



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**USO DE VIDEOS EDUCATIVOS EN EL CONOCIMIENTO SOBRE EL
MANEJO DE AUTOLESIONES Y SUICIDIO DESDE LA GUÍA**

mhGAP

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN
PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

KARLA ESTEFANÍA CHÁVEZ MORENO

DIRECTORA: DRA. PAULINA ARENAS LANDGRAVE
REVISORA: DRA. YUNUEN IXCHEL GUZMÁN CEDILLO

SINODALES

DRA. ANA CELIA CHAPA ROMERO
DRA. ANGÉLICA JUÁREZ LOYA
DRA. ALEJANDRA VALENCIA CRUZ

Ciudad Universitaria, CD. MX.

2022

“TESIS REALIZADA EN EL MARCO Y EL APOYO DEL PROYECTO
DGAPA/UNAM PAPIME: PE311319”





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Agradecimientos	4
Introducción	6
Capítulo 1. El video educativo en la adquisición del conocimiento	9
Modelo de aprendizaje multimedia	9
Definición de video educativo	18
Importancia del video educativo	21
Uso de videos educativos en la formación de profesionales	22
Capítulo 2. Intervenciones en casos de autolesiones y suicidio desde un primer nivel de atención	24
Definición de atención primaria	24
Atención primaria en salud mental	27
La guía de intervención mhGAP	29
Autolesiones y suicidio	32
Capítulo 3. Método	35
Planteamiento del problema y justificación	35
Pregunta de investigación	36
Objetivo general	36
Objetivos específicos	36
Hipótesis	36
Diseño	36
Escenario/contexto y muestra de participantes	37
Instrumentos y técnicas de recolección de información/ evaluación	37
Estrategia o procedimiento	38
Análisis Estadísticos	40
Capítulo 4. Resultados	41
Capítulo 5. Discusión y Conclusiones	46
Discusión	46
Limitaciones del estudio	50
Conclusiones	51

Sugerencias	51
Referencias	53
Anexos	59
Anexo 1. Cuestionario revisado por jueces expertos sobre la guía mhGAP	60
Anexo 2. Capturas del vídeo elaborado	63

Agradecimientos

Esta tesis es para mi mamá Olga Moreno por los días que me llevo a la escuela y a veces hasta iba por mí, por su apoyo dándome ánimos, y siempre me alentarme a seguir adelante, para mi papá Apolinar Chávez por que el siempre busco darme lo mejor para yo hacer lo mejor y siempre demostrarme su apoyo, para mis hermanos Aldo y Alan que muchas veces me ayudaron y siempre estar dispuestos a hacerlo. A ustedes mi familia gracias por su incondicional apoyo y hacerme creer que todo es posible los amo mucho y sin ustedes yo no habría llegado hasta donde estoy ahora.

Agradezco muchísimo a la Dra. Paulina Arenas Landgrave y PADyRS por el apoyo para la elaboración de esta tesis, sin su tiempo y dedicación no hubiera sido posible.

A la Dra. Yunuen Ixchel Guzmán Cedillo y LADED por su paciencia y aportaciones y siempre estar dispuesta a apoyar.

A mis Sinodales de tesis en especial a Alejandra Valencia Cruz por haber sido parte de mi desarrollo temprano como universitaria.

Agradecimiento al proyecto PAPIME “Seminario de supervisión de casos en riesgo por autolesión y suicidio” con clave PE311319 mediante el cual fue posible realizar este trabajo.

A mi familia no nuclear y otras personas que estuvieron allí para mí: tía Adriana, tío Palber, primo Palber, prima Marlene, abuelita María Chávez y abuelita María Irra, primo Mauricio, tía Dolores y el Dr. Huerta y a todos los que me faltaron y estuvieron en el proceso, gracias.

A amigos los cuales fueron importantes para mi desarrollo académico y personal, a Ana Alvarado por tu amor y siempre darme ánimos, fuerza y apoyo incondicional desde la prepa, llegamos juntas aquí lo logramos amiga. A Mercado por tu infinita paciencia y ser de mis mayores sostenes en la carrera además de todo el apoyo emocional durante ella, no te rindas sé que acabarás tu tesis pronto amigo y encontrarás tu camino. A Jaime por siempre cuidarme desde el cariño y amor dedicándome mucho tiempo y escucha gracias por cada

momento. A Fernanda Barrón por tu apoyo, por venir a mis eventos de danza cada que te invitaba, por seguir compartiendo cosas y risas juntas muchas gracias. A Reyna por ser mi primera amiga de la carrera y quedarte conmigo hasta el final. A Are-chan por tu afecto, paciencia y por crecer juntas en el último cachito de la carrera. A Lemo por tu amistad y cariño. Caro por ser mi gemela y siempre darme ánimos y apoyo cuando más lo necesitaba. A Anya por escucharme, por toda tu estima, por ser una amistad sincera y pura. A Ivy y Dorian por su disposición y apoyo en mis proyectos además de su amistad. A Jisi sabes que sin ti no lo hubiera logrado y te lo agradezco de corazón. A Sonya, cuando la guerra acabe, te aseguro que nos vamos a ver y nos abrazaremos muy fuerte. Y por último agradezco el apoyo de Jimena, Astrid, Neviros, Estrella, Ariadna, Baez, la Psic. Lizeth y a las demás personas que me hayan ayudado y no mencione muchas gracias.

Muchas gracias a la UNAM y a la Facultad de Psicología por toda la educación que me brindó que fue valiosísima para mi desarrollo como persona.

Introducción

La tecnología ha generado nuevas herramientas para el desarrollo de competencias, conocimientos y capacitaciones en la educación, el generar nuevas estrategias que complementen los conocimientos previos resultan en un aprendizaje significativo lo cual nos habla de que si las nuevas generaciones combinan su profesión con herramientas educativas puede ser una gran ventaja para su ejercer como profesionistas.

Una manera de desarrollar conocimiento y mejor entendimiento de temas sobre temas de problemáticas actuales es a partir de las nuevas tecnologías y del aprendizaje multimedia cuyos principios involucran diversos recursos para desarrollar contenidos y facilitar su comprensión.

La producción de videos educativos es, según Bravo (1996), uno de los medios didácticos que, adecuadamente empleado, sirve para facilitar a los profesores la transmisión de conocimientos y a los alumnos la asimilación de éstos.

Por otro lado, los videos educativos siguiendo los principios de Mayer (2014) cumplen un papel importante en la generación de recursos electrónicos dedicados al aprendizaje ya que él propone una serie de herramientas y principios pueden ayudar a generar contenido multimedia que genere un mejor aprendizaje debido al procesamiento cognitivo adecuado con el que se trata.

se puede decir que hay una necesidad de formar técnica y didácticamente a todo aquel que quiera utilizarlos, debe haber una justificación metodológica e indagación previa sobre su material, es decir debe hacerse una investigación bibliográfica la cual incluya el campo de aplicación de los conocimientos adquiridos en el entorno cotidiano y habitual lo cual ayuda a acercase a contextos naturales y adquisición de contenidos conceptuales al igual que el manejo técnico de la materia para realizar los videos.

Según lo dicho por Cabero et al., (2007) un vídeo puede funcionar como un transmisor de conocimientos que cubra la necesidad de formar técnica y didácticamente a todo el que lo requiera. Esto puede favorecer que mucha de la información en el área clínica sea de mejor acceso y se muestre de manera clara y concisa, ya que, en la atención primaria el personal sigue teniendo una escasez de conocimiento respecto a las problemáticas de salud

mental a pesar de que recientemente se han implementado planes de acción por parte de la OMS y OPS (2014).

En el área clínica de la salud existen diversos tipos de problemáticas que afectan a la salud mental; entre ellas una de la que más incidencia tiene es la depresión. Según la Organización Mundial de La Salud (OMS, 2019) es el trastorno mental más frecuente y una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo, afectando a más de 263 millones de personas aproximadamente. La depresión puede incluir riesgos más severos, entre ellos el que las personas generen pensamientos de autolesión y suicidio, dando como consecuencia el riesgo de autolesiones que produzcan heridas graves e incluso en el peor de los casos, la muerte.

Según la OMS (2021), cada año se suicidan cerca de 700 000 personas a nivel mundial y el 77% de los suicidios se produce en los países de ingresos bajos y medianos. Lo cual indica la poca atención en salud mental en los países de mediano y bajo desarrollo, dada su poca sostenibilidad financiera en general, dejando a la salud mental como una opción sólo en casos graves o severos; es decir cuando los síntomas de una persona causan conflictos a nivel emocional diario. Irónicamente, esto termina causando más pérdidas económicas debido a que las personas llegan a padecer trastornos mentales a un nivel más severo lo que implica tratamientos más especializados y de mayor costo, por eso es importante empezar a detectar dichos trastornos en un nivel de atención más primario.

La atención primaria en salud mental (APS) es aquella que es más cercana a la población en general y se encarga de resolver necesidades de atención básicas y más frecuentes que pueden ser resueltas por medio de actividades consistentes en promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación (Vignolo et al.,2011).

En este sentido, capacitar al personal encargado de atender la salud mental resulta de vital importancia y una forma efectiva de llevarlo a cabo es a través de las nuevas tecnologías que, de acuerdo con Forbes (2016), resultan ser una estrategia de instrucción relevante y prometedora.

En resumen, los vídeos educativos basados en el aprendizaje multimedia pueden ser un apoyo en la capacitación del personal de primer nivel de atención primaria, ayudándoles a entender mejor a las afecciones mentales para que sean detectadas temprana y oportunamente, de tal forma que en el futuro eso no involucre un gasto mayor atendiendo un tipo de afectación superior que se pudo haber detectado y evitado desde antes.

En esta tesis se desarrolla un estudio cuyo objetivo es instruir a los alumnos en el manejo de la autolesión y el suicidio con base en la guía mhGAP mediante un video educativo diseñado para ello, para lo cual se utilizó un diseño pretest-postest.

Capítulo 1. El video educativo en la adquisición del conocimiento

El vídeo es un sistema que capta y reproduce de manera instantánea imágenes en movimiento y sonido por procedimientos electrónicos. Según Ramos (2014) el vídeo puede ser explotado como un medio de aprendizaje debido al impacto audiovisual que tiene, ya que las generaciones actuales están acostumbradas a que la información se transmita a través de animaciones, colores llamativos, música etc. Se distingue del resto de recursos didácticos por características como la permanencia de mensajes que permite su intercambio y conservación, la reproducción instantánea de lo grabado, su reutilización, el permitir la ordenación de distintos planos y secuencias en un proceso de edición, entre otras cosas, destacándose por ser una herramienta autónoma (Ramos 2000).

A continuación, se explicará el modelo de aprendizaje multimedia, que es una teoría que da sustento al video educativo como recurso didáctico.

Modelo de aprendizaje multimedia

“Mi enfoque durante mi carrera ha sido tratar de entender, ¿cómo podemos enseñar de una manera que ayude a las personas a aprender para que puedan tomar lo que han aprendido y usarlo en situaciones nuevas?” (Mayer, 2017)

El modelo de aprendizaje multimedia es propuesto por Richard E. Mayer quién es un profesor de Psicología de la Universidad de Carolina Santa Barbara donde ha desempeñado su trabajo desde 1975, siendo una autoridad en el campo de la educación y la psicología cognoscitiva, dentro de sus investigaciones hay temas como la cognición, la instrucción y la tecnología con énfasis en el aprendizaje multimedia (Latapie, 2007).

El principio del aprendizaje multimedia se refiere a que las personas aprenden mejor de palabras e imágenes que cuando las palabras se presentan solas, es decir cuando una persona construye una representación mental a partir de imágenes y palabras (Mayer, 2020).

Para entender la teoría propuesta por Mayer cabe explicar qué es el aprendizaje, la definición que da Mayer en el 2017 es que es un cambio en el conocimiento debido a la

experiencia, y el aprendizaje multimedia es un cambio en el conocimiento debido a la experiencia con palabras y gráficos.

Primero se definirá el aprendizaje y conocimiento en términos de aprendizaje multimedia, el aprendizaje es un cambio en el conocimiento atribuido a la experiencia. Esta definición se divide en tres partes: 1. el aprendizaje es un cambio; 2. lo que cambia es el conocimiento; y 3. la causa del cambio es la experiencia un entorno de aprendizaje. El aprendizaje es personal, ya que ocurre dentro del sistema cognitivo del aprendiz (Mayer, 2009).

Lo aprendido puede depender de cinco tipos de conocimiento según Mayer y Wittrock (2006), el primero son los *hechos* que es el conocimiento sobre las características de cosas o eventos, un ejemplo podría ser “la capital de México es la Ciudad de México”; el segundo son los *conceptos* el cual es el conocimiento de categorías, principios o modelos, como el saber qué es un perro o saber el principio de “causa y efecto” entre otras cosas; el tercero es el conocimiento de *procedimientos* el cual son los procesos específicos de cómo hacer algo paso a paso por ejemplo el seguir una receta de cocina, el ingresar datos en una hoja de cálculo podría caracterizarse por el “cuándo hacer qué cosa”; el cuarto es el conocimiento *estratégico* el cual implica métodos generales para dirigir el conocimiento de una persona hacia una meta o para dividir un problema en subpartes por ejemplo el hacer un itinerario de actividades para alguna entrega importante o cómo resumir algún texto; y por último el conocimiento *metacognitivo* o de *creencias* el cual implica la conciencia y el control del propio pensamiento cognitivo o sobre cómo funciona el aprendizaje por ejemplo “no soy bueno en física” .

En resumen, el aprendizaje implica siempre un cambio en lo que el aprendiz sabe y el cambio es en el conocimiento (que si bien no se observa directamente se infiere a partir de un cambio del comportamiento del aprendiz, por ejemplo su desempeño en un examen) este cambio puede involucrar la reorganización e integración de conocimientos en lugar de simplemente agregar nuevos conocimientos y lo que se aprende depende del procesamiento cognitivo del aprendiz durante el aprendizaje (Mayer, 2009) .

Para describir mejor el modelo es importante explicar que el aprendizaje tiene 3 teorías las cuales han evolucionado a través del tiempo, la primera es la de fortalecimiento de la respuesta o el aprendizaje como resultado de la *consolidación*, esta surge cuando el aprendiz/alumno refuerza o debilita una asociación entre un estímulo y una respuesta, en esta los aprendices/alumnos tienen la función de recibir de forma pasiva recompensas y castigos, mientras que los instructores / educadores administran las administran. La segunda teoría es la de *adquisición* de conocimientos, esta se basa en la idea de que el aprendizaje tiene lugar cuando el alumno consigue retener en su memoria de forma permanente información nueva, es decir agregar información a la memoria y el rol de los educadores es ser dispensadores de la información para los alumnos, esta teoría está muy ligada a la metáfora de la computadora. Por último, está la teoría del aprendizaje como *elaboración* de conocimientos, la cual es la manera más viable de ver el aprendizaje, ya que en esta, el aprendizaje incluye construir representaciones mentales implicando un proceso activo de parte del alumno ya que ellos participan de forma directa en la construcción de la memoria activa de una representación del conocimiento y la tarea de los profesores en esta teoría es ser “guías cognitivos” los cuales guían de forma cognitiva, proporcionando orientación y diseño de las auténticas tareas académicas. (Mayer, 2000 y 2017).

La teoría cognitiva del aprendizaje multimedia propuesta por Mayer pretende resolver la incógnita ¿cómo las personas aprenden de palabras e imágenes? (Mayer, 2009)

Existen tres supuestos de la teoría cognitiva del aprendizaje multimedia (Mayer, 2014), *la de canales duales, la capacidad limitada y el procesamiento activo.*

Canales duales: Existen canales de procesamiento de la información separados para la información verbal y visual las cuales son procesadas en diferentes partes del cerebro y son cualitativamente diferentes en la forma que los presentamos.

Capacidad limitada: es la que más problemas puede ocasionar debido a que esta se refiere a que las personas pueden procesar solo una limitada cantidad de información que puede ser cognitivamente procesada en cada canal al mismo tiempo, por lo que se debe mantener interesados a los aprendices.

Procesamiento activo: el aprendizaje significativo ocurre cuando los aprendices participan en un procesamiento cognitivo apropiado durante el aprendizaje, la persona presta atención a la información entrante relevante, siendo organizada mentalmente en una estructura y relacionándola con su conocimiento previo de la memoria a largo plazo.

Estos 3 procesos son los que se deben tratar de perfeccionar en la enseñanza, haciendo que la gente preste atención activamente a lo importante, organizado e integrado (Mayer, 2017).

La teoría cognitiva del aprendizaje multimedia tiene 3 procesos para el aprendizaje activo, los cuales son seleccionar, organizar e integrar (Mayer, 2014).

El funcionamiento de la teoría es la siguiente según Mayer en el 2017, el aprendizaje multimedia tiene destinado representar el sistema humano del procesamiento de la información y como vemos en la figura 1 las cajas representan los almacenes de memoria, incluida la sensorial, trabajo y largo plazo. Lo primero que se tiene son las imágenes y palabras vienen del mundo exterior como una presentación multimedia la cual entra en la memoria sensorial a través de los ojos y oídos, como se presenta la memoria sensorial en la figura 1 la flecha de las imágenes a los ojos corresponde a una imagen registrada en los ojos; la flecha de las palabras a los oídos corresponde al registro del texto hablado en los oídos; y la flecha de las palabras a los ojos corresponde al texto impreso que se registra en los ojos las cuales perduran durante un período muy breve en la memoria sensorial.

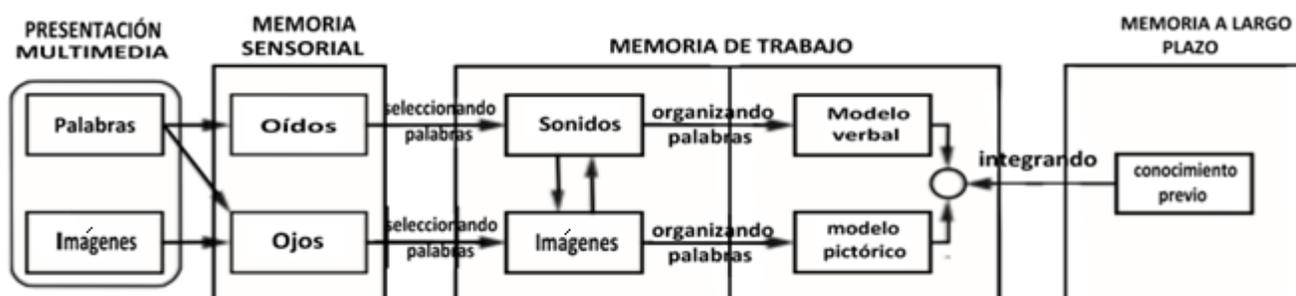
Después de la memoria sensorial se pasa al proceso de *selección* en el cual se presta atención a algo y de allí se mueve a la memoria de trabajo lugar en el cual ocurre la “magia” del aprendizaje multimedia. La memoria de trabajo se utiliza para retener y manipular temporalmente el conocimiento en la conciencia activa. Este tipo de procesamiento, del que se es consciente, el lado izquierdo de la memoria de trabajo representa la materia prima que entra (sonidos e imágenes), por lo que se basa en las dos modalidades sensoriales, visual y auditiva la cual será *organizada* a la del lado derecho de la memoria de trabajo que representa el conocimiento construido en la memoria de trabajo construyendo modelos mentales pictóricos, verbales y vínculos entre ellos. Cabe mencionar que la memoria de trabajo está limitada en la cantidad de conocimiento que se puede procesar a la vez.

Las flechas que están entre imágenes y sonidos dentro de la memoria de trabajo representan la conversión mental de un sonido a una imagen visual y viceversa, por ejemplo, cuando se escucha la palabra "perro" también se puede formar una imagen mental de un perro o el escuchar mentalmente la palabra "perro" cuando se ve la foto de uno.

Finalmente, el cuadro de la derecha que está etiquetado como memoria a largo plazo y corresponde al almacén de conocimiento del aprendiz. A diferencia de la memoria de trabajo, la memoria a largo plazo puede contener grandes cantidades de conocimiento durante largos periodos de tiempo, pero para poder pensar activamente en el material de la memoria a largo plazo, debe *integrarse* a la memoria de trabajo (como lo indica la flecha desde la memoria a largo plazo a la memoria de trabajo). La *integración* es el proceso en el cual se conectan estructuras cognitivas entre sí, tratando de poner todo junto e incluso activar conocimiento previo relevante desde la memoria a largo plazo, conectando con la información relevante.

Figura 1

Diagrama del procesamiento dual de la información



Nota. Tomado de "The Cambridge Handbook of Multimedia Learning" (Mayer, 2014, p.52).

Todo el proceso de la figura 1 que es esencial para el aprendizaje activo se resume en *seleccionar* palabras e imágenes relevantes para después *organizarlas* en un modelo verbal o pictórico del material seleccionado y al final *integrarlas* en representaciones verbales y pictóricas entre sí y con el conocimiento previo relevante activado de la memoria a largo plazo, es importante mencionar que estos procesos no ocurren de manera lineal por lo cual el aprendiz puede pasar de proceso en proceso de distintas maneras, el éxito del aprendizaje multimedia requiere que el aprendiz coordine y controle estos procesos.

Existen dos maneras de medir los resultados del aprendizaje, una es la evaluación de retención la cual se encarga de medir que tanto el aprendiz puede recordar y la otra es la de transferencia la cual se refiere a evaluar más allá del contenido, es decir entenderlo y preguntarse cómo se aplicaría a otro tipo de situaciones (Mayer, 2017).

Se podría afirmar que el *recordar* y *entender* son las más grandes metas de la enseñanza multimedia. En palabras de Latapie (2007) *recordar* es la habilidad de identificar el material presentado (retención de información) y *entender* es la habilidad de utilizar el material presentado para situaciones nuevas y construir una nueva representación mental a partir de ello (transferir la información).

Ligado con lo anterior hay tres tipos de resultados del aprendizaje las cuales son: *sin aprendizaje* que se refiere a que hay una pobre retención, transferencia y respuesta la cual resulta en ningún aprendizaje, en este caso el aprendiz carece de conocimiento. La que sigue es el *aprendizaje de memoria* hay una buena retención, pero poca transferencia lo cual resulta en un aprendizaje fragmentado, en este caso el aprendiz puede recordar el conocimiento pero no puede usarlo en situaciones nuevas como lo es el conocimiento *hechos* explicado anteriormente, y por último *aprendizaje significativo* es cuando hay un buen rendimiento en retención y transferencia lo cual da como resultado que el aprendiz tenga un conocimiento integrado, como podríamos representarlo en el conocimiento *estratégico* (Mayer, 2014).

Por otro lado, tenemos tres tipos de carga cognitiva, la primera es el *procesamiento extraño* el cual es un procesamiento cognitivo que no apoya el objetivo de la lección; causado por un diseño educativo deficiente y consumiendo toda la capacidad cognitiva disponible del aprendiz un ejemplo de esto es cuando hay una animación arriba y hasta abajo está escrito el texto de descripción esto hace que cuando el aprendiz escanee entre elementos generando este procesamiento extraño, una manera de corregirlo es poner el texto a lado de la imagen que se quiere describir. La segunda es *el procesamiento esencial* en la que se requiere un procesamiento cognitivo básico para representar mentalmente el material presentado en la memoria de trabajo; por ejemplo si un aprendiz no está familiarizado con el material de alguna lección rápida de filosofía por ejemplo haría que se sobrecargue la capacidad cognitiva del aprendiz debido a la complejidad del material una forma de ayudar a entender

materiales complejos es brindar una explicación breve previa al tema como por ejemplo brindar un glosario con características de los elementos clave etc. Y por último *el procesamiento generativo* en la que se requiere un procesamiento cognitivo profundo para dar sentido al material presentado; causado por la motivación del alumno para hacer un esfuerzo por aprender. El procesamiento generativo se puede preparar mediante la creación de un entorno de aprendizaje atractivo con un estilo conversacional y una redacción amable al oyente. Si los aprendices pueden participar en el procesamiento generativo y esencial, es más probable que construyan un resultado de aprendizaje significativo que permita una buena retención y un buen rendimiento de transferencia (Mayer, 2014).

De acuerdo con Mayer (2009) en este modelo triárquico de carga cognitiva, un desafío importante del diseño instruccional es que la capacidad cognitiva es limitada para el procesamiento extraño, esencial y generativo. Se puede notar que cada uno de los tres tipos de demandas conduce a un problema diferente para el diseño instruccional por ejemplo problemas atribuibles al diseño confuso del diseño físico del material, problemas atribuibles a la complejidad inherente del material y problemas atribuibles a estilo de comunicación poco motivador, para esto existen principios los cuales ayudan a estas demandas

Principios para reducir procesamiento extraño (Mayer, 2009 y 2014):

Coherencia: las personas aprenden mejor cuando se excluye el material extraño en lugar de incluirse. El material extraño compite por la cognición de recursos en la memoria de trabajo y puede desviar la atención del material importante, interrumpir el proceso de organización del material y primar al alumno para integrar el material con un tema inapropiado. Este principio puede ser particularmente importante para los estudiantes con poca capacidad de memoria de trabajo o conocimiento de dominio bajo.

Señalización: los aprendices aprenden mejor cuando se agregan señales o pistas que resaltan la organización del material esencial. La señalización reduce el procesamiento extraño al guiar la atención del alumno a los elementos clave de la lección y guiar la construcción de conexiones entre ellos por parte del alumno. Esta puede ser particularmente útil cuando las señales se usan con moderación, cuando el alumno tiene poca habilidad de lectura y cuando la lección multimedia está desorganizada o contiene material extraño.

Redundancia: las personas aprenden mejor de los gráficos y la narración asociadas. La redundancia crea un procesamiento extraño porque número 1 el canal visual puede sobrecargarse al tener que escanear visualmente entre imágenes y texto en pantalla, y dos porque los estudiantes hacen un esfuerzo mental para tratar de comparar los flujos entrantes de material impreso, hablado y texto. El principio de redundancia puede ser menos aplicable cuando (a) los subtítulos se reducen a unas pocas palabras y se colocan junto a la parte del gráfico que describen, (b) el texto hablado se presenta antes que el texto impreso y no al mismo tiempo, y (c) no hay gráficos y los segmentos verbales son cortos. En cada uno de estos casos, se disminuye el procesamiento extraño. De aquí inferimos que gráficos con narración y texto en pantalla es peor que gráficos y narración sola ya que el sistema se sobrecarga.

Contigüidad espacial: cuando las palabras e imágenes correspondientes entre sí, están presentados cerca una de la otra en lugar de alejados uno del otro en la página o pantalla. Cuando las palabras y las imágenes correspondientes están cerca unas de otras en la página o la pantalla, los aprendices no tienen que utilizar recursos cognitivos para buscar visualmente los elementos, y es más probable que los alumnos puedan retener ambas en la memoria de trabajo al mismo tiempo. Cuando las palabras y las imágenes correspondientes están lejos unas de otras, los aprendices tienen que utilizar recursos cognitivos para buscar visualmente en la página o la pantalla, y es menos probable que puedan retener ambas en la memoria de trabajo al mismo tiempo. El principio de contigüidad espacial es más aplicable cuando 1 el aprendiz no está familiarizado con el material, 2 el diagrama no es completamente comprensible sin palabras y 3 el material es complejo.

Contigüidad temporal: se aprende mejor cuando las imágenes y narración correspondientes se presentan simultáneamente en lugar de sucesivamente. Cuando las partes correspondientes de la narración y pictográficos se presentan al mismo tiempo, es más probable que el aprendiz pueda mantener representaciones mentales de ambas en la memoria de trabajo al mismo tiempo y por lo tanto es más probable que se pueda construir conexiones mentales entre representaciones verbales y visuales, cuando estas están separadas es menos probable que el aprendiz sea capaz de mantener representaciones mentales de ambas en la memoria de trabajo al mismo tiempo y por lo tanto no se construyen las conexiones mentales

entre elementos. Este principio puede ser menos aplicable cuando la lección sucesiva involucra alternancias entre segmentos cortos en lugar de una presentación larga y continua o cuando la lección está bajo el control del aprendiz en lugar del control del sistema.

Principios para promover el procesamiento de la esencial (Mayer, 2009).

Segmentación: las personas aprenden mejor cuando un mensaje multimedia se presenta en segmentos de ritmo de aprendizaje en lugar de como una unidad continua. Al ver un material pictográfico narrado rápido que explica los pasos de un proceso, es posible que algunos aprendices no comprendan completamente un paso del proceso antes de que se presente el siguiente y, por lo tanto, es posible que no tengan tiempo para ver la relación causal entre un paso y el siguiente. Es más posible que se aplique el principio de segmentación cuando el material es complejo, la presentación es rápida y el alumno no tiene experiencia con el material.

Preentrenamiento: las personas aprenden mejor de un mensaje multimedia cuando conocen los nombres y características de los conceptos principales. El entrenamiento previo puede ayudar a manejar las demandas de procesamiento esencial al distribuir parte del procesamiento a un episodio de entrenamiento previo que ocurre antes de la lección principal. Es más probable que este principio sea eficaz cuando el material es complejo, la lección multimedia es rápida y el alumno no está familiarizado con el material.

Modalidad: las personas aprenden mejor de un mensaje multimedia cuando las palabras se hablan en lugar de escribirse. Usando palabras escritas e imágenes provoca una sobrecarga en el sistema visual en la cual, usando imágenes y palabras habladas, las palabras se descargan en el canal verbal lo cual permite al aprendiz procesar de manera más completa las imágenes en el canal visual. Este principio puede ser aplicable cuando el material es complejo, la presentación tiene un ritmo rápido y los aprendices están familiarizados con las palabras, de lo contrario las palabras pueden ser apropiadas cuando la lección incluye palabras y símbolos técnicos, y cuando el alumno no es un hablante nativo o tiene problemas de audición.

Principios basados en claves sociales en el aprendizaje multimedia (Mayer, 2014).

Principio de personalización: las personas aprenden más cuando las palabras de una presentación multimedia tienen un estilo conversacional en lugar de un estilo formal

Principio de voz: las personas aprenden más cuando las palabras de un mensaje multimedia se pronuncian en voz humana en lugar de con la voz de una máquina (ejemplo popular el traductor de Google).

Principio de encarnación: las personas aprenden más cuando en la pantalla los agentes muestran gestos, contacto visual y expresiones faciales similares a los humanos en lugar de no hacerlo.

Principio de imagen: es el cual las personas no necesariamente aprenden más de una presentación multimedia cuando la imagen del orador está en pantalla en lugar de no estar en pantalla.

En general, las personas aprenden mejor cuando las palabras de una presentación multimedia tienen un estilo conversacional en lugar de uno formal, cuando las palabras se pronuncian con una voz humana con acento estándar en lugar de una voz de máquina o una voz humana con acento extranjero, y cuando los agentes en pantalla muestran gestos y movimientos humanos; pero las personas no necesariamente aprenden mejor cuando la imagen del orador está en la pantalla.

Hasta aquí se hará mención sobre las teorías relevantes del aprendizaje multimedia ya que su campo es mucho mayor y para términos de esta tesis con lo mencionado se cubre lo necesario. Por otro lado, el principio multimedia se debe presentar con material en forma visual (pueden ser ilustraciones, gráficos, fotos, mapas, entre otras cosas) y verbal (texto impreso o verbalizado) y para esto una herramienta importante son los videos educativos.

Definición de video educativo

El uso de la tecnología ha ido creciendo en los últimos años y entre los recursos más utilizados están los videos educativos, los cuales están a la delantera tanto en la enseñanza presencial como en la modalidad a distancia. (De la Fuente et al., 2018).

La utilización de videos es un tema el cual resulta interesante debido al auge que ha cobrado la imagen digital como medio de comunicación últimamente, una de las características principales es que el video no depende en esencia de la lectura para transmitir o captar un significado (Morales et al., 2014).

La definición de “video” por si sola, de acuerdo con la Real Academia Española (2022) es un sistema de grabación y reproducción de imágenes, acompañadas o no de sonidos, mediante cinta magnética u otros medios electrónicos. Por otro lado, Bravo (2000) propone la definición de video como un sistema de captación y reproducción instantánea de una imagen en movimiento y del sonido por procedimientos electrónicos definición la cual va más acorde a los propósitos de aprendizaje que anteriormente se mencionó en la teoría de Mayer.

Entendiendo qué es un video se puede dar paso al video educativo, el cual Bravo (1996) definió como uno de los medios didácticos que, adecuadamente empleado, sirve para facilitar a los profesores la transmisión de conocimientos y a los alumnos la asimilación de éstos. Por otro lado, Ramírez (2012), menciona que el video educativo es una estrategia que permite mayor rendimiento académico, estimulando a los aprendices y sacándolos de la rutina para aprovechar de manera óptima los recursos tecnológicos y cambiar positivamente de paradigmas metodológicos del aprendizaje.

Como se observa en esas descripciones el video educativo no sólo facilita el desarrollo del proceso de aprendizaje, sino que permite un mayor rendimiento siendo un material del medio en el cual se tiene viabilidad de acceso.

Dentro de las múltiples variedades de videos educativos que existen, Torgersen (1998, como se citó en Kolås et al., 2012), describe 6 tipos cognitivos de videos educativos el primero es el *semántico* el cual está orientado a los hechos y es objetivo, con mucha información; el segundo es el *episódico* contiene descripciones, y la interpretación del contenido depende de los antecedentes y las experiencias de los espectadores; el tercero *instructivo* se basa en la instrucción/tutoría; el cuarto un video *emocional* es aquel que busca activar sentimientos/emociones; el quinto es el *simbólico* se enfoca en la fantasía, el juego o la competencia, mientras que el ultimo que es *metacognitivo* se enfoca en la resolución de

problemas y la creatividad de los estudiantes. Estas categorías parecieran estar asociadas a lo mencionado antes sobre tipos de conocimiento según Mayer y Wittrock (2006), por ejemplo, el tipo de semántico podría asociarse al conocimiento de hechos, el episódico al de conceptos, el de instructivo con el conocimiento de procedimientos, etc.

El video educativo puede cumplir varios roles según lo dicho por Cabero et al., (2007), como lo puede ser el video como transmisor de información, instrumento motivador, instrumento de conocimiento, instrumento evaluación y de comunicación y alfabetización. Resaltando al video como instrumento del conocimiento se puede decir que hay una necesidad de formar técnica y didácticamente a todo aquel que quiera utilizarlos, debe haber una justificación metodológica e indagación previa sobre su material, es decir debe hacerse una investigación bibliográfica la cual incluya el campo de aplicación de los conocimientos adquiridos en el entorno cotidiano y habitual lo cual ayuda a acercarse a contextos naturales y adquisición de contenidos conceptuales al igual que el manejo técnico de la materia para realizar los videos. Es una estrategia que requiere tiempo por lo cual se requiere constancia y produce motivación potenciando el desarrollo de actitudes positivas hacia los contenidos trabajados como hacia el video como instrumento de aprendizaje.

Al fabricar medios de enseñanza como lo es el video educativo preferentemente lleva el siguiente proceso de elaboración según Cabero y Romero (2007) distinguido en las siguientes fases: diseño, producción, postproducción y evaluación. Como es lógico se supone que, si la evaluación resulta positiva, se puede dar por finalizada su producción, en el caso contrario se tendrían que realizar cambios en los errores detectados.

¿Qué es lo que hace realmente a un video educativo? a lo largo del tiempo han surgido muchas propuestas sobre el cómo es un "video educativo" que va desde el cómo se elaboran hasta muchas distintas categorizaciones en las cuales puede venir presentado, pero la verdad es que para términos de esta tesis se asociarán las características generales del video educativo con los principios de aprendizaje multimedia en el sentido de que se aprende mejor si las imágenes y audio se presentan de manera contigua a presentarse de manera aislada y que existen distintas maneras para eliminar procesamiento extraño, promover el procesamiento esencial, entre otros elementos ya mencionados y explicados de la teoría. Cabe mencionar que la mayoría de la teoría revisada sobre videos educativos a veces incluía

de manera breve o resumida elementos del aprendizaje multimedia como lo es la capacidad limitada de procesamiento, mantener al aprendiz involucrado, etc. y para afirmar esto basta con revisar el artículo “videos educativos efectivos” de Brame (2015).

Importancia del video educativo

A la imagen en movimiento se le agrega una descripción verbal la cual complementa lo que se está observando, las experiencias pictóricas permiten captar una mayor descripción de lo que se observa, por ello los materiales audiovisuales usados con propiedad, ofrecen grandes oportunidades para mejorar el aprendizaje. El vídeo tiene características especiales que lo hacen único, la combinación de la imagen en movimiento con el sonido, hacen atractiva su presentación. (Morales et al.,2014, p.1)

Como se destaca en este pequeño fragmento de texto se puede llegar a hacer alusión a lo propuesto por Mayer anteriormente sobre palabras e imágenes y además resaltar otro elemento importante que es el video educativo llega ser atractivo para el aprendiz.

La importancia del video educativo radica principalmente en su distribución y fácil acceso, además de que la utilización de los videos educativos ofrece recursos con los que los aprendices pueden participar en su propio tiempo y espacio, además como dice Gómez et al., (2008) el video puede ser un puente necesario entre la teoría y la práctica.

Cabe mencionar que el video educativo es una herramienta que no cualquiera tiene la “facilidad” de hacerlo, por eso es importante seguir una serie de principios ya que sin ellos se puede sencillamente “disfrazar” un video educativo sin realmente serlo, complementando esto con lo que dice Shoufan (2018) en un estudio de los Emiratos Árabes Unidos, si bien los videos educativos en línea son un recurso esencial para los estudiantes, faltan métricas comunes para medir la calidad de dichos videos. Los investigadores procuran utilizar las calificaciones y la participación de los videos para medir su calidad cuando en realidad se quedan cortos de valor cognitivo. Debido a que en redes populares como lo es YouTube no se tiene un filtro en torno al material considerado “educativo” que se sube a la nube y cualquier persona puede compartir cualquier tipo de contenido sin tener idea de la fase de producción que anteriormente se mencionó.

Dando como resultado una “subestimación” del poder del video educativo, sin reconocer su importancia, si bien el video educativo es sólo un medio para emplear aprendizaje, debe percibirse como un elemento didáctico y de comunicación y no sólo como algo técnico, ya que el aprendizaje no se encuentra en función del medio si no sobre la base de estrategias y técnicas didácticas que se apliquen sobre él (Cabero et al., 2007).

Por último, cabe destacar algunas ventajas que Cabero et al., (2005) describen sobre el video educativo las cuales son: facilidad en su manejo, la reducción de costos como herramienta teniendo la amplitud de aplicar diferentes tecnologías, facilidad con la que se permite el intercambio de productos videográficos, introduce con facilidad las nuevas tecnologías que permiten comodidad y calidad al realizarse las fases para la producción de un vídeo, diseño, producción, y postproducción. Tiene facilidad de manejo la cual permite que pueda ser utilizado fácilmente por profesores y estudiantes.

Uso de videos educativos en la formación de profesionales

En la educación superior es cada vez más frecuente el uso del video educativo como una herramienta que permite el desarrollo de aprendizajes significativos en los estudiantes (Matamoros et al., 2014).

En la actualidad el desarrollo de tecnologías de la información y conocimiento han tenido un notable impacto en la enseñanza de la educación superior, entre los recursos didácticos que han emergido el video es un formato el cual según de la Fuente et al., (2018) describen que sigue siendo de los preferidos de los profesores y alumnos para mejorar la calidad del proceso de aprendizaje, especialmente en los últimos años el significativo incremento del uso de esta tecnología que se observa en repositorios de videos en academias virtuales (Coursea, Academia, Domestika, etc.) o cursos en línea.

En algunas situaciones pareciera que incluso los estudiantes universitarios prefieren ver las lecciones en línea (en este caso video) porque les gusta tener el control sobre el dónde, y cuando ellos aprenden (Hill & Nelson, 2011), además de que las nuevas generaciones tienden a percibir como más significativo que se les muestre una imagen o video para entender o aprender algún proceso de mejor manera.

Según Shoufan (2019) los estudiantes universitarios tienen un papel central en la evaluación e investigación educativa, y la mayoría, si no es que todos, los trabajos relacionados con la evaluación de videos educativos involucran las respuestas de los estudiantes de una forma u otra, este enfoque se está utilizando ampliamente en la teoría cognitiva del aprendizaje multimedia y otras teorías del aprendizaje cognitivo.

Un estudio de Allison et al., (2016) con estudiantes de medicina y residentes demostró que las fuentes de video son utilizadas como elementos que complementan su conocimiento por ser elementos relativamente recientes y su disponibilidad de plataformas como YouTube, como menciona el artículo sólo hace falta que este tipo de contenido pase por un proceso de selección para asegurarse que este contenido sea confiable ya que como se mencionó antes muchas personas suben sus videos sin ningún tipo de filtro en torno a la calidad de información.

En un estudio de Forbes et al. (2016) se hizo uso de los videos para apoyar la enseñanza y aprendizaje de habilidades clínicas con enfermeros, el cual concluyó que, si bien existe una clara necesidad de investigación adicional en el área, el uso de videos parece ser una opción prometedora y estrategia de instrucción relevante y cada vez más utilizada que podría mejorar la calidad de la educación en habilidades clínicas en las condiciones contemporáneas.

En otra investigación de Chen y Xia (2012) sobre la aplicación de la tecnología multimedia en la educación física universitaria, resultó que la tecnología multimedia puede producir y disponer mejor las palabras, el lenguaje, las imágenes y los videos con una expresión rápida y un buen recurso de internet, el cual favorece la renovación del conocimiento.

Las universidades tienen amplias oportunidades para usar la tecnología, por ejemplo, ayudar a los maestros a traer ejemplos de video y audio en su práctica en aulas universitarias y usar tecnologías modernas de bases de datos para crear formas interesantes y compatibles de anotar y caracterizar aspectos importantes de su práctica (Gómez, 2008).

No se debe perder de vista el video educativo como un recurso para la formación de profesionales ya que además de ser accesible, es una herramienta que facilita el entendimiento de los profesionistas.

Capítulo 2. Intervenciones en casos de autolesiones y suicidio desde un primer nivel de atención

El concepto de Atención Primaria en Salud se ha ido transformando en múltiples ocasiones desde 1978, lo cual ha originado confusión sobre su significado y el cómo ponerlo en práctica. Sus raíces son el compromiso con la justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación y está basado en el reconocimiento del goce de la salud al máximo que se pueda lograr como derecho fundamental humano (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Definición de atención primaria

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS, 2014). La falta de bienestar o la presencia de afecciones o enfermedades deben ser atendidas dependiendo del caso, y para ello existen diferentes niveles de atención.

Se define a los niveles de atención como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población (Vignolo et al., 2011). Clásicamente en el sector público se distinguen 3 tipos de niveles de atención en salud:

El primer nivel es el que lleva a cabo la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y de atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente, la cual es brindada por médicos generales y personal de enfermería, con el apoyo de la comunidad (Organización Panamericana de la Salud, s.f.). Este nivel es en el cual está enfocada la guía mhGAP, que será explicada a detalle más adelante.

El segundo nivel de atención brinda las especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad y cuenta con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio. Por último, el tercer nivel que es atención especializada, de mayor complejidad y se concentra en actividades de investigación clínica y básica (OPS, s.f.).

El término atención primaria se ha ido transformando desde que la OMS lo propuso en 1978 (Loewe, 1988). En este trabajo se emplea el término Atención Primaria de Salud (APS), debido a que cumple con los criterios de nivel asistencial, modelo de atención y las políticas de salud a comparación de otros términos relacionados a la atención primaria (Elorza et al., 2017). La APS se reconoce como un componente valioso de los Sistemas de

Salud, este reconocimiento se sostiene en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población (OPS, 2008).

Según la OMS (2017), la APS es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo accesible para la comunidad y el país. Esta atención está basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables (OPS, 2008).

De acuerdo con Vignolo et al. (2011) la APS es más cercana a la población en comparación con los otros niveles de atención, se da en consecuencia a la atención de necesidades básicas y que se presentan con frecuencia. Estas necesidades pueden ser resueltas por actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Al ser el primer contacto con la población, la APS es una estrategia con un rol considerable en los modelos basados en la promoción de la salud, ya que en ella destacan varios elementos esenciales, entre los cuales están:

El suministro de alimentos y nutrición adecuada, agua potable y saneamiento básico, la asistencia materno-infantil, la planificación familiar, inmunizaciones, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes (ídem).

En Latinoamérica, el alcance general del sistema de salud basado en la APS, tiene barreras a superar ya que, aunque se ha tratado de implementar de manera uniforme, la clase de conflictos que cada sistema de salud ha tenido son variados, entre las problemáticas está:

La segmentación de los sectores público y privado, la falta de sostenibilidad financiera, la reducción de desigualdades en salud, la visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo, las reformas de salud que han dividido a la población, la participación comunitaria limitada, la escasa continuidad de las políticas de salud, los recursos humanos insuficientes en número y capacitación, la falta de capacidad resolutoria, de coparticipación y corresponsabilidad de los integrantes del equipo, la ausencia de evaluación de los resultados de la estrategia y la falta de flexibilización

en la gestión que permitan la adaptación a cada realidad y contribuyan a la mejora de la coordinación entre los distintos recursos y niveles asistenciales (Giraldo-Osorio & Vélez-Álvarez, 2013, p.386).

Por toda esa falta de recursos, preparación y elementos de niveles asistenciales ha sido complicado brindar una APS de manera oportuna. Lo que mencionan Giraldo y Vélez (2013), es que la mayoría de los sistemas de salud de países latinoamericanos presentan aún muchos desafíos entre ellos: “dotar a los sistemas de salud con talento humano en número suficiente y capacitado, superar la fragmentación/segmentación de los sistemas de salud, garantizar la sostenibilidad financiera (...)” entre otras cosas.

En México la APS recientemente comenzó a adoptarse en el modelo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), esto según un comunicado de la Secretaría de Salud en el 2019 en el cual se destaca lo siguiente:

De acuerdo con la OPS, un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus funciones y estructura a los valores de la equidad, la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar sin distinción de raza, religión, ideología política, condición económica o social (Secretaría de Salud, 2019).

El modelo es retomado debido a los retrocesos que ha habido en América en lugares como Brasil y Estados Unidos, y el propósito de usar este modelo está direccionado a fortalecer el primer nivel de atención para que efectivamente resuelva entre 80 y 85 por ciento de los problemas de salud de la población (Laurell, 2019).

Atención primaria en salud mental

“No hay salud sin salud mental” (OMS & OPS, 2014)

La salud mental es un estado de bienestar en cual una persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés, trabajar de manera productiva y de contribuir a la comunidad, es fundamento de bienestar individual (OMS, 2018).

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS, la cual está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (OMS, 2014).

En el marco del plan, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales (OMS, 2018). Es decir, este plan está relacionado con la disminución de la brecha de tratamiento de trastornos mentales, a través de la participación de personal de salud en general.

Los trastornos mentales tienen una elevada morbilidad entre los pacientes de atención primaria (Gutiérrez, 1999), ya que en general el equipo que atiende a primer nivel recibe diferentes tipos de trastornos mentales diagnosticables e incluso con conflictos psicosociales, es decir problemas relacionados debido a que el comportamiento de la persona afecta en su inserción en la sociedad (Tizón et al., 2012). En un estudio descriptivo retrospectivo de Miranda et al., (2003), se encontró que la bibliografía consultada describe una prevalencia de los trastornos mentales en APS del 25-40%, de los cuales solo el 5-10% llegan a consultas de salud mental.

La salud mental en relación con la APS constituye uno de los pilares básicos del Sistema Nacional Sanitario para ofrecer una atención integral, de calidad y que de organización a una continuidad asistencial (Gómez et al., 2019), esto debido a que los trastornos mentales aumentan el riesgo de padecer otras enfermedades además de contribuir a lesiones intencionales y no intencionales (OMS & OPS, 2014).

Las políticas públicas siguen enfocadas en una visión medicalizada, dejando a la Psicología en “segundo plano”, a excepción de si el enfoque de esta sea desde un ámbito paliativo coincidente con el de la medicina (Redondo, 2013). Tanto a nivel nacional como internacional se están comenzando a implementar programas en los que se trabaja de forma coordinada entre los dispositivos de salud mental y APS para el tratamiento de las personas con trastornos mentales que frecuentemente predominan en la población (Gómez et al., 2019).

El papel de la atención primaria en el ámbito de la salud mental es limitado, aunque la situación está cambiando gradualmente. En un plan de acción sobre la salud mental del 2015 al 2020 de la OMS y OPS se menciona que, en los últimos años, mediante el uso de las Guías de Intervención del mhGAP (OMS & OPS, 2014), muchos países están capacitando personal de atención primaria en temas de salud mental.

Por otro lado, la integración en la APS del psicólogo clínico como un miembro más del equipo, ayudaría de modo que las personas con patología común sean tratadas desde un abordaje psicoterapéutico, reduciendo el gasto farmacológico y buscando el bienestar de los pacientes, siguiendo las líneas de recomendación marcadas por las guías de práctica clínica (Gómez et al., 2019).

Parece fácil y rápido integrar a psicólogos en el campo de la APS, pero la falta de recursos y preparación mencionados anteriormente, lo ha dificultado. Al existir una brecha en el tratamiento de los trastornos mentales, se tiende a provocar significativas pérdidas económicas y sociales entre las poblaciones de diversos países. Una de las propuestas para disminuirla es integrar la salud mental en el primer nivel de atención ayudando a la detección temprana, la prevención y el tratamiento de algunos trastornos (Saavedra et al., 2016).

En México la APS en los trastornos mentales ocupa los primeros lugares en la carga de enfermedad, situación que satura los servicios de salud, y que por su alta prevalencia y baja letalidad demandan recursos humanos y financieros que ponen en situaciones de alerta a los servicios de salud (Vargas & Villamil, 2016).

La atención de la Salud Mental demanda importancia, y al ser limitada causa pérdidas económicas en la asistencia sanitaria de la APS. Es en torno a esto que surge la guía mhGAP.

La guía de intervención mhGAP

Como se mencionó antes, los sistemas de salud mundialmente enfrentan grandes desafíos para poder brindar atención y proteger los derechos de las personas que sufren de trastornos mentales, neurológicos y por uso del consumo de sustancias. Debido a los insuficientes recursos, su mala distribución y su uso ineficiente, resulta en una inadecuada atención o negligente (Chan, 2010). Por otro lado, existe una idea muy difundida, aunque errónea, de que todas las intervenciones de salud mental son muy difíciles de aplicar y que solo personal altamente especializado puede encargarse de dichos casos (OPS, 2017).

El Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés), se fundó por la OMS en el 2008 con el objetivo de aumentar los recursos financieros y humanos en países de menor desarrollo, para la atención de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (OPS, 2017). Proporciona orientación y herramientas basadas en la evidencia con el fin de avanzar hacia las metas del plan de acción integral sobre salud mental 2015-2020 (OMS & OPS, 2014).

A su vez la guía de intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada (GI-mhGAP), es una herramienta elaborada en el 2010 basada en las directrices del mhGAP para su identificación y manejo, con el propósito de ayudar a la ejecución del programa (OPS, 2017). Ha sido elaborada a través de una revisión sistemática de evidencias, seguida de un proceso de consulta y participación internacional (Chan, 2010).

Esta guía es breve y proporciona recomendaciones para facilitar las intervenciones por parte de los profesionales de atención de salud que trabajan en los establecimientos del primer y del segundo nivel, y presenta una gestión integrada de los trastornos prioritarios utilizando protocolos para la toma de decisiones clínicas (OPS, 2017).

Figura 2

Esquema general de la mhGAP



Nota. Esquema general de contenidos de la guía mhGAP Tomado de “La guía de intervención mhGAP” por la OPS, 2017 pp. 16-17.

La guía se divide primero en una introducción la cual da un leve panorama de qué es la mhGAP y cómo funciona, después se tiene un módulo llamado “Atención y prácticas esenciales de salud”, donde se abordan los principios generales de la atención clínica, la promoción del respeto a la privacidad, la fomentación de buenas relaciones entre prestador de atención/usuario, elementos esenciales de la práctica clínica entre otras cosas. Después de ello está el esquema principal el cual es un tipo índice que enlista los trastornos a tratar como se ilustra en la figura 2. En seguida vienen los 7 trastornos prioritarios que se han encontrado, desglosados y cada uno está dividido en una descripción y panorama breve de lo que es el trastorno, una evaluación que nos indica que pasos a seguir para evaluar a la persona según sus manifestaciones y síntomas, una sección de manejo la cual incluye algunos protocolos para la toma de decisiones clínicas y un seguimiento el cual sirve para evaluar si hay alguna mejora meses después de la aplicación de la guía. Al final cuenta una sección de otros padecimientos de salud mental importantes y una sección del proceso de aplicación de la guía (OPS, 2017). En su proceso de manejo, se recomienda un establecimiento del equipo de aplicación, un análisis de la situación, el plan de aplicación, adaptación, capacitación y supervisión, seguimiento y evaluación, es importante que se reciba una capacitación especializada de esta guía para poder evaluar y atender a las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (OPS, 2017).

Dentro de la evidencia reciente de que la mhGAP funciona, hay investigaciones como la de Mutiso et al., en el 2019 la cual fue llevada a cabo en un entorno rural de Kenia en el cual se hizo uso de la mhGAP en enfermeras y personal médico con una muestra de 2306 pacientes atendidos el estudio concluyó en que las enfermeras y el personal médico entrenados, supervisados y apoyados pudieron producir buenos resultados utilizando la guía de intervención mhGAP para la salud mental. En una investigación hecha por Humayun et al. en el 2017 en Pakistán para fortalecer los servicios existentes para una población desplazada internamente, se dice que a pesar de los desafíos de una crisis humanitaria, las directrices mhGAP se pueden implementar con éxito para capacitar a médicos de atención primaria en países de ingresos bajos y medianos como Pakistán además de que obtienen un mejor conocimiento relacionado con la salud mental; sin embargo, se detecta que la escasez de recursos puede ser un obstáculo para la implementación de los servicios de la atención primaria.

Ya destacada la utilidad y practicidad de la guía mhGAP para términos de esta tesis se abordará una de sus varias directrices que es las autolesiones y suicidio el cual considerando toda la evidencia previa pudiera ser de ayuda para este problema que hoy en día sigue creciendo.

Autolesiones y suicidio

La OPS en la mhGAP (2017), define al suicidio como el acto deliberado de quitarse la vida, mientras que, la autolesión abarca envenenamientos y lesiones autoinfligidas e intencionales no necesariamente fatales. Según la OMS (2019), unas 800 mil personas se suicidan cada año, lo que representa una tasa estimada de 11,4 muertes por cada 100 mil habitantes. En México el suicidio, según datos recolectados de entre 1970 y 2007 del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2018), afirman que constituye la tercera causa de muerte en jóvenes de 15 a 19 años. Actualmente las cifras que maneja el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2019) en un archivo recopilatorio por conmemoración del día mundial para la prevención del suicidio el 10 de septiembre, indica que con cifras del 2017 el suicidio salta de ser la tercera causa de muerte a la segunda en jóvenes de 15 a 29 años.

La conducta suicida y la depresión son dos perturbaciones que pueden darse en una misma persona, este cubrimiento no se limita a determinados problemas, sino a que existe en todo tipo de trastornos juveniles y de adultos, en el cual la presencia de síntomas o trastornos afectivos suele ser común entre las patologías mentales (Sanchis et al., 2012). Maris (2002) describe al suicidio como un acto intencional autoinfligido que da como resultado la muerte, además de ser un concomitante multidimensional de los diagnósticos psiquiátricos, especialmente los trastornos del estado de ánimo, y es complejo tanto en su causalidad como en el tratamiento de las personas en riesgo. En las autolesiones cabe resaltar que una persona que “intenta suicidarse” no siempre tiene la intención de acabar con su vida (Kapur & Gask 2009). La autolesión es el comportamiento autolesivo en donde se describe sólo el hecho y no su motivación (Koppmann, 2020).

En cuanto a las autolesiones no suicidas, en un artículo de Vega et al., (2018) se define a la autolesión no suicida como la destrucción directa y deliberada de la propia superficie corporal sin intención real, esta definición excluye conductas que pueden ser autolesiones

accidentales o indirectas (por ejemplo la restricción de alimentos , consumir drogas) o que son aceptados socialmente (por ejemplo tatuarse o autolesionarse en el contexto religioso); sin embargo, las autolesiones no suicidas, aumentan en riesgo a futuros intentos suicidas ya que la diferencia entre conductas autolesivas no suicidas y suicidas es la letalidad y severidad con las que se practican.

En resumen, el suicidio es una de las principales causas de muerte en todo el mundo mientras que la autolesión se refiere a un acto deliberado no fatal, ya sea físico, sobredosis de drogas o envenenamiento, llevado a cabo sabiendo potente daño, además la autolesión está fuertemente asociada con el riesgo de suicidio (Kapur & Gask 2009). Al ser un problema que ha ido incrementando a lo largo de los años, la capacitación a través de la guía resulta ser oportuna para atender casos de urgencia por un personal de la APS ya sea doctores, enfermeras, etc.

En un estudio realizado en Kenya hecho por Musyimi et al., en el 2018 dónde se utilizaron dispositivos móviles para la utilización de la guía mhGAP para personas con depresión y conducta suicida, se demostró que los resultados pueden llegar a compararse con los que se puede obtener utilizando herramientas con buenas propiedades psicométricas conocidas en países en desarrollo y desarrollados, además de que la guía está enfocada en las personas que buscan ayuda a nivel de atención primaria, también ahorra tiempo de consulta, costos de viaje y mejora el acceso al examen basado en evidencia de calidad utilizando el sistema de salud existente, pero con capacitación, apoyo y supervisión, y por lo tanto accesible y sostenible.

En México un estudio del 2019 de Robles et al. hecho con 60 profesionales de la salud en el cual se les dio un entrenamiento sobre la guía mhGAP, resultó en que los médicos solían quedarse en contemplación o pre contemplación al atender casos de depresión o riesgo suicida, pero después del curso sus intervenciones se volvieron más de “acción”, es decir implementaban la guía para cambiar de alguna manera la conducta del paciente y no sólo evaluar lo que pasaba, este estudio muestra que un breve curso basado en la guía mhGAP podría aumentar la preparación para identificar y tratar la depresión y la conducta suicida en entornos de atención primaria en el contexto mexicano.

Dentro de otros aproximamientos en primer nivel que hay en torno a la depresión y conducta autolesiva en México, la Facultad de Estudios Superiores (FES) Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) cuenta con un programa de prevención del suicidio llamado CREAS (Crisis, Emergencias y Atención al Suicidio) cuyo objetivo es ayudar a la enseñanza de tratamientos apoyados en evidencia, es tomado de la propuesta de un psicólogo llamado Quinnett (2012) quien sugiere en su programa de atención a la salud mental en las escuelas capacitar a los profesores y autoridades educativas en la detección de conductas que podrían representar un riesgo grave en términos de salud mental ya que en estos entornos hay mucha convivencia por las horas de clase. Su estrategia ha capacitado a muchas personas entre las que se encuentran profesores, autoridades, y alumnos (Torres, 2010).

Por otro lado, Arenas-Landgrave et al., (2020), hicieron una investigación a través del Programa de Atención para Universitarios con Depresión y Riesgo Suicida (PADyRS), con el objetivo de desarrollar guías de prevención de primer y segundo nivel de atención para el tratamiento y posvención de jóvenes y adultos dentro del contexto universitario de la UNAM y población externa que accede a los servicios universitarios con síntomas de depresión y comportamiento suicida, en los resultados se demostró que el uso de las guías realizadas e implementadas por este programa apegadas a la mhGAP, ha permitido prevenir, detectar y brindar atención psicológica de manera oportuna en casos de depresión, autolesiones y comportamiento suicida.

Como se ha mencionado hasta ahora la APS al ser las más accesible a la comunidad, tiene la oportunidad de detectar trastornos mentales de una manera más pertinente evitando el aumento de riesgo de otras enfermedades asociadas a los trastornos o incluso lesiones intencionales y no intencionales. A pesar de que el papel de la salud mental en la APS es limitada debido a distintos problemas relacionados con el sector salud, el uso de la guía mhGAP ha demostrado ser eficaz para proporcionar orientación y herramientas basadas en evidencia al personal que atiende en el primer nivel. Y en el caso del suicidio, esto adquiere mayor relevancia dado que es una problemática mundial que va en aumento, por eso la detección oportuna de conductas autolesivas, pensamientos o planes de autolesión o muerte, podría evitar o disminuir su incidencia.

Capítulo 3. Método

Planteamiento del problema y justificación

En los últimos años el papel de cómo se desarrolla el aprendizaje ha ido cambiando, muchas cosas se han renovado e implementado, sobre todo en la formación universitaria la cual hoy en día se focaliza en la enseñanza basada por las competencias (Gallego et al., 2010).

Ante el constante cambio cultural, organizativo, económico, social y demás, que se produce con más velocidad hoy en día en el mundo, las nuevas tecnologías de la información, comunicación, y los medios de comunicación, juegan un papel fundamental (Ramírez, 2012). Esto lleva a la necesidad de aceptar cambios en torno a estrategias y métodos de aprendizaje.

Por otro lado, las autolesiones y suicidio se han presentado como una problemática importante a nivel mundial, en este sentido la guía mhGAP (OPS, 2017) se ha encargado de categorizar y evaluar de manera en la que se pueda brindar apoyo en primer nivel y que cualquier persona enfocada al área de la salud pueda aprender a utilizarla.

La depresión y conducta autolesiva abordada a través de la aplicación de la mhGAP ha resultado igual de importante que otro tipo de pruebas, por lo cual optimizar esta herramienta de manera dinámica podría resultar en mayor apoyo para el personal en primer nivel u aprendices que quieran saber sobre este tema.

El desarrollo de nuevas herramientas las cuales ayudan a los estudiantes en formación al desarrollo de nuevo conocimiento ha tomado suma importancia para la educación en general y la teoría de aprendizaje multimedia de Mayer sustenta gran contenido teórico a partir del cual ayuda a crear un video no solamente educativo si no que tenga un aprendizaje significativo para cualquiera que este aprendiendo del video.

Este trabajo propone e incluso “innova” el uso de las nuevas tecnologías como herramienta clave para ayudar a mejorar el conocimiento de autolesiones/ suicidio siendo esta una problemática de nivel mundial, desarrollando nuevos métodos, más accesibles mejorando el entendimiento de la problemática y la lo más importante ayudar a capacitar al personal de primer nivel de atención salud o estudiantes sobre el tema.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre el manejo de autolesiones y suicidio desde la guía mhGAP, en estudiantes universitarios antes y después de ver un video educativo sobre el tema?

Objetivo general

Identificar si un vídeo educativo con los principios de “aprendizaje multimedia” sobre el tema de autolesiones y suicidio (utilizando la guía mhGAP de ayuda a atención primaria en salud) impacta en el nivel de conocimientos previos de los alumnos que lo observaron.

Objetivos específicos

- Diseñar un video educativo con base en la teoría de Mayer R. sobre los pasos a seguir desde la guía mhGAP a partir de la revisión de un caso.
- Determinar que el video desarrollado cumpla con los criterios de un video educativo mediante su evaluación a través de una rúbrica.
- Diseñar un instrumento que evalúe los conocimientos teóricos del video educativo sobre el tema autolesión/suicidio desde la guía mhGAP.
- Identificar el nivel de conocimientos en alumnos de 8vo semestre de la carrera de psicología sobre los pasos a seguir de la guía mhGAP antes y después de ver el video educativo.

Hipótesis

H0. No hay diferencia en el nivel de conocimientos de los alumnos sobre autolesiones/ suicidio antes y después de la visualización de un video educativo sobre dicho tema.

Ha. Hay diferencia en el nivel de conocimientos de los alumnos sobre autolesiones/ suicidio antes y después de la visualización de un video educativo sobre dicho tema.

Diseño

Es un estudio del tipo preexperimental ya que se llevó a cabo la medición de un solo grupo con pretest y postest.

Variables:

VI. Video educativo sobre cómo aplicar la guía mhGAP en la sección de autolesiones y suicidio.

VD. Nivel de conocimientos sobre la mhGAP en la sección autolesión y suicidio.

Escenario/contexto y muestra de participantes

La muestra total fue de 22 estudiantes de una clase de 8° semestre que cursaba la materia del área clínica llamada psicopatología de la adultez.

El escenario fue un salón de clases ubicado en el 3er piso de un edificio de una universidad pública en el turno vespertino en el año 2019.

Instrumentos y técnicas de recolección de información/ evaluación

Se elaboró un cuestionario sobre el video educativo de autolesión/ suicidio con base en la guía mhGAP, para evaluar los conocimientos de la guía, integrado por un total de 12 preguntas de evaluación, de las cuales 9 eran de opción múltiple y 3 abiertas. Cuatro de las preguntas se tomaron de parte del curso a distancia “Identificación y atención temprana de problemas de salud mental a través de la Guía de Intervención del mental health Gap Action Program (mhGAP)”, impartido por la Facultad de Psicología de la UNAM y la Escuela Nacional de Protección Civil del Centro Nacional de Prevención y Desastres.

Este cuestionario posteriormente se revisó por dos jueces expertos en el tema de dicha guía y autolesiones/suicidio y después se aplicó directamente en la muestra a evaluar.

Para recolectar la información primero se presentó el cuestionario de evaluación antes de ver el vídeo educativo, se tuvieron que responder solo las primeras 9 preguntas cerradas relacionadas directamente a la sección de autolesión/suicidio de la mhGAP, los estudiantes tuvieron 15 minutos para responderlo y después de eso se dejaron pasar 5 minutos antes de presentar el vídeo, después de que los estudiantes mirarán el video se dejaron pasar otros 5 minutos y se aplicó el postest, siendo el mismo cuestionario pero ahora respondiendo las 3 últimas preguntas abiertas teniendo los mismos 15 minutos para responder las preguntas cerradas y las abiertas con más libertad de tiempo. Las preguntas abiertas del cuestionario estaban relacionadas en torno a la opinión de los estudiantes sobre el vídeo, sobre si era claro

y que consideraban importante. Después de esta recolección de la información se evaluaron los datos obtenidos de los cuestionarios en SPSS.

Estrategia o procedimiento

Fase 1. Recolección de la información del contenido del vídeo educativo, corroborar y evaluar que la información sea correcta para generar y afinar el guion.

Se recolectó información de la guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada versión 2.0 y de las recomendaciones brindadas por el PADyRS una vez reunida y resumida toda la información teórica del tema de autolesiones y suicidio con base a la guía mhGAP, se comenzó a trabajar en el guion.

El guion fue hecho tratando de seguir los principios de la lista de cotejo con 19 reactivos cuantitativos para evaluar videos educativos hecha por la Dra. Yunuen Ixchel Guzmán Cedillo del Laboratorio de Aprendizaje de Diseño Educativo de Entornos de Aprendizaje Híbridos, en Línea y Presenciales (LADED), y también procurando seguir los principios de Aprendizaje Multimedia de Mayer (2014).

Dentro del guion además de representar el esquema en forma de diagrama de flujo de la guía mhGAP se incluyó un estudio de caso para ejemplificar como usar la información proporcionada de manera más explicativa y no sólo teórica.

Después de concluido el guion del video se sometió a una evaluación de contenido por 5 jueces expertos en el tema, estos jueces fueron nuevamente los integrantes de PADyRS quienes revisaron y proporcionaron recomendaciones extras al contenido del video educativo.

Al final se realizaron las agregaciones y correcciones correspondientes a la par de que el guion se revisaba con los jueces de contenido para poder continuar con el siguiente paso, la creación del vídeo.

Fase 2. Elaboración del Vídeo Educativo

Se grabaron las voces de 3 personas con un micrófono de marca Shure para representar los 4 personajes que estaban incluidos en el vídeo, se decidieron 2 narradores para que la explicación del vídeo fuera más dinámica y menos tediosa, y en las escenas de estudio de caso aparecían una consultante y una especialista.

Una vez terminadas de grabar las voces, se comenzó con el proceso de elaboración del vídeo con un programa online llamado Vyond, el cual permite hacer escenas a manera de diapositiva con personajes a preferencia (es decir editar un personaje ya creado o crear uno nuevo desde cero), y a estos personajes agregarles líneas de voz y/o acciones corporales de elección.

En el video se tomó en cuenta la lista de cotejo de 19 reactivos cuantitativos para evaluar videos educativos elaborado por la Dra. Yunuen Ixchel Guzmán Cedillo del Laboratorio LADED, y principios de aprendizaje multimedia de Mayer.

Después de terminado el video se sometió a evaluación por los jueces expertos de PADyRS con la lista de cotejo, los resultados de esta evaluación dieron una media de 12 de 19 rubros totales, se sugirieron correcciones finales para el vídeo además de completar los rubros faltantes de la lista de cotejo.

Una vez realizadas las correcciones pertinentes y completados los rubros pendientes se volvió a revisar el video por los jueces expertos de PADyRS y se declaró como terminado.

Fase 3. Evaluación

Se elaboró un cuestionario con 9 preguntas cerradas y 3 abiertas para evaluar el conocimiento que se adquiere mediante el video educativo creado, este cuestionario fue revisado por jueces expertos de PADyRS y se realizaron las revisiones correspondientes.

Después se les aplicó el cuestionario a 24 estudiantes del octavo semestre de la carrera de psicología en la UNAM, primero se resolvió el cuestionario antes de ver el video educativo, después se dejaron pasar 5 minutos, se les hizo ver el video educativo a los

estudiantes y al finalizar su visualización se dejaron pasar 5 minutos antes de resolver el mismo cuestionario después de la visualización del vídeo.

Se pasaron esos resultados a Excel y luego a SPSS para ser analizados.

Análisis Estadísticos

El análisis estadístico de la prueba Wilcoxon, no paramétrica para comparar el rango medio de dos muestras relacionadas y determinar si existen diferencias entre ellas.

Análisis de contenido a las respuestas de las 3 preguntas abiertas que se hicieron, en las cuales se categoriza si fue claro el contenido del video y el porqué.

Capítulo 4. Resultados

Para determinar si había diferencias en el nivel de conocimientos antes y después de ver el video educativo se aplicó la prueba T de Wilcoxon para comparar las puntuaciones en estas dos condiciones. El resultado del análisis mostró que sí hay diferencias estadísticamente significativas. Se obtuvo un puntaje mayor en la condición posterior al video lo que significa que hubo mayor incremento de conocimientos después de ver el video.

Se obtuvieron los siguientes resultados: ($T= 13$, $z=-2.67$, $p=.007$ de dos colas bilateral, $N=22$, $r=-0.56$) también se observó que hubo 8 participantes que no tuvieron diferencias en sus puntajes antes y después, es decir, mantuvieron su mismo nivel de conocimientos. Esto significa que el vídeo educativo mejoró el nivel de conocimientos sobre autolesiones/ suicidio desde la guía mhGAP en los estudiantes que participaron en el estudio (Tabla 1).

Tabla 1

Rangos de la prueba Wilcoxon

	N	Rango promedio	Suma de rangos
Rango -	2	6.50	13.00
Rango +	12	7.67	92.00
Empates	8		
Total	22		

Nota. Los rangos se sacaron a partir de la puntuación de la condición después menos la puntuación de la condición de la antes. Se observa que en los rangos negativos 2 personas en post disminuyeron con respecto a la condición pre, en los rangos positivos 12 personas en el post aumentaron con respecto a la condición pre y en los empates 8 personas no cambiaron con respecto condición pre.

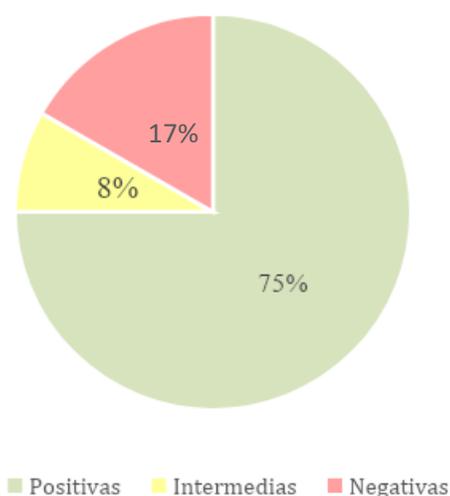
También se hizo un análisis de la pregunta abierta “¿Fue claro el contenido del video? y ¿por qué?”, que respondieron los 22 estudiantes. Se definieron 3 categorías: características positivas (verde) en las que hacían énfasis sobre las cualidades del video, la respuesta

intermedia (amarilla) donde al mismo tiempo de notar un beneficio señalaban una sugerencia de mejora y por último la negativa (rojo) en la que destacaban las áreas de oportunidad del video.

En los resultados de estas categorías se obtuvo un total de 18 respuestas de los estudiantes que calificaron con cualidades positivas al video, 2 estudiantes que calificaron al video con cualidades intermedias y 4 estudiantes que calificaron al video con cualidades negativas véase figura 3.

Figura 3

Análisis de pregunta abierta



Nota. En esta figura se observa que la mayoría de los alumnos reportó al video educativo visto con cualidades positivas.

Cabe mencionar que se les preguntó en el pretest a los 22 estudiantes si conocían la guía mhGAP, 21 de 22 contestaron que sí y la persona que había contestado que no, después de ver el vídeo, obtuvo más respuestas correctas en el postest (participante #7 que se muestra en la tabla 2), lo cual indica que su conocimiento incrementó.

Así mismo es importante resaltar que 21 estudiantes de 22 reportaron que el contenido del video fue claro.

Continuando con la línea de ideas con base a la prueba Wilcoxon se tomaron 2 casos de cada nivel por orden de aplicación para ejemplificar rangos positivos, negativos y empates de los resultados totales de los estudiantes (tablas 2, 3 y 4).

Tabla 2

Ejemplo de Discurso de estudiantes en rangos altos

Altos (Aumento)			
Número de participante	Pre	Post	Respuesta de la pregunta “¿Fue claro el contenido del video? y ¿por qué?”
7	7 correctas	9 correctas	Sí, el lenguaje es sencillo, la animación llamativa y la forma de acomodar la información es estructurada. (Positiva)
18	7 correctas	9 correctas	Si, explicó la metodología. (Positiva)

Tabla 3*Ejemplo de Discurso de estudiantes en rangos medios*

Medios (Sin cambio)

Número de participante	Pre	Post	Respuesta de la pregunta “¿Fue claro el contenido del video? y ¿por qué?”
1	9 correctas	9 correctas	Me resultó un tanto confuso en los pasos, considero que la velocidad podría disminuir al presentar uno y luego otro. (Negativa)
2	9 correctas	9 correctas	Si. Fue esquemático, pero creo que había partes donde iba muy rápido (Intermedia)

Tabla 4*Ejemplo de Discurso de estudiantes en rangos bajos*

Bajos (Decremento)

Número de participante	Pre	Post	Respuesta de la pregunta “¿Fue claro el contenido del video? y ¿por qué?”
11	9 correctas	8 correctas	Sí, fue claro porque avanza punto por punto, aunque tal vez se presenta la información un poco rápido. (Intermedia)
17	9 correctas	8 correctas	Sí, lo que se explicó fue de manera clara y breve (Positiva)

Los estudiantes considerados como “bajos” fueron aquellos cuyo su desempeño decreció después de ver el vídeo y aplicar el posttest, en este caso tomando los únicos casos mostrados por la prueba Wilcoxon sólo bajaron su desempeño por una respuesta incorrecta y en sus respuestas abiertas uno calificó de manera positiva y el otro de manera intermedia el video (véase tabla 4).

Los ejemplos de estudiantes considerados como “medios” fueron aquellos cuyo desempeño fue igual, en este caso se tomaron los primeros dos casos en los cuales todas sus respuestas fueron correctas antes y después de ver el vídeo y en sus respuestas abiertas uno calificó de manera negativa y el otro de manera intermedia el video (véase tabla 3).

Por último, los que obtuvieron el puntaje en “altos” fueron aquellos estudiantes los cuales su desempeño mejoró del pre al post, en este caso se tomaron 2 casos de los más evidentes con esas características, los cuales tenían 7 respuestas correctas antes de ver el vídeo y después del video lograron un total de 9 respuestas correctas, y en sus respuestas abiertas ambos calificaron al video de manera positiva (véase tabla 2).

Capítulo 5. Discusión y Conclusiones

Discusión

Con base en los resultados obtenidos el puntaje de los alumnos aumentó en la prueba aplicada después de ver el video educativo presentado sobre autolesión/suicidio con base en los lineamientos de la guía mhGAP.

Por otro lado, los resultados analizados de la pregunta abierta “¿Fue claro el contenido del video? y ¿por qué?”, sugieren que el 75% de los alumnos evaluados afirmó que el contenido del video era claro y que había añadido conocimiento a lo que ya sabían previamente de la guía mhGAP.

Retomando los resultados en la tabla 2 se resalta que los estudiantes que tuvieron mayor mejora en torno al pre y post tuvieron opiniones positivas respecto al video educativo. Cabe mencionar que a la mayoría de los estudiantes parecía gustarles la manera en la que la información fue presentada.

Estos resultados sólo complementan todo lo dicho previamente en la revisión de la literatura sobre el aprendizaje multimedia y de videos educativos, subrayando el papel fundamental del video educativo como una ayuda a los estudiantes universitarios que buscan entender o complementar temáticas relacionadas a su carrera o al primer nivel de atención en salud.

Esto se puede atribuir en primer lugar a que el video elaborado siguió los principios multimedia de Mayer, lo cual mejoró la herramienta educativa y su comprensión para poder llegar a lo que Mayer (2014) definió como aprendizaje significativo, el cual consiste en que el aprendiz llegue a formarse un conocimiento integral. Este nuevo aprendizaje logra conectar con la memoria a largo plazo y llegar a funcionar a futuro como parte de un conocimiento a nivel estratégico (Mayer & Wittrock, 2006).

Por otro lado, el video educativo elaborado tuvo una producción, que como lo propuso Cabero y Romero (2007) lleva varias fases entre ellas diseño, producción, postproducción y evaluación.

En la parte de diseño se elaboró el guion, el cual tuvo una revisión teórica amplia y además fue revisado por jueces expertos en el tema (para tener una validez de contenido). Después de revisar que el contenido fuera claro y conciso para las personas que iban a ser evaluadas se aprobó. En la parte de producción se revisó que las voces fueran pertinentes con los personajes del video y se comenzó a animar todo esto cuidando que se siguieran los principios relacionados con la voz y personalización de Mayer (2014). Finalmente, en la parte de postproducción el vídeo se evaluó y complementó con la rúbrica para evaluar videos educativos, y se hicieron correcciones finales con la aprobación de los jueces expertos en el tema de autolesiones/suicidio. Las últimas evaluaciones mostraron que el video realmente sí cumple su propósito como herramienta tecnológica para los conocimientos sobre autolesión/suicidio con base a la guía de intervención mhGAP.

A pesar de la popularidad de los videos educativos en la era de los medios digitales, hace falta investigación para poderlos evaluar de manera adecuada, ya que la forma más difundida de evaluación son las calificaciones asignadas por plataformas digitales como YouTube, lo cual puede llegar a ser una desventaja. Siguiendo a Shoufan (2018), las personas se dejan llevar por la puntuación de “estrellas” y no por una que compruebe que realmente el video pueda cumplir con un objetivo educativo o mínimamente cumplir con un régimen de producción adecuado.

Entonces el hacer un video educativo que sea realmente educativo no es tan fácil como pudiera parecer debido a su tipo de elaboración y proceso. Como menciona Cabero et al., (2007), a estos medios no se les debe percibir como simples elementos técnicos sino como elementos didácticos y de la comunicación ya que el aprendizaje no se encuentra en función del medio, por el contrario, se encuentra con base de las estrategias y técnicas didácticas que se apliquen sobre él.

Complementando con lo que dijo Latapie (2007), es en el diseñador donde recae gran parte de la responsabilidad de adecuar el contenido educativo de las nuevas tecnologías, por lo que las etapas de planeación instruccional y cognoscitivas deben ser integradas a la metodología de trabajo.

El uso de esta herramienta en el área profesional y sobre todo como propósito de esta tesis a primer nivel es clave, ya que en estudios como el de Forbes (2016) resaltan la importancia de este medio como una opción prometedora y estrategia de instrucción relevante y cada vez más utilizada que podría mejorar la calidad de la educación en habilidades clínicas en las condiciones contemporáneas.

Ya teniendo varias afirmaciones de por qué el video es un recurso educativo importante para el aprendizaje y entendiendo que los recursos multimedia tienen amplias oportunidades para ayudar a los universitarios como menciona Gómez (2008), es de importancia hablar sobre la atención primer nivel y el cómo afectan las problemáticas nivel salud.

El papel de la atención primaria en la atención de las problemáticas de salud mental es limitado y a pesar de que recientemente se han implementado planes de acción por parte de la OMS y OPS (2014), muchos de los recursos no son suficientes para la capacitación en torno a la salud mental en el área de primer nivel de atención, ocasionando a la larga pérdidas económicas más grandes al tener que atender casos clínicos graves de trastornos mentales y como menciona Vargas y Villamil (2016), en México la Atención primaria ocupa los primeros lugares en la carga de enfermedad, situación que satura los servicios de salud, y que por su alta prevalencia y baja letalidad demandan recursos humanos y financieros que ponen en situaciones de alerta a los servicios de salud

Muchas veces el no querer capacitar al personal de manera temprana provoca que los trastornos de las personas con algún problema en salud mental se agudicen y al final sea más caro su tratamiento al dejar que los síntomas se conviertan en algo más grave.

Sería ideal que dentro de la atención en primer nivel se considerara más a los psicólogos clínicos como parte del equipo ya que según Gómez et al., (2019) ayudaría a que las personas con patología común sean tratadas desde un abordaje psicoterapéutico, reduciendo el gasto farmacológico e incrementando el bienestar de los pacientes.

Pero mientras esto no ocurra una solución es hacer saber al personal de primer nivel que nadie está exento de recibir algún caso de alguno de los trastornos mencionados por la guía de intervención mhGAP. En el futuro, el sistema de salud podría llenarse de pacientes

con trastornos mentales, y el emplear las guías y aprenderlas de manera correcta puede ayudar a evitar que estos lleguen a un trastorno mental grave o al menos atenuarlo.

La mhGAP desde sus inicios fue diseñada para la pronta y oportuna detección de trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias, para brindar atención basada en evidencia científica además de pretender aumentar los recursos financieros y humanos en los países de menor desarrollo. Además de que esta guía de intervención mhGAP por sí sola ya ha tenido efectos, por ejemplo, en el estudio de Musyimi (2018) el cual demostró que los resultados se pueden llegar a comparar con los que pueden llegar a obtener en otras herramientas con buenas propiedades psicométricas.

Sin embargo, tampoco hay que olvidar una de las problemáticas principales de esta tesis, que es la autolesión/suicidio, ya que retomando datos de la OMS en el 2019 (antes de la pandemia) unas 800 mil personas se suicidaban cada año, y no siempre es fácil detectar a alguien con autolesión o riesgo suicida, principalmente porque existen muchos mitos en torno a esta problemática que son difíciles de distinguir para cualquiera que no sepa suficiente respecto al tema, ocasionando que algún caso termine en intento de suicidio o un suicidio consumado.

Cerrando la discusión, los videos educativos en el nivel de atención a primer nivel pueden resultar un recurso educacional clave para capacitar al personal en esta problemática grave a nivel mundial (autolesión/suicidio) desde la guía de intervención mhGAP ya que, si bien a veces es imposible atender casos para aprender directamente de la práctica, en los videos como en el presentado en este trabajo, se ha complementado la presentación de estudios de caso de manera dinámica y anexando elementos necesarios para la comprensión de temas clínicos.

Los estudiantes a los cuales se les aplicó el estudio parecían haber adquirido un mejor entendimiento de la guía, que fue lo que al final se llevaron de participar en esta tesis. Resultó a favor para la mayoría de ellos y como dijo textualmente uno de los participantes en una de sus respuestas: “resaltar la guía como un instrumento de vital importancia y manejo, no solo para los profesionistas de la salud y su beneficio respecto a identificar aspectos específicos

que enriquezcan el diagnóstico.” Eso fue una de las cosas que aprendió mediante el uso del video educativo.

Aunque en la actualidad existe la idea errónea de que todas las intervenciones a salud mental son muy difíciles de aplicar (OPS, 2017), una meta de esta tesis es quitarse esos pensamientos y proponer soluciones como los videos educativos sobre la guía de intervención mhGAP.

Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones de este estudio fue la cantidad de alumnos a los cuales se les aplicó. Que fueran solo 22 estudiantes es un factor que no dio oportunidad de realizar otro tipo de pruebas estadísticas fuera del análisis estadístico Wilcoxon hecho en esta investigación. Así mismo, los resultados pudieron haberse visto afectados por el hecho de que los participantes del estudio ya tenían conocimientos previos sobre las autolesiones/suicidio desde la guía mhGAP. Esto puede ser un “arma de doble filo” al momento de analizar los resultados, ya que el tener un conocimiento previo al tema se puede asociar también con las teorías revisadas del video educativo y Mayer, parte de esta limitación puede generar otras cuestiones en torno a la metodología del presente estudio respecto a las verdaderas cualidades del vídeo.

Si bien el hacer un buen vídeo es una parte importante de este proceso en el cual se hizo mucho hincapié en esta tesis, otra cosa que falla en rescatar es si el vídeo educativo realmente podría llegar a funcionar para educar a las personas por sí solo o como en este ejemplo con un poco de contexto antes para ayudar a comprender mejor y concretar detalles de la información del tema a tratar. Por último, el afinar más el cuestionario de evaluación del conocimiento ya que si bien pudo haber sido que las preguntas no discriminaran bien entre lo requerido, las preguntas abiertas también hubieran ayudado a dar un enfoque diferente preguntando más directamente sobre el impacto de conocimiento desde la experiencia del estudiante y no solo sobre el contenido general y técnico del vídeo educativo.

Conclusiones

En conclusión, es interesante cómo la psicología clínica puede tomar recursos del área educativa para ayudar en la formación propia o de futuros aprendices en un ámbito profesional generando una buena práctica docente.

Y en la formación de nuevas generaciones los recursos educativos son clave para promover el aprendizaje no solo de estudiantes universitarios sino también de personal en primer nivel de atención salud que ayude a prevenir de manera oportuna problemáticas de riesgo como lo es la autolesión/suicidio con la guía de intervención mhGAP.

Es importante que los recursos generados tengan su producción de elaboración adecuada sin perder de vista las rúbricas o evaluaciones para volverlo contenido de buena calidad. Y tener el punto de vista de expertos para cuidar el contenido de profesionales hacia otros profesionales, ya que esto es clave en la elaboración de los recursos educativos, para que tengan elementos que sirvan para un aprendizaje, ya que como expertos es mejor sabido que cualquier otra persona que pudiera haber solo leído sobre el tema.

Sugerencias

Se sugiere que para futuros estudios del mismo ámbito se consiga una población más grande a evaluar, realizar más evaluaciones para observar si el aprendizaje de los alumnos perdura a través del tiempo, aplicar la evaluación en una población la cual no haya tenido ninguna información de la guía antes de aplicarse o hacer la comparación entre personas que hayan tenido previamente exposición a información de la guía en comparación de personas que no hayan tenido ninguna exposición previa de la información de la guía.

En cuanto de retroalimentación sobre el video, los participantes mencionaron con mayor frecuencia comentarios relacionados a la regulación del tiempo con el cual se presentaba la información para que esta no fuera tan rápida. Como tal ese factor no está resaltado en ninguna de las teorías revisadas, a excepción de la de Mayer que menciona en su principio de segmentación, por lo cual se propone se tenga más cuidado con esa parte para futuras investigaciones.

Se recomienda que no se abandonen los principios básicos de la teoría de aprendizaje multimedia ya que algunos son clave para la mayoría de las teorías sobre videos educativos

en la actualidad. Por último, llevar un orden y planificación de producción ayudará mucho al proceso de elaboración del video, ya que cada paso por más sencillo que pueda parecer es clave para el desarrollo del contenido multimedia.

También es recomendable cuidar y mejorar los aspectos al evaluar el conocimiento del vídeo educativo ya que, si bien la investigación tuvo resultados estadísticamente significativos, no descarta que algunos factores extraños hayan asociado al resultado por lo cual el replantear otra manera de evaluar y de comparar los resultados en torno distintas características del mismo, podría llevar a resultados más fructíferos y definir bien si el conocimiento realmente se genera a partir de allí o si solo se complementa a través de una teoría ya antes revisada.

Referencias

- Alonso-Gómez, R., Lorenzo-Reina, L., Flores-Méndez, I., Martín-García, J., & García-Briñol, L. (2019). El psicólogo clínico en los centros de salud. Un trabajo conjunto entre atención primaria y salud mental. *Atención Primaria*, 51(5), 310–313. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.012>
- Amador-Soriano, Karina; Velázquez-Albo, M & Alarcón-Peréz, L. (2018). Las competencias profesionales del psicólogo desde una perspectiva integral. *Revista de Educación y Desarrollo*, 45.
- Arenas-Landgrave, P., Escobedo-Ortega, N., Góngora-Acosta, S., Guzmán-Alvarez, L., Martínez -Luna, S. C. & Malo-Serrano, H. M. (2020, 23 abril). Guías de intervención para universitarios con depresión y riesgo de suicidio. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 11(2), 1. <https://doi.org/10.22201/fesi.20070780.2019.11.2.72747>
- Boyatzis, R. (1982). *The competent manager*. New Cork: Wiley & Sons. Calderón, G. & Naranjo, J. (2004). Competencias Laborales de los gerentes de talento humano. *INNOVAR Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*, 23, 79-97.
- Brame, C.J. (2015). Effective educational videos. Recuperado de: <http://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/effective-educational-videos/>
- Bravo, J. L. (2000). El vídeo educativo. En Guía Metodológica. *Universidad Politécnica de Madrid*, Madrid. Retrieved from <http://files.audiovisuales-edu.webnode.es/200000055-a4323a529e/Videdu.pdf>
- Bravo, L. (1996). ¿Qué es el vídeo educativo?. *Comunicar*, (6).
- Cabero, J., Castaño, C. y Romero, R. (2007): Las TIC en los procesos de formación. (Cabero, 2007)Nuevos medios, nuevos escenarios para la formación. *Diseño y Producción de TIC para la formación*.
- Cabero, J., Llorente, M.C. & Román, P. Las posibilidades del vídeo digital para la formación. *Labor docente*, 4, (ISSN 1578-4959), 2005, 58-74.
- Cabero, J., Román G. y Llorente M. (2007): El diseño de vídeos educativos: el vídeo digital. *Diseño y Producción de TIC para la formación*.
- Cabero, J., y Romero, R. (2007): Bases generales para el diseño, producción y evaluación de las TIC en los procesos de formación. *Diseño y Producción de TIC para la formación*.
- Castro-Solano, A. Las competencias profesionales del psicólogo y las necesidades de perfiles profesionales en los diferentes ámbitos laborales Interdisciplinaria, *Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines*, 21, núm. 2, 2004, pp. 117-152 Buenos Aires, Argentina.

- Chan, M. (2010). Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada, Presentación. Recuperado de <https://www.paho.org/mhgap/es/foreword.html>
- Chen, S., & Xia, Y. (2012). Research on application of multimedia technology in college physical education. *Procedia Engineering*, 29, 4213–4217. <https://doi.org/10.1016/j.proeng.2012.01.645>
- De la Fuente Sánchez, D., Hernández Solís, M., & Pra Martos, I. (2017). Vídeo educativo y rendimiento académico en la enseñanza superior a distancia. *RIED Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 21(1), 323. <https://doi.org/10.5944/ried.21.1.18326>
- De la Fuente, D., Hernández, M., & Pra Martos, I. (2018). Vídeo educativo y rendimiento académico en la enseñanza superior a distancia. *RIED. Revista Iberoamericana de Educación a Distancia*, 21(1), 323. <https://doi.org/10.5944/ried.21.1.18326>.
- Forbes, H., Oprescu, F., Downer, T., Phillips, N., McTier, L., & Lord, B. et al. (2016). Use of videos to support teaching and learning of clinical skills in nursing education: A review. *Nurse Education Today*, 42, 53-56. doi: 10.1016/j.nedt.2016.04.010
- Gallego, M. J., Gámiz, V., & Gutiérrez, E. (2010). El futuro ante las competencias en el uso de las tecnologías de la información y la comunicación para enseñar. *EDUTEC*, 1-18.
- García-Matamoros., M.A. (2014). Uso instruccional del video didáctico: *Revista de Investigación de La Universidad Pedagógica Experimental Libertador*, vol 38, num. 81, 7–14.
- Giraldo, Alejandra, & Vélez, C. (2013). La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*, 45(7), 384–392. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016>
- Gomez, L. M., Sherin, M. G., Griesdorn, J., & Finn, L.-E. (2008). Creating social relationships: The role of technology in preservice teacher preparation. *Journal of Teacher Education*, 59(2), 117–131. <https://doi.org/10.1177/0022487107314001>
- Gutiérrez, A. (1999). Concepto y clasificación. Aspectos epidemiológicos y significado socioeconómico de la depresión. *Salud Rural*, 3, 1–6.
- Hill, J. L., & Nelson, A. (2011). New technology, new pedagogy? Employing video podcasts in learning and teaching about exotic ecosystems. *Environmental Education Research*, 17, 393–408
- Humayun, A., Haq, I., Khan, F. R., Azad, N., Khan, M. M., & Weissbecker, I. (2017). Implementing mhGAP training to strengthen existing services for an internally

displaced population in Pakistan. *Global Mental Health*, 4.
<https://doi.org/10.1017/gmh.2017.1>

Kapur, N., & Gask, L. (2009). Introduction to suicide and self-harm. *Psychiatry*, 5(8), 259–262. <https://doi.org/10.1053/j.mppsy.2006.05.004>

Kolås, L., Munkvold, R. & Nordseth, H. (2012). Evaluation and Categorization of Educational Videos. *World Conference on E-Learning in Corporate, Government, Healthcare, and Higher Education*. (2012). 648-657. Recuperado de: <https://www.learntechlib.org/primary/p/41663/>

Koppmann, A. (2020). Aspectos generales del riesgo suicida en la consulta del médico general. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 163–168.
<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.007>

Latapie, I. (2007). Humanidades Acercamiento al aprendizaje multimedia. *Investigación Universitaria Multidisciplinaria: Revista de Investigación de La Universidad Simón Bolívar*, 6, 7–14. Recuperado de: <file:///C:/Users/laura/Downloads/Dialnet-AcercamientoAlAprendizajeMultimedia-2695335.pdf>

Laurell, A. C. (2019). Pasos hacia la atención primaria integral mexicana. Recuperado 2020, de La jornada Sitio Web:
<https://www.jornada.com.mx/2019/10/09/ciencias/a03a1cie>

Lawson, T. J., Bodle, J. H., Houlette, M. A., & Haubner, R. R. (2006). Guiding Questions Enhance Student Learning from Educational Videos. *Teaching of Psychology*, 33(1), 31–33. doi:10.1207/s15328023top3301_7

Loewe, R. (1988). Atención primaria a la salud: revisión conceptual. *Salud Pública de México*, 30(5), 666–675.

Maris RW.(2002), Suicide. *The Lancet*; 360: 319–26.

Mayer, R. (2da Ed.). (2009). *Multimedia Learning*. Cambridge University Press.

Mayer, R. (2da Ed.). (2014). *The Cambridge Handbook of Multimedia Learning* (Cambridge Handbooks in Psychology). Cambridge: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9781139547369.

Mayer, R. E. (2000). *Diseño educativo para un aprendizaje constructivista*. En: Reigeluth, Ch. (Eds) *Diseño de la instrucción Teorías y modelos. Un paradigma de la teoría de la instrucción*. Parte I. 153–171 Madrid: Aula XXI Santillana.

Mayer, R. E. (2002). Multimedia learning. In *The psychology of learning and motivation*. (Vol. 41, pp. 85–139). [https://doi.org/10.1016/S0079-7421\(02\)80005-6](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(02)80005-6).

- Mayer, R. E. (2017). *Designing Multimedia Instruction to Maximize Learning* [Conferencia]. University of Kentucky College of Arts & Sciences. Lexington KY. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=p5i3f9E53Og&t=1085s>
- Mayer, R. E. (2020). *Multimedia Learning* (3a ed.). Cambridge University Press.
- Mayer, R.E. y Wittrock, M.C. (2006) Problem solving. In: Alexander, P.A. and Winne, P.H., Eds., *Handbook of Educational Psychology*, Macmillian, New York.
- Miranda, I., Peñarrubia, M., García, I., Caramés, E., & Soler, M. (2003). ¿Cómo derivamos a salud mental desde atención primaria? *Atención Primaria*, 32(9), 524–530. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)70782-3](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)70782-3)
- Morales, L., Flores, T. & Tecnología Educativa. (2014). EL VÍDEO COMO RECURSO DIDÁCTICO PARA REFORZAR EL CONOCIMIENTO. *Memorias del Encuentro Internacional de Educación a Distancia*. Año 3 (3). <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3144.7521>
- Musyimi, C. W., Mutiso, V. N., Haji, Z. R., Nandoya, E. S., & Ndetei, D. M. (2018). Mobile Based mhGAP-IG Depression Screening in Kenya. *Community Mental Health Journal*, 54(1), 84–91. <https://doi.org/10.1007/s10597-016-0072-9>
- Mutiso, V. N., Pike, K. M., Musyimi, C. W., Gitonga, I., Tele, A., Rebello, T. J., ... Ndetei, D. M. (2019). Feasibility and effectiveness of nurses and clinical officers in implementing the WHO mhGAP intervention guide: Pilot study in Makueni County, Kenya. *General Hospital Psychiatry*, 59 (November 2018), 20–29. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.04.005>
- Organización Mundial de la Salud *Atención primaria de salud*. (2021, 1 abril). <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
- Organización Mundial de la Salud, & Organización Panamericana de la Salud. (2015). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2015-2020*. 1–21.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos* (48th ed.). Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2017). Atención primaria de salud. Recuperado de: https://www.who.int/topics/primary_health_care/es/
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Retrieved January 20, 2020, Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización mundial de la Salud. Suicidio. (s.f.). Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Organización mundial de la Salud. Trastornos mentales (s.f.). Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Recuperado de
<http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). Respuesta del Sector Salud. Recuperado de:
https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=218:respuesta-sector-salud&Itemid=387
- Quinnett, P. (2012). *QPR Gatekeeper Training for Suicide Prevention: The Model, Theory and Research*. (October), 1–54.
- Ramírez, C. I. (2012). El video educativo como estrategia de aprendizaje en las Instituciones Educativas del municipio de Palmira, Valle. *Criterio Libre Jurídico*, 9(1), 97–107.
- Ramos, J. L. (2000). El video educativo. *Madrid: ICE de la Universidad Politécnica de Madrid*, 3.
- Ramos, L. M. (2014, 1 diciembre). El vídeo como recurso didáctico para reforzar el conocimiento | *Memorias del Encuentro Internacional de Educación a Distancia*.
<http://www.udgvirtual.udg.mx/remeied/index.php/memorias/article/view/3/0>
- Rapp, A. K., Healy, M. G., Charlton, M. E., Keith, J. N., Rosenbaum, M. E., & Kapadia, M. R. (2016). YouTube is the most frequently used educational video source for surgical preparation. *Journal of surgical education*, 73(6), 1072–1076.
<https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2016.04.024>
- Real Academia Española. Definición de Video (2022). Recuperado de:
<https://dle.rae.es/video>
- Rodríguez-Moreno, M.L., Serreri, P. y Del Cimutto, A. (2010) Desarrollo de competencias. Teoría y práctica. Balance, proyecto profesional y aprendizaje basado en el trabajo. *Editorial Laertes*. Barcelona.
- Saavedra-Solano, N., Berenzon-Gorn, S., & Galván-Reyes, J. (2016). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atencion Primaria*, 48(4), 258–264. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005>
- Sanchis, F., & Simón, A. (2012). Conducta suicida y depresión en adolescentes. *Estudios de Psicología*, 33(1), 39–50. <https://doi.org/10.1174/021093912799803854>

- Secretaría de Salud. (2019). 163. México asume el modelo de atención primaria a la salud de OPS. Retrieved January 26, 2020, from <https://www.gob.mx/salud/prensa/163-mexico-asume-el-modelo-de-atencion-primaria-a-la-salud-de-ops?idiom=es>
- Shoufan, A. (2019). What motivates university students to like or dislike an educational online video? A sentimental framework. *Computers & Education*, *134*, 132–144. <https://doi.org/10.1016/j.compedu.2019.02.008>
- Shoufan, A. (2019a). Estimating the cognitive value of YouTube's educational videos: A learning analytics approach. *Computers in Human Behavior*, *92*, 450–458. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.03.036>
- Tizón, J., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, C., García, J., Redondo, M. (2012). Prevención de los trastornos de la salud mental. *Atención Primaria*, *44*(SUPPL.1), 52–56. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(12\)70014-8](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(12)70014-8)
- Torres-Torija, C. (2010, 9 septiembre). El entrenamiento en Guardianes para la detección temprana de problemas de salud mental en el contexto educativo. – Fulbright Club de México. *Rev. Electrónica de Estudiantes Esc. de Psicología*, *8*(1), 61–80. Recuperado 11 marzo, 2020, de <https://fulbrightclub.mx/2018/09/el-entrenamiento-en-guardianes-para-la-deteccion-temprana-de-problemas-de-salud-mental-en-el-contexto-educativo>
- Alfaro, D. (2013).
- Uribe-Rodríguez, A.; Aristizabal-Motta, A.; Barona-Henao, A.; López-Lesmes, C. Competencias laborales del psicólogo javeriano en diferentes áreas aplicativas: clínica, educativa, social y organizacional, (2009, enero-julio), *Psicología desde el Caribe*, *23*, pp. 21-45 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.
- Vargas, B., & Villamil, V. (2016). La salud mental y la atención primaria en México. Experiencias de un modelo de atención colaborativa. *Salud Mental*, *39*(1), 3–9. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.062>
- Vega, D., Sintés, A., Fernández, M., Puntí, J., Soler, J., Santamarina, P., Soto, A., Lara, A., Méndez, I., Martínez-Giménez, R., Romero, S. y Pascual, J. Revisión y actualización de la autolesión no suicida: ¿quién, cómo y por qué?. (2018 julio-agosto), *Actas esp. psiquiatr* ; *46*(4): 146-155.
- Vignolo, J., Mariela Vacarezza, D., Álvarez, D. C., & Sosa, D. A. (2011). Levels of care, prevention and primary health care. *Arch Med Interna*, *XXXIII*(1), 11–14.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario revisado por jueces expertos sobre la guía mhGAP

¿Conoces la guía mhGAP?

- . Sí
- a. No

Pregunta 1

¿Qué elementos son importantes de analizar en un caso de autolesión y suicidio?

Seleccione una:

- a. Si la persona tiene antecedentes familiares de autolesión y suicidio.
- b. Si la persona presenta pensamientos, planes y actos de autolesión durante la evaluación inicial y posteriormente de forma periódica.
- c. Si la persona pierde interés en hacer actividades cotidianas y tiene dificultades para dormir.
- d. Si la persona tiene pesadillas todas las noches donde sueña que se autolesiona y/o se suicida.

Pregunta 2

¿Cuál es la definición de suicidio y autolesión de acuerdo con la guía?

- . El suicidio es el acto deliberado de quitarse la vida, mientras la autolesión abarca envenenamientos y lesiones autoinfligidas e intencionales no necesariamente fatales.
- a. El suicidio es cuando alguien muere por accidente y las autolesiones son cuando la persona abusa de sustancias.
- b. El suicidio es cuando alguien muere por autolesiones y la autolesión es cuándo alguien quiere llamar la atención.
- c. El suicidio es cuando alguien muere por causa propia y la autolesión cuando perteneces a una tribu urbana.

Pregunta 3

¿Cuáles son los pasos que la guía mhGAP propone para el desarrollo de una intervención?

- a. Observación, diagnóstico y resultado.
- b. Determinar factores de riesgo, escenarios y rapport.
- c. Identificar motivo de consulta, áreas de interés clínico y lenguaje corporal.
- d. Evaluación, protocolo de manejo y seguimiento.

Pregunta 4

¿El hablar de las autolesiones, induce a que una persona lo haga?

-cierto

-falso

Pregunta 5

¿El primer paso de la guía propone buscar actos médicamente importantes de autolesión, tales como: signos de envenenamiento o signos/síntomas que requieran atención médica urgente?

-cierto

-falso

Pregunta 6

¿Cuál de las siguientes condiciones es más probable que se presente en alguien que presenta autolesiones/suicidio?

Seleccione una:

a. VIH, hepatitis o tuberculosis.

b. Anemia, desnutrición o hipotiroidismo. +

c. Cualquier condición trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (MNS), dolor crónico o angustia extrema.

d. Lesiones en la cabeza o cuello, eclampsia o convulsiones febriles.

Pregunta 7

¿En cuál de las siguientes condiciones se debe de preguntar directamente a una persona si está experimentando autolesión/suicidio?

Seleccione una:

a. Alguna enfermedad tiroidea.

b. Tuberculosis.

c. Nunca: es mejor no preguntar sobre la autolesión en caso de que se provoque actos de autolesión.

d. Cualquier condición de trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias.

Pregunta 8

¿Cuál de las siguientes opciones debe ocurrir primero en el manejo de emergencia de autolesiones/suicidio?

Seleccione una:

a. Terapia de resolución de problemas.

- b. Psicoeducación para el cuidador.
- c. Seguimiento continuo cada dos años.
- d. Atención médica inmediata de lesiones o envenenamiento.

Pregunta 9

¿Cuál de las siguientes opciones debe ocurrir primero en el manejo de la autolesión/suicidio?

Seleccione una:

- a. Prescribir medicación para cualquier condición concurrente de MNS.
- b. Proporcionar apoyo emocional a los cuidadores y familiares de la persona.
- c. Mantener un contacto regular con la persona los primeros dos meses.
- d. Coloque a la persona en un entorno seguro y de apoyo.

Pregunta 10

¿Qué aprendiste sobre el video? y ¿Qué es lo que consideras más importante?

Pregunta 11

¿Fue claro el contenido del video? ¿Por qué?

Pregunta 12

¿Cómo consideras que hubiera sido mejor presentar el tema?

Anexo 2. Capturas del vídeo elaborado



