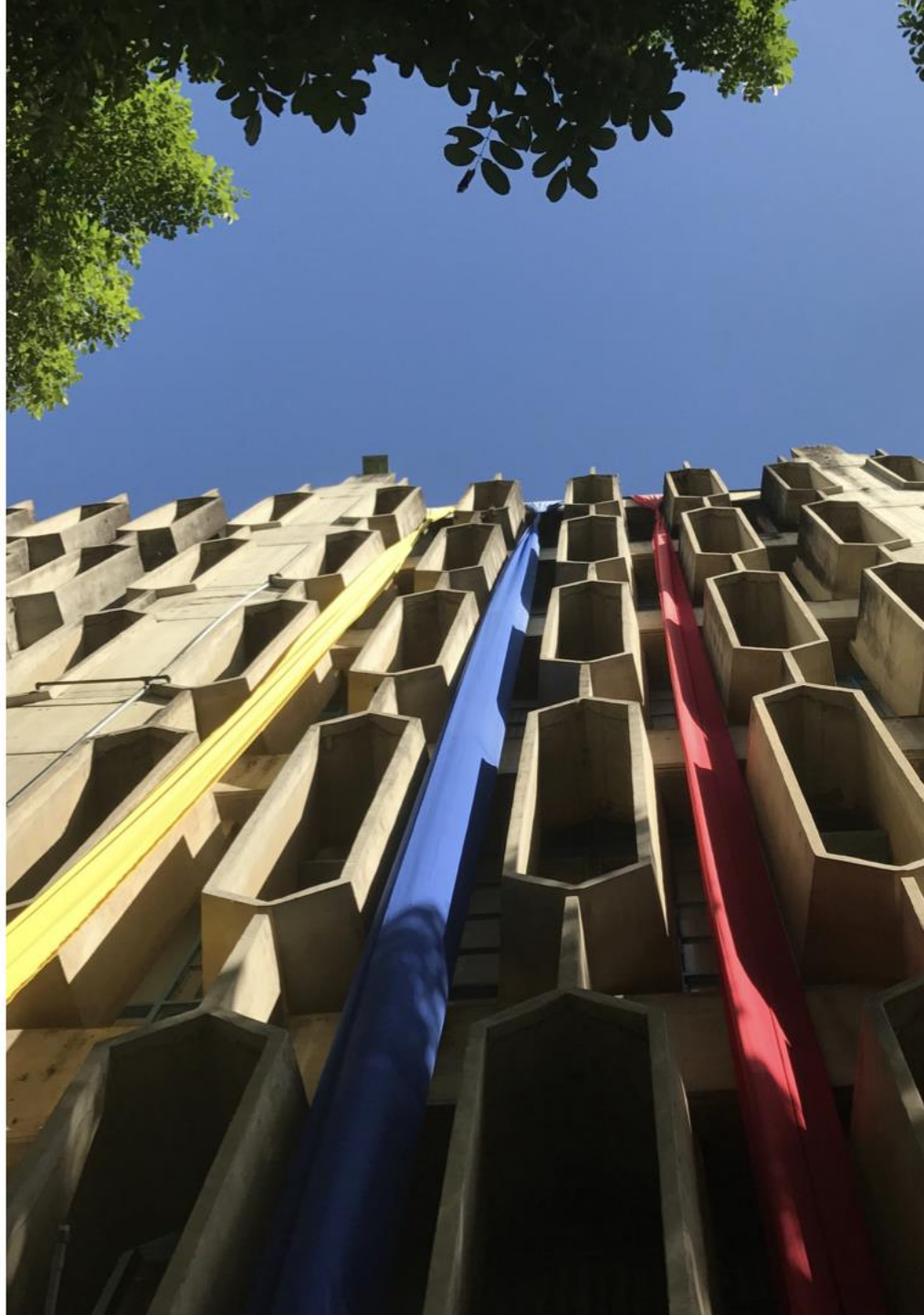
INVESTIGAR

Diferentes fuentes de datos permitirán acercarnos a una mayor comprensión del fenómeno del suicidio:

- Evaluaciones psicológicas.
- Entrevistas.
- Encuestas.
- FocusGroups
- PsicoData Venezuela, edición 2024.
- Informes del Observatorio Venezolano de Violencia (OVV).

FORMAR

- Curso para psicólogos y psiquiatras: Terapia breve con objetivos limitados.
- Talleres para comunicadores sociales sobre salud mental y prevención del suicidio.
- Curso de Primeros Auxilios Psicológicos.
- Cursos sobre salud mental para Instituciones Educativas, Organizaciones/ Empresas Privadas, ONGs, etc.
- Para el público general: Elaboración de productos, Master Class, Lives, Podcast, videos sobre temas de salud mental.



CUIDAR

- Articulación de una red de apoyo conformada por organizaciones y psicólogos/psiquiatras de libre ejercicio (nacionales e internacionales) para brindar servicio gratuito permanente a personas en situaciones de emergencia emocional.

- Campamento Psicosocial en diferentes momentos del año y en diferentes poblaciones del país.

- Creación de un Centro de Atención Psicológica.

CAMPAMENTO PSICOSOCIAL

CAMPAMENTO PSICOSOCIAL

EQUIPO:

10 PROFESIONALES Y 8 ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA

Profesionales de la Psicología

Danny Socorro, SJ.
Silvana Campagnaro
María Alejandra Corredor
Janet Guerra
Marina Del Gatto
Marzia Dal Mas
José Rondón
Celibeth Guarín

Educadora

María Graciela Fernández

Comunicadora Social

Isabella Guzmán

Estudiantes de Psicología

Ana Delgado
Ángel Moreno
Esteban De Abreu
Isabella Rodríguez
María Antonieta Sosa
Mariana Paquin
Valentina Serrano
Victoria Amelinckx

CAMPAMENTO PSICOSOCIAL

- Articulación con Fundación Cultivar
- Planificación de actividades
- Entrenamiento para el equipo:
  - Historia y cultura del Estado Mérida
  - Salud Mental y mitos sobre el suicidio
  - Primeros Auxilios Físicos
  - Primeros Auxilios Psicológicos
  - Evaluación Psicológica
  - Intervención en Niños y Adolescentes
  - Técnicas de recolección de información cuantitativa

CAMPAMENTO PSICOSOCIAL

SE REALIZARON ENCUENTROS CON:

- Funcionarios Públicos
- Directores de Instituciones Educativas
- Personal de Salud: médicos y enfermeras
- Personal Docente
- Cuerpos de seguridad
- Líderes Comunitarios
- Líderes Religiosos
- Grupos Organizados
- Instituciones Deportivas
- Fundaciones Culturales
- Medios de Comunicación
- Madres y Representantes
- Niños, Adolescentes y Jóvenes

CAMPAMENTO PSICOSOCIAL

ACTIVIDADES

25 Talleres de formación

18 Actividades deportivas y recreativas

118 Personas atendidas en consulta clínica

44 Personas evaluadas mediante test psicológicos

306 Personas participaron en entrevistas psicosociales

3 Medios de comunicación local cubrieron el Campamento Psicosocial para la población

1087 beneficiarios directos

CAMPAMENTO PSICOSOCIAL

ATENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

ATENCIÓN PSICOLÓGICA INDIVIDUAL

SE ATENDIERON PERSONAS
CON UN **RANGO DE EDAD ENTRE 4 AÑOS A 69 AÑOS**

MOTIVOS DE CONSULTA MÁS FRECUENTES

- Acoso escolar
- Duelo por familiares fallecidos por suicidio
- Diagnóstico de TDAH
- Violencia intrafamiliar
- Discriminación y exclusión
- Dificultades en la crianza de los hijos *(sin métodos de crianza apropiados)*
- Crisis familiar
- Intento de suicidio
- Dificultad en la comunicación
- Dificultad para la identificación y expresión emocional.
- Dificultad específica del aprendizaje.
- Duelo por pérdida de un ser querido o migración
- Sentimientos de soledad
- Problemas de pareja: infidelidad, violencia de género
- Dificultad para conciliar el sueño
- Consumo de sustancias: alcohol, krippy, cigarrillo.

CAMPAMENTO PSICOSOCIAL

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

- 41 Ss (22 CS/19 SC)
- Edad promedio 38
- Ambos sexos
- Técnicas Proyectivas:
  Psicodiagnóstico de Rorschach
- 4 láminas del Test de Apercepción Temática (3VH, 3 NM, 14 y 17NM)

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
HALLAZGOS PRELIMINARES A TRAVÉS DEL TAT

- El comportamiento suicida, en esta población, no parece ser un evento impulsivo, aparece después de un proceso reflexivo.

- El sufrimiento está mayormente asociado con pobres relaciones interpersonales, violencia intrafamiliar, pérdidas o separaciones en los vínculos, problemas económicos, problemas de salud, desesperanza ante la incertidumbre a la que se ven sometidos por las condiciones externas.

- La soledad es un elemento crucial y diferenciador entre los grupos de sujetos que han realizado intentos suicidas de los que no.

EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
HALLAZGOS PRELIMINARES A TRAVÉS DEL TAT

En el grupo de personas que tuvieron CS se aprecia que *las soluciones a los problemas no vienen a la mente.*

"Pienso que esa historia es de mi hermano y capaz él no supo manejar la situación porque era un niño y no encontró apoyo en su madre y yo tampoco pude ayudarlo. Sufría y no decía nada y bueno un muy buen día se subió a una silla agarró algo colgado del techo y se zumbó. Y sufrió cinco días para poder morirse y me da mucha tristeza no haber podido hacer nada por él"

(Mujer de 48 años con comportamiento suicida)

En el grupo SC, salen y buscan ayuda, la consiguen. Hay una tendencia estoica de seguir, con tristeza: *"pero uno se seca las lágrimas, hace como que no pasa nada y continua con el dolor*

Esto si que está oscuro… veo un hombre pensativo. (Qué está pensando?) Pienso que no está triste porque la cara no se le ve así… está pensativo y sumergido en la oscuridad, está pensando que puede hacer o que se siente cansado y no ve la solución del problema. (que está pasando?) Está buscando una solución, está como si estuviera aislado… (Que pasó después?) Con la actitud que muestra encontró una forma de solucionarlo, buscar ayuda y salir adelante."

(Hombre de 43a, SC, L14)

CAMPAMENTO PSICOSOCIAL

ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL

ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL

SE DISEÑARON TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LAS EMOCIONES, ASERTIVIDAD Y SALUD MENTAL

NIÑOS, NIÑAS

Al dibujar los niños podían representar correctamente las emociones que se hablaron y ver las diferentes emociones que podían surgir ante una misma situación, permitiendo introducir la noción de las diferencias individuales tanto en cómo me siento y que tan intenso puede ser ese sentimiento.

Se pudo observar que es difícil para muchos poner en palabras las sensaciones corporales asociadas a las diferentes emociones, asi como los rasgos faciales que diferencian una emoción de otra. Esto también permitió incorporar que a veces no sirve solo ver las caras y situaciones que ocurren, es importante también escuchar.

ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL

SE DISEÑARON TALLERES SOBRE EL MANEJO DE LAS EMOCIONES, ASERTIVIDAD Y SALUD MENTAL

ADOLESCENTES

Se pudo recabar diferentes situaciones que generaban emociones intensas como bullying en el contexto escolar, violencia física y verbal por parte de los padres. Desconfianza y poco espacio para hablar de sus emociones, sentimientos de soledad e incomprensión en algunos jóvenes.

La interpretación y análisis de las diversas situaciones propuestas permitió explorar en los jóvenes un pensamiento crítico, la reflexión acerca de sus propios temores y emociones intensas.

ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL

HALLAZGOS PRELIMINARES

- Se evidencia dificultad en comprender la neurodiversidad, se etiqueta como "condición" a cualquier variante del desarrollo sin necesidad de estar asociada per se a un trastorno del neurodesarrollo.
- Impresiona discriminación por parte de adultos y niños hacia los niños neurodiversos.
- Escasa noción de lo que implica la inclusión, o por lo menos la integración de un niño neurodiverso en las aulas regulares. No hay conocimiento de adaptaciones curriculares.
- Se evidencia necesidad de espacios de recreación que sean estructurados y sin costo para que puedan participar los diferentes niños.
- Se evidencia desconocimiento por parte de padres y de docentes sobre qué hacer con los niños que requieren de algún seguimiento individual.

CAMPAMENTO PSICOSOCIAL

ENCUENTROS SECTOR EDUCATIVO

SECTOR EDUCATIVO
NECESIDADES DETECTADAS:

DIRECTIVOS

- Brecha entre el equipo Directivo y el Docente
- Conocimiento superficial del tema curricular que establece el estado, todo esto es visto como meros requerimientos
- Necesidad en estrategias para establecer Escuela para padres
- Baja matrícula en las IES más cercana y con pocas opciones de estudio

DOCENTES

- Líderes sociales, sienten un gran peso en sus hombros
- Concientizar la transversalización de la diversidad
- Necesidad de formarse en una didáctica donde se alinee el Aprendizaje-Enseñanza-Evaluación para lograr una inclusión más cercana a definir las potencialidades de los educandos
- Desmotivados por bajos sueldos, falta de atención al educador entre otras cosas
- Cumplen horarios mosaico, los días restantes tienen otro trabajo

CAMPAMENTO PSICOSOCIAL

RESULTADOS CUANTITATIVOS

RESULTADOS CUANTITATIVOS

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA ENCUESTADA:

309 Sujetos encuestados

40,10 Promedio de edad, con una desviación de 13,97

62,14% mujeres

37,86% hombres

78,15% niegan haber asistido a alguna consulta psicológica o psiquiátrica

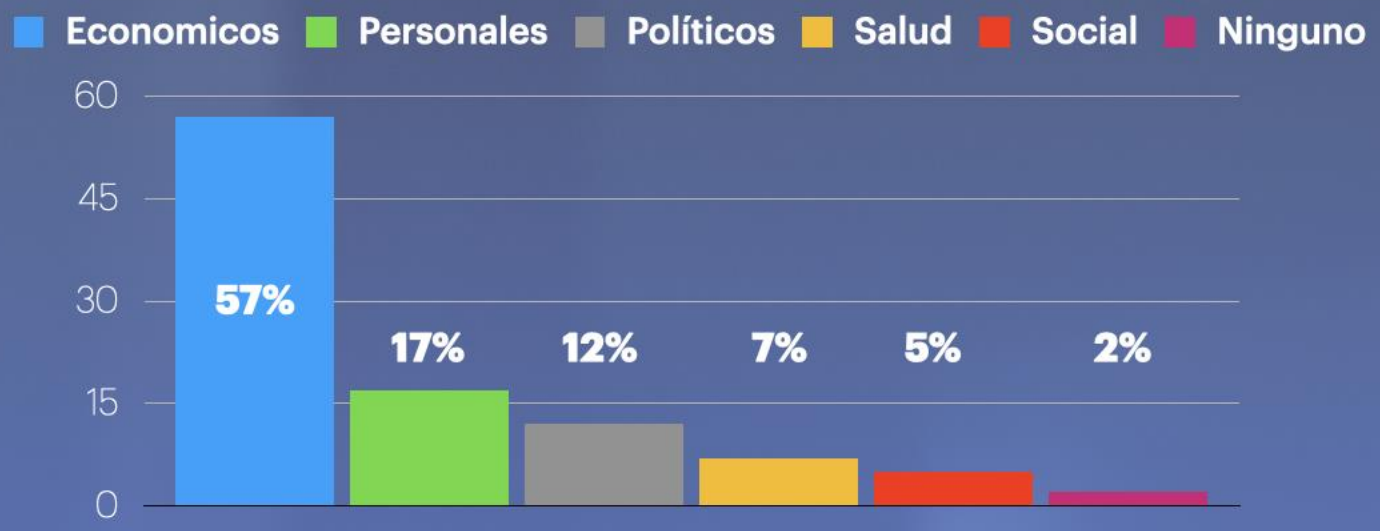
RESULTADOS CUANTITATIVOS

FACTORES SOCIALES DE RIESGOS

78.48%

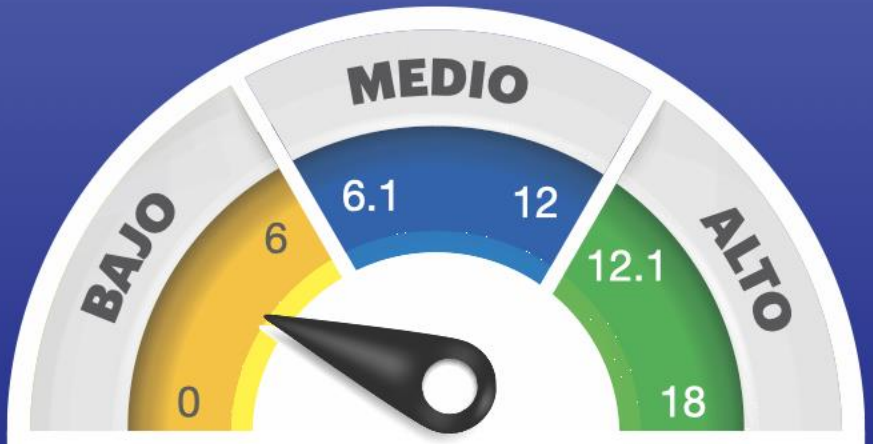
expresan que su ingreso económico es insuficiente

PRINCIPALES FUENTES DE ESTRÉS



TACÓMETROS PARA LA MUESTRA

BIENESTAR PSICOLÓGICO



Puntaje total: 3.80

Bajo

MALESTAR PSICOLÓGICO

Puntaje total: 4.09

Bajo

TACÓMETROS PARA LA MUESTRA

ESTRATEGIAS APROXIMATIVAS

Puntaje total: 60.58

Alto

ESTRATEGIAS EVITATIVAS

Puntaje total: 68.30

Medio

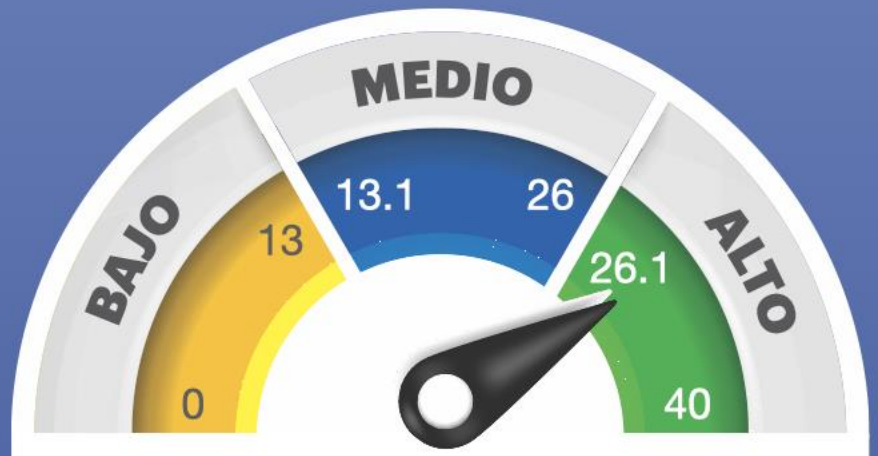
TACÓMETROS PARA LA MUESTRA

RED DE APOYO SOCIAL

Puntaje total: 14.74

Medio

RESILIENCIA



Puntaje total: 28.33

Alto

TACÓMETROS PARA LA MUESTRA

RIESGO SUICIDA

Puntaje total: 3.28

Bajo

IMPULSIVIDAD

Puntaje total: 14.51

Alto

RESULTADOS CUANTITATIVOS

RESULTADOS POR GENERO SIGNIFICATIVO AL 0,05.

Estrategias aproximativas, evitativas y en red de apoyo social: las mujeres presentan mayor uso de ambas estrategias, mayor intención suicida y perciben menor apoyo social en comparación a los hombres.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

RESULTADOS POR EDAD, SIGNIFICATIVO AL 0,05

A mayor edad, mayor uso de estrategias aproximativas. Diferencias significativas entre el grupo etario de 30 años o menos (G1: 18 hasta 30) con todos los demás grupos (G2: 31 hasta 39; G3: 40 hasta 50; G4: 51 hasta 79).

A mayor edad, mayor red de apoyo social. Diferencias significativas entre el grupo etario de 30 años o menos (G1: 18 hasta 30) con grupo etario 4 (G4: 51 hasta 79).

El grupo etario de 30 años o menos son más impulsivos. A menor edad, mayor impulsividad. Diferencias significativas entre el grupo etario de 30 años o menos (G1: 18 hasta 30) con grupo etario 3 (G3: 40 hasta 50) y 4 (G4: 51 hasta 79).

RESULTADOS CUANTITATIVOS

CRUCE POR GRUPO ETARIO Y PENSAMIENTO SUICIDA

De los que contestaron que han tenido pensamiento suicida, el 43,4% pertenece al grupo etario de 30 años o menos (G1: 18 hasta 30).

CRUCE POR GRUPO ETARIO Y CONDUCTA SUICIDA

De los que contestaron que han tenido conducta suicida, el 48,4% pertenece al grupo etario de 30 años o menos (G1: 18 hasta 30).

SEGMENTACIÓN POR PRESENCIA DE PENSAMIENTO SUICIDA:

20% de la muestra presenta pensamiento suicida.

Estas personas tienen puntuación alta en afrontamiento evitativo, en impulsividad y riesgo suicida. Puntuación baja en apoyo social.

SEGMENTACIÓN POR PRESENCIA DE CONDUCTA SUICIDA

12% de la muestra presenta Conducta suicida.

Estas personas tienen puntuación alta en malestar psicológico, riesgo suicida e impulsividad. Bajo puntaje en estrategias aproximativas.

CONCLUSIONES PRELIMINARES

DETERMINANTES CONTEXTUALES

- Inestabilidad económica
- Intensas jornadas laborales
- Horario mosaico en el sistema educativo
- Los problemas en los servicios públicos (cortes eléctricos, escasez de combustible, servicios médicos y psicológicos limitados y lejanos, transporte) impactan en la economía de la región: producción y comercialización agrícola, reducción del turismo
- Escasas oportunidades de recreación
- Migración
- Baja matrícula en todos los niveles educativos
- Discriminación por parte de adultos y niños hacia los niños neurodiversos
- Discriminación a la diversidad sexual
- Dificultad en el acceso a los medicamentos, especialmente a los psicotrópicos y métodos de salud sexual y reproductiva
- Acoso escolar
- Invasión a la vida familiar y personal

DETERMINANTES FAMILIARES

- Violencia intrafamiliar: violencia basada en género, abuso sexual, etiquetas negativas, rivalidad entre hermanos, exclusión, maltrato físico y psicológico, consumo de sustancias (alcohol), actos humillantes
- Abuelos y familiares cuidadores por migración
- Vínculos familiares frágiles
- Antecedentes familiares de suicidio
- Duelos no elaborados
- Nido vacío
- Escaso apoyo social percibido
- Blindaje de los conflictos familiares
- Infidelidad
- Familias multi-constituidas

DETERMINANTES PERSONALES

- Ambivalencia: se debate entre cometer el acto o no
- Prevalece la urgente necesidad de terminar con el sufrimiento que se padece
- Se encuentra sin esperanza
- El sufrimiento que experimenta es desbordante
- No percibe otra alternativa de salida
- Para dejar de sufrir el único horizonte que ve, es acabar con su vida
- Problemas de salud y enfermedades crónicas
- La agresión se dirige hacia dentro y al no poder expresarla, aumenta el riesgo de conductas autolesión.

DETERMINANTES PERSONALES

- Sentimientos de soledad, como elemento crucial y diferenciador entre los grupos de sujetos que han realizado intentos suicidas de los que no "Estresado de la soledad"
- Dificultad de expresión emocional
- Pobres relaciones interpersonales
- Pérdidas o separaciones en los vínculos
- Consumo de sustancias
- Agobio por situaciones externas
- Manifiestan sentirse aburridos
- Síndrome del cuidador
- Aislamiento
- Promiscuidad
- Incertidumbre por el futuro

Línea PsicoAyuda UCAB

PsicoData
VENEZUELA

PSICOLOGÍA | UCAB

#NoEstásSolo #BuscaAyuda

WWW.PSICOLOGIA.UCAB.EDU.VE

@PSICOLOGIA_UCAB

PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO EN VENEZUELA

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO (UCAB)

PSICOLOGÍA | UCAB

PsicoData
VENEZUELA