



**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
POLICLINICA NORTE**

**TÍTULO: CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD MENTAL Y DESASTRE EN LA
POBLACION VULNERABLE DEL CMF # 35**

Autor: Dr. Yosvel Saez Ferrer

**Tesis en opción al título de especialista en primer grado en
medicina general integral**

Ciego de Ávila

Enero 2017

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

POLICLINICA NORTE

TÍTULO: CONOCIMIENTOS SOBRE SALUD MENTAL Y DESASTRE EN LA POBLACION VULNERABLE DEL CMF # 35.

AUTOR: Dr. Yosvel Saez Ferrer

Aspirante especialista en primer grado en medicina general integral

TUTOR: MsC. Katia Villamil Fumero

Especialista en primer grado en medicina general integral

Profesora asistente

ASESOR: MsC. Magalys Gómez

Especialista en segundo grado en medicina general integral

Profesora Auxiliar

Enero 2017

Ciego de Ávila

AGRADECIMIENTOS

Deseo transmitir mis más sinceros agradecimientos a todas las personas que de una forma u otra tuvieron una participación directa en los trabajos que conforman esta tesis , a mis padres por ser el motor impulsor de cada actividad que realizo en mi vida y a la Dra Katia Villamil Fumero , quien ha sido un pilar fundamental en la realización de la misma .

Pensamiento

M e gusta mucho la idea del médico general como especialista, porque si bien en otras materias, en otras especialidades podemos encontrarnos con el limitante del número, con este tipo de médico no tendríamos ese problema, puesto que es el médico que se puede necesitar en cualquier lugar, para la cooperación internacional es un tipo de médico ideal. Pero si ustedes fueran a enviar a un médico a un centro de campismo y van a ser cientos de centros, ¿Qué médico mandarían? ¿un pediatra, un general de adultos, un radiólogo? Tendrían sencillamente que mandar a este especialista en medicina general, que sabe un poco de niños, también de adultos y de todo lo que necesite saber. Si ustedes deciden un día, o el país decide enviar un médico para cada cuadra, como los Comités de Defensa de la Revolución ¿qué médico enviarían allí? De manera que este es el tipo de especialista, de amplio campo, que puede servir realmente para crear una red de salud completa cuyo número no tendría límites. Si ustedes van a apoyar cualquier país subdesarrollado, lógicamente tienen que mandar a algunos especialistas, siempre habrá que mandar al cirujano y al anestesista y al radiólogo, etcétera, pero sobre todo lo que necesitan son estos médicos generales, que nosotros aspiramos que tengan un alto nivel.

FIDEL CASTRO RUZ

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental (antes y después) con el objetivo de evaluar un programa de intervención educativa sobre salud mental y desastre en la población vulnerable del CMF 35 de la policlínica norte de Ciego de Ávila en el período comprendido de enero de 2016 a enero de 2017. La muestra fue no probabilística, es decir, fue una muestra dirigida y quedó constituida por 60 personas de un universo de 98 personas, teniendo en cuenta además algunos criterios de inclusión y de exclusión. Se aplicó un instrumento para evaluar el nivel de conocimientos sobre salud mental y desastres en la población vulnerable antes y después de la intervención. Los resultados evidenciaron la efectividad de la intervención terapéutica puesto que dio solución a la problemática planteada inicialmente donde la población elevó su nivel de preparación sobre la temática salud mental y desastres.

Palabras clave: Nivel de conocimientos, intervención educativa, salud mental y desastres.

Índice

Introducción.....	Página 1
Objetivos.....	Página 6
Marco Teórico.....	Página 7
Material y Método.....	Página 27
Aspectos Éticos.....	Página 36
Análisis y Discusión de resultados.....	Página 37
Conclusiones.....	Página 47
Recomendaciones.....	Página 48

Introducción:

Los desastres naturales cualesquiera que sean sus orígenes, siempre producen un impacto en la salud mental de la población comprometida, que es particularmente intenso con los terremotos y las emergencias complejas como son las guerras. Las perturbaciones psicológicas que generan estas circunstancias se expresan ya sea a corto, mediano o largo plazo. Sin embargo, las reacciones naturales inmediatas a la catástrofe tienen un patrón que está determinado por la evolución biológica y diseñada para maximizar la supervivencia individual y colectiva. Así, las reacciones de temor o pánico sólo representan la activación de conductas fisiológicas que tienden a proteger al individuo de la muerte. Existen variadas respuestas automáticas que van desde estados de paralización absoluta, hasta conductas de huida. La mantención, exacerbación, o la resolución de estas conductas agudas, están determinadas por factores hereditarios, pre-exposiciones traumáticas, y la condición psiquiátrica de la persona, también dependen del género, o del contexto socio-cultural del afectado. Se ha observado que en países del tercer mundo y en vías de desarrollo es menor el desarrollo social y estas poblaciones constituyen la población más vulnerable y en particular las mujeres y los niños (1).

Ante la connotación del impacto de los desastres sobre el desarrollo sostenible, se han dirigido políticas y acciones para preparativos, mitigación y respuestas frente a los mismos. En este sentido en la Agenda de la Salud de las Américas claramente se indica que los desastres naturales son factores que limitan la consecución de las metas previstas en el sector salud. La reciente decisión adoptada por la Asamblea General de la OMS encaminada a incluir los preparativos para desastres como uno de los 16

objetivos estratégicos de la organización, confirma de manera fehaciente el enfoque progresista que adoptaron los países del continente americano desde hace más de tres decenios. Dentro de sus 16 objetivos estratégicos están los de la salud mental en desastres, pues la falta de control de las afectaciones mentales, el inadecuado nivel de información y de conocimientos sobre el tema es algo que entorpece severamente la dinámica requerida en estos momentos, la cual requiere de un enfrentamiento enérgico y rápido para preservar la vida y recuperar su calidad (2).

A lo largo de la historia, la problemática de los desastres ha tenido muchas explicaciones y abordajes, de los cuales la comprensión psicológica y social de estos fenómenos ha sido renegada y/o minimizada, en unos casos por desconocimiento, en otros por razones políticas ajenas a la voluntad de los damnificados. La ciencia psicológica sólo en las últimas décadas se ha concentrado más en estos aspectos, desde las ópticas teórico-metodológicas, experimentales, asistenciales, investigativas, trabajos de intervención o de campo (3,4).

Las guerras en Medio Oriente y en África han aportado el mayor porcentaje de desplazados siendo más de 7 millones en África subsahariana y de 4 millones en medio oriente (5).

Se estima que entre una tercera parte y la mitad de la población expuesta (según la magnitud del evento y otros factores) sufre alguna manifestación psicológica; aunque debe destacarse que no todas pueden calificarse como patológicas, la mayoría debe entenderse como reacciones normales ante situaciones de gran significación o impacto. También, se ha demostrado que, después de la emergencia propiamente dicha, los

problemas de salud mental en los sobrevivientes requieren de atención durante un periodo prolongado, cuando tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas.

Históricamente en las Américas, se ha dado prioridad a las acciones médicas para restablecer el funcionamiento somático, vinculadas principalmente, a especialidades como cirugía, ortopedia, medicina interna y otras, después de ocurrido un desastre, obviando o minimizando los problemas que puedan aparecer en la esfera de la salud mental, y que se pueden prevenir o controlar con una adecuada intervención psicológica y con el manejo óptimo de las diferentes situaciones que se presenten, tanto en el momento en que ocurre el desastre como después (2).

En base a lo expresado se puede destacar la importancia de la superación profesional y de la población vulnerable en el marco integral, en especial los referentes a la misma y su relación con el ambiente, pues los cambios que este último genera no siempre son favorables para el hombre. La relación inadecuada del hombre con el ambiente, origina eventos adversos, los cuales debido a la elevada vulnerabilidad existente en nuestros pueblos se transforman en desastres, que agravan los niveles de pobreza e inequidad imperantes (6). La solución de este problema nos conduce necesariamente a emprender acciones intervenidas dirigidas a la superación profesional y de la población. A pesar que en Cuba se ha venido trabajando el tema, se considera que aún son insuficientes las acciones preventivas referidas a la dimensión sociopsicológica en el manejo de la salud mental en desastres. Ahora el problema radica en cuán preparado está el personal de salud y la población para el enfrentamiento a las consecuencias de lo desastres, cuál es su capacidad de respuesta y su resiliencia (7). Se conoce por revisiones exploratorias e investigaciones previas, como la de la Dra. Ochandategui que la preparación de

profesionales, técnicos, trabajadores del sector salud, y de la comunidad, en el tema de prevenir o enfrentar problemas de la salud mental vinculados a situaciones de desastres, no es la más adecuada, en un estudio realizado por esta autora en la totalidad de las áreas de salud del municipio 10 de octubre se plantea que el 67.60 % de los médicos y enfermeras autoperciben que no son capaces de enfrentar de manera adecuada las situaciones de desastres (8), otro estudio realizado por el Dr. Jeisson Impcapié en el área de la policlínica Centro de Ciego de Ávila constató el bajo nivel de preparación sobre esta temática en la población vulnerable. Las causas de esta cuestión pueden relacionarse con la escasez de especialistas en áreas como la psicología y sociología entrenados en esta temática capaz de preparar al personal de la APS y de la comunidad, la pobre investigación en aspectos psicosociales y desastres, entre otras.

En Ciego de Ávila, la región más vulnerable a las afectaciones psicológicas luego de desastres de origen hidrometeorológico es la zona sur, específicamente el municipio Venezuela en la localidad de Júcaro, también existen otras áreas donde hay gran concentración de personas que viven en condiciones económicas difíciles, en ciudadelas en mal estado, así como personas albergadas porque sus viviendas fueron destruidas por eventos de origen natural o por desastres de origen tecnológico que manifiestan gran vulnerabilidad psicológica. En el área Norte de Ciego De Ávila, específicamente, en el CMF 35 se encuentran un grupo vulnerable de 98 personas que debido a su composición social, nivel educacional, condiciones estructurales de sus viviendas, actividad laboral, así como por la frecuencia con que esa población es evacuada, exhibe los niveles más altos de vulnerabilidad social y psíquica, estar preparados en el tratamiento de la salud mental vinculados a situaciones de desastres, ha sido su talón

de Aquiles. Ante lo expresado se realiza el planteamiento del **problema científico** ¿cómo contribuir a elevar el nivel de conocimiento sobre salud mental y desastre en la población vulnerable del CMF 35?

Hipótesis:

Si se elabora un programa de intervención educativo basado en un conjunto de acciones, entonces se contribuiría a elevar el nivel de conocimiento sobre salud mental y desastre en personas vulnerables del CMF 35.

Objetivo General

Evaluar un programa de intervención educativa sobre salud mental y desastre en la población vulnerable del CMF 35 de la policlínica norte de ciego de Ávila en el período comprendido de enero de 2016 a enero de 2017.

Objetivos específicos

1. Distribuir la población según algunas variables socio demográficas:

- Edad.
- Condiciones socioeconómicas
- Escolaridad

2. Identificar el nivel de conocimientos de antes y después de la intervención según:

- Salud mental y de desastre.
- Etapas del ciclo de los desastres.
- Conductas perjudiciales en las personas después de ocurrido un desastre.
- Consecuencias de los desastres para la salud mental del individuo.
- Concepto y ejemplos de factores protectores.
- Manejo de los grupos en los desastres.
- Mitos y realidades.

Marco teórico

En las diversas definiciones y caracterizaciones de desastre, se encuentran similitudes y diferencias. Casi la totalidad coincide en señalar que es un evento de gran magnitud, que produce una elevada destrucción del funcionamiento de las estructuras y de la organización social, con pérdidas materiales y de vidas humanas. De igual modo se señala la característica de que sobrepasa la capacidad de respuesta de la comunidad y por lo tanto necesita ayuda externa, estas definiciones y caracterizaciones hacen referencias a que el evento es súbito, poco o nada predecible y controlable, que actúa por lo general en corto tiempo aunque sus efectos pueden ser duraderos (2).

En lo que se refiere a las víctimas de estos eventos, se hace referencia a las pérdidas de vidas, aunque algunos plantean que la magnitud del mismo está en razón directa con este factor, se expresa la existencia de un gran sufrimiento humano, elevado grado de estrés, y las víctimas pueden ser directas o no estar directamente relacionadas con el impacto del evento (9).

En la clasificación de los desastres hay casi un consenso al plantear que se deben a fenómenos naturales y a relacionados con la acción humana, pero aquí se abre el abanico de consideraciones no iguales. Entre los naturales o mejor aún, producidos por la naturaleza, se encuentran las inundaciones, huracanes, terremotos, penetraciones del mar y los tornados volcanes y sequías. Entre los relacionados con la acción humana se pueden clasificar por error humano, y los que con un criterio más amplio incluyen aquí diversas facetas de la conducta social del hombre, las condiciones socioeconómicas y políticas. De un modo u otro se incluyen en este rubro a accidentes en la transportación, contaminación ambiental, intoxicaciones, violencia de gran magnitud ligada a conflictos

armados, estallidos sociales, y hasta la violencia cotidiana por disfunción familiar, o la inducida por las drogas. En lo a que la violencia se refiere, esta difiere de una región a otra, en unas la principal causa son los conflictos armados y las guerras, en otras la originada por las adicciones o la segregación racial o socioeconómica (10).

Llama la atención cómo en el momento de enumerar ejemplos es posible encontrar unos u otros según la procedencia del autor. Los tornados son comunes en Norteamérica y poco frecuentes en nuestra región, cuando aparecen lo hacen de forma independiente o dentro de los huracanes. En Cuba y teniendo en cuenta lo que se plasma en la directiva del vicepresidente del Consejo de Defensa Nacional, se clasifican en tres tipos fundamentales: naturales, tecnológicos y sanitarios.

Dentro de los naturales tenemos a los ciclones tropicales, intensas lluvias, tormentas locales severas, penetraciones del mar, deslizamientos de tierra, sismos, intensas sequías e incendios en áreas rurales, en cuanto a los tecnológicos se encuentran los accidentes catastróficos del transporte (marítimos, aéreos y terrestres), accidentes con sustancias peligrosas, explosiones de gran magnitud, derrames de hidrocarburos, incendios de grandes proporciones en instalaciones industriales y edificaciones sociales, derrumbes de edificaciones, ruptura de obras hidráulicas. Por último se nombran los de origen sanitarios como enfermedades que pueden originar epidemias, epizootias, y plagas cuarentenarias (11).

Otro intento de clasificar los desastres es según su localización, y así se definen los centrales y los periféricos. Los centrales ocurren en una localidad o territorio determinado y afectan todas las estructuras del mismo, los periféricos no afectan estas

estructuras y su acción es en un territorio limitado, las víctimas son de otra localidad y en menor número (4).

Aún cuando los desastres tienen en cada caso características propias, es posible encontrar elementos comunes, que hacen posible ofrecer patrones de respuestas para su aplicación en cada situación particular, dentro de la caracterización de los desastres se incluye, los términos de catástrofe y emergencia. El primero se considera, por lo común, como un desastre de gran magnitud por sus daños y necesidad de ayuda externa y colaboración internacional. La designación de un evento como catástrofe, se corresponde en muchos casos a una prerrogativa de los gobiernos, la emergencia se concibe como una situación crítica de cualquier tipo que necesita de la ayuda o apoyo de otros para el retorno a la situación previa (9).

Los efectos de los desastres sobre la salud física suelen ser bastante conocidos, con secuelas a corto, mediano y largo plazo. En cambio, no siempre se han reconocido de igual manera los efectos sobre la salud mental, a pesar de haberse demostrado que, en situaciones de desastres y emergencias complejas, se produce un incremento de los signos de sufrimiento psicológico, como la aflicción y el miedo, se puede aumentar en cierta medida la morbilidad psiquiátrica y otros problemas sociales (12-14).

Desde el punto de vista de la salud mental los desastres generan un disturbio interno como resultado de la percepción de una amenaza sobre la integridad de la persona. Los desastres producen una irrupción del mundo externo sobre el mundo interno, provocando una brecha en la unidad bio-psico social del individuo.

Consecuentemente, el repertorio habitual de mecanismos defensivos se vuelve ineficaz o insuficiente para abordar la amenaza, las personas, los grupos y las comunidades

reaccionan según la magnitud del evento, el grado de exposición al mismo, la historia, la preparación previa y los sistemas de soporte y sostén disponible. Existen un grupo de cuestiones relacionadas con estos eventos y que son muy importantes a tener en cuenta, como las poblaciones damnificadas. Desde el punto de vista psicológico, consideramos población damnificada por el desastre no sólo a quienes fueron expuestos directamente al evento sino también a aquellos que han tenido una exposición indirecta ,esas personas afectadas indirectamente incluyen personas afectadas sólo psíquicamente, equipos de salud de emergencia (médicos, enfermeros, personal de ambulancias, instrumentadoras quirúrgicas, técnicos, etc.),equipos de rescate (fuerzas armadas y de seguridad, defensa civil, bomberos, voluntarios, etc.).La exposición indirecta al evento incluye a familiares y allegados de muertos, heridos y desaparecidos, profesionales que evalúan daños post-desastre y a equipos de salud que realizan el seguimiento(15).

Si bien estos hechos y sus consecuencias tienen un alto potencial traumático, no siempre las respuestas emocionales frente a ellos deben ser consideradas traumáticas o patológicas, lo traumático está dado por la confluencia de varios factores: la intensidad del evento, la incapacidad del sujeto para responder adecuadamente y el tiempo de duración de los efectos patógenos en la organización del psiquismo. El traumatismo se caracteriza por un aflujo de estímulos excesivo en relación con la tolerancia del sujeto y su capacidad de controlar y elaborar psíquicamente dichas excitaciones (16).

El grado de afectación psicológica deberá evaluarse individualmente, teniendo en cuenta todas las variables: historia personal, mecanismos defensivos habituales, sistema de

soporte y sostén familiar y social, intensidad del evento, exposición al mismo y significado particular del hecho para el sujeto.

Algunas personas no presentan alteraciones psicológicas e incorporan la experiencia como un acontecimiento histórico vivencial (17). Otros presentan cuadros sintomáticos transitorios, estos son el resultado de la desorganización de la estructura psíquica producida por el impacto, con una adecuada reorganización posterior.

En otros casos se observan alteraciones permanentes o recurrenciales, resultado de un proceso traumático como respuesta al evento (las más frecuentes son: cuadros depresivos, trastorno por stress post-traumático, cuadros de ansiedad, acompañados o seguidos por abuso de sustancias o alcohol, síntomas somáticos).

Los síntomas más frecuentes (los cuales pueden presentarse en forma aislada y transitoria o como parte de alteraciones permanentes) son: síntomas de re experimentación, pensamientos, imágenes recurrentes e intrusivas, sueños, pesadillas, sensación súbita de que el evento está ocurriendo (ilusiones, flashbacks, juego repetitivo en niños) ansiedad y desazón ante situaciones que simbolizan el evento. Síntomas de evitación, esfuerzos por evitar pensamientos o sentimientos asociados a lo ocurrido, evitación de actividades o situaciones relacionadas, dificultades para recordar algún aspecto de lo vivido, desinterés por participar en actividades anteriormente significativas. Síntomas de hiperalerta, alteraciones del sueño, irritabilidad, ataques de ira. Dificultades de concentración, hipervigilancia, respuestas de alerta exagerada, síntomas de embotamiento afectivo, disminución en el interés general, sensación de desapego o enajenación frente a los demás, restricción de la vida afectiva, disminución

de la capacidad para sentir emociones (ternura, amor, deseo sexual), sensación de futuro desolador (desesperanza).

Todo este conjunto de efectos repercute extensamente en las condiciones y para una mejor comprensión, dividimos la respuesta individual en fases (antes, durante y después del evento). No obstante, es necesario resaltar que, en la vida real, la delimitación entre estas etapas no siempre es tan clara (12).

Antes: en la fase de amenaza se produce miedo y una tensión emocional colectiva que prepara el enfrentamiento a la amenaza. Las reacciones individuales dependen de varios factores, entre los cuales está la experiencia previa.

Pueden surgir actitudes de negación del peligro en las que la persona continúa con sus actividades cotidianas y no toma precauciones; en otros casos, aparecen actitudes desafiantes, de gran desorganización, o comportamientos pasivos o agitados que resultan poco adaptativos.

Durante: si la situación pasa de ser una amenaza y se convierte en realidad, los individuos deben enfrentarse de manera abrupta a hechos que pueden ser aterradores; se generan cambios neuroquímicos en el sistema nervioso central y pueden afectarse las respuestas inmunológicas. Las reacciones emocionales son intensas, el individuo siente interrumpida su vida y presenta reacciones muy variadas que van desde el miedo paralizante a la agitación desordenada y desde la anestesia sensorial al dolor extremo. Puede haber un estado de hiperalerta, hay moderados grados de confusión en la conciencia que se manifiestan como aturdimiento, desorientación y dificultad para pensar y tomar decisiones. Se pueden presentar diversos grados de disociación en los

que el individuo se siente colocado en posición pasiva ante una realidad que es vivida como película ajena.

Después: una vez pasado el evento agudo que, en algunos casos, puede prolongarse por horas, días y meses (volcanes, guerra), la víctima continúa experimentando oleadas de temor y ansiedad al recordar el trauma o al comenzar a elaborar las consecuencias del mismo. Al miedo y a la ansiedad se suma una inestabilidad emocional sobre un trasfondo de tristeza e ira. La alteración emocional incide en el resto del funcionamiento psicosocial, pueden aparecer ideas o conductas inapropiadas, el sueño se hace irregular y poco reparador, disminuye el apetito, surgen la irritabilidad y los conflictos en las relaciones interpersonales, y se dificulta el cumplimiento de tareas habituales, además, aparecen o se acentúan las quejas somáticas (dolores o molestias variados) y pueden surgir o agravarse las enfermedades preexistentes, puesto que se disminuyen globalmente las defensas o se hacen insuficientes las medidas de control (12). Si el impacto es grave y colectivo, en esta fase ya se nota el daño en la cohesión familiar y social, lo cual dificulta obviamente la superación individual del trauma. Si a ello le sumamos la persistencia de la amenaza o la necesidad del desplazamiento, resulta fácil entender que los procesos de readaptación se postergan y las manifestaciones psíquicas corren el riesgo de agravarse y volverse secuelas permanentes (17).

La necesidad de manejar simultáneamente las emociones, las relaciones personales, los compromisos interpersonales, y cumplir con las tareas de la vida diaria resulta abrumadora para las víctimas, que se confrontan permanentemente con la necesidad de adaptarse a la pérdida y a lo nuevo.

Fase de readaptación: las circunstancias ambientales y contextuales favorables facilitan que el individuo recupere la capacidad de asumir su cotidianidad y supere exitosamente las pérdidas. Sin embargo, no siempre sucede así y es frecuente que las reacciones psicósomáticas persistan y se hagan crónicas. También, aunque el temor y la ansiedad se vayan atenuando, persisten por mucho más tiempo la tristeza y la rabia; así mismo, surgen sentimientos de culpa por haber sobrevivido o no haber impedido la pérdida. El ritmo de normalización emocional es muy variable; obviamente, los más frágiles demoran más en alcanzar un equilibrio. A este respecto, merecen especial mención los niños, porque la situación de pérdida de las estructuras entorpece un desarrollo normal y la construcción de defensas protectoras también, suelen ser objeto de maltrato intrafamiliar, lo que, a la larga, los convierte en personas con dificultades para establecer vínculos afectivos duraderos y, eventualmente, en adultos a su vez generadores de violencia (16).

La OPS considera cuatro fases que denomina: pre-crítica, crisis desde el impacto hasta 72 horas, Pos-crítica hasta 30 días y de recuperación después de los 30 días del impacto. Es más frecuente considerar tres fases, denominadas por lo general como, antes durante y después, antes explicado sin fijar límites de tiempo para cada una de ellas (18).

Ahora bien el enfoque comunitario es esencial en el manejo adecuado de este tipo de situaciones, la misma tiene dos variantes que difieren entre sí. La primera desde fuera, pero en la comunidad, y la segunda desde dentro, con las comunidades. Cuando se trabaja en la comunidad, viniendo desde fuera, se tiene la ventaja de ser más objetivo en la apreciación de aspectos de la situación, contar con los recursos y organización que no

fueron afectados en el desastre, pero se corre el riesgo de la no aceptación por parte de la población, de no poder apreciar los aspectos más íntimos, subjetivos, de los efectos del desastre en la vida de esa comunidad (19).

Cada desastre tiene características únicas, y es posible determinar respuestas, que se consideran, universales del ser humano ante las pérdidas de vida y materiales ante los cambios que significa el evento en cuestión. La ayuda exterior puede tener también características universales, seguir patrones previamente establecidos, y aún pueden contemplarse estos aspectos en la capacitación de los socorristas y de la propia comunidad en riesgo de sufrir desastres de cualquier tipo, no obstante esta afirmación no es absoluta y debe contemplarse en la ayuda exterior las características propias de cada comunidad. Las comunidades pueden ser urbanas y dentro de ellas la afectación puede ser en un barrio, vecindario y estos a su vez tener elevados índices de marginalidad, ser residenciales, industriales o de servicios (20).

Hay que tener siempre presente la sabiduría popular, la cual daba respuesta a los desastres de todo tipo mucho antes de la existencia de expertos. Si se quiere trabajar con las comunidades afectadas hay que estar dispuestos a aprender de ellas para poder enseñarles modos de enfrentamiento a los desastres superiores o más efectivos, ese es el reto.

A pesar de los más recientes adelantos en materia de abordaje de enfrentamiento de desastres, desde las posibilidades de las ayudas externas en tiempo récord, de comunicación satelital, la preparación integral de los socorristas en los aspectos de salud mental, del incremento de ayudas especializadas en la mitigación y recuperación psicoemocional de las víctimas, la primera ayuda de cualquier tipo proviene de la propia

comunidad afectada incluyendo el personal médico que labora habitualmente en ella, de las víctimas adultas que de este modo contribuyen además a su propia superación del trauma y finalmente de los niños, niñas y adolescentes que de víctimas se convierten en actores. Todo ello sucede antes de que llegue la primera ayuda exterior y se hace de modo espontáneo, siguiendo patrones culturales, o por el contrario se incluyen elementos de demostrada eficacia para los que fue entrenada previamente esa población, respetando su sabiduría y quehacer ratificado, por su empleo histórico o superado por experiencias más recientes (21).

El amplio campo de la salud mental en situaciones de desastres no se limita a las enfermedades psiquiátricas, por el contrario, se relaciona con una amplia gama de problemas psicosociales que se dan como respuesta y modo de enfrentamiento a las elevadas demandas de un medio que rompe con los patrones habituales de la cotidianidad y se torna súbitamente agresivas, las respuestas ante un desastre, se expresan en una alteración del comportamiento habitual, pueden ser de tres tipos, las consideradas como “normales”, los trastornos transitorios y los de larga evolución o crónicos y que pueden ser o no diagnosticables en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS en su décima revisión (22).

En primer lugar aparecen las llamadas reacciones “normales” ante situaciones anormales creadas por el desastre, que son las más frecuentes, tiene un curso corto y tienden a la desaparición. Le siguen en orden de frecuencia y morbilidad los trastornos transitorios, que demoran más en desaparecer y pueden evolucionar hacia un curso prolongado, si no se tratan adecuadamente, y finalmente los trastornos mentales de evolución hacia la cronicidad. En todos los casos hay que considerar las personalidades

básicas previas al desastre, las alteraciones mentales preexistentes, que pueden descompensarse y las que surgen en relación con el evento traumático (16).

Las niñas, niños y adolescentes se consideran como más vulnerables y pueden presentar cualquiera de estas manifestaciones. Es necesario desde la etapa previa tomar medidas que eviten las mismas. No es necesaria la intervención especializada. En el momento del impacto, periodo de crisis o el conocido “durante” la población infantil juvenil, las gestantes, los adultos mayores y los discapacitados han de ser priorizados en las medidas generales de satisfacción de las necesidades básicas y de seguridad. En determinadas situaciones extremas la primera ayuda psicológica, es el abordaje indicado, que no necesariamente estará a cargo de personal especializado, pero sí con algún entrenamiento en ello. Estas personas pueden ser socorristas, maestros, líderes no formales, madres y padres u otro familiar, identificados y entrenados previamente. Lo ideal es que se dé una asignación de roles en la familia para ejercer estas acciones para con ellos y con la población de la tercera edad y los discapacitados (22). La etapa de “después” o de recuperación, se caracteriza, por la atención a las respuestas psicoemocionales de esta población.

Las respuestas normales ante la situación de desastre tienden a desaparecer con el tiempo y la restauración de la situación después del impacto, los trastornos transitorios, van a requerir de la primera ayuda psicológica y de intervención en crisis y quizás de una atención individualizada y especializada, ellos son, por una parte más vulnerables y por la otra más recuperables, pero necesitan de la ayuda, aun cuando sean actores de su propia recuperación (23).

Es común encontrar referencias a que los trastornos de evolución crónica en situaciones de desastre son pocos, con buen pronóstico y que el trastorno de estrés postraumático tiene una baja morbilidad. De igual modo se dan como eficientes y eficaces las intervenciones del más diverso tipo y en especial las dirigidas a niñas, niños y adolescentes. Es necesario, sin embargo, lograr la evidencia científica de estas afirmaciones, que muchas veces se quedan en lo anecdótico, con elevado contenido emocional, pero que raras veces obedecen a un seguimiento a largo plazo de los afectados (25).

Durante la fase del impacto se pueden identificar diversas manifestaciones clínicas, que no necesariamente constituyen en ese momento una entidad nosológica psiquiátrica. Así aparecen, crisis de diferente tipo, reacciones colectivas de agitación o pánico, manifestaciones individuales o de grupos pequeños y ansiedad, depresión, turbación de conciencia, excitación que puede llegar a ser psicótica. En las situaciones de trastornos colectivos, es necesaria la intervención, también dirigida a los grupos que la manifiesten, tomar medidas generales para evitar la propagación, identificar a las personas que se pueden considerar como índices o generadoras de la situación colectiva, separarlas del grupo y tratar los casos individuales que así lo requieran. En su conjunto constituyen las variables manifestaciones del estrés peri traumática (20).

En etapa posterior inmediata al impacto, no es infrecuente encontrar trastornos de ansiedad y depresión y la descompensación de los trastornos o modos de afrontamiento deficientes preexistentes. La violencia aparece con más intensidad y en variadas formas y puede relacionarse con el incremento del consumo de alcohol y drogas. El trastorno de estrés agudo incluye en su diagnóstico casi todas estas manifestaciones. Se requiere

tanto de la ayuda especializada, el empleo de técnicas participativas grupales y de intervención comunitaria. El sector de la comunidad de los más jóvenes es especialmente vulnerable a las exigencias psicosociales de esta etapa y requiere de un abordaje multisectorial y el empleo de técnicas comunitarias y de psicoterapia de grupo o individual (25).

Ya en la etapa de recuperación, las manifestaciones ansiosas y/o depresivas constituyen diagnósticos nosológicos, al igual que el alcoholismo y abuso de sustancias adictivas y requieren de tratamiento especializado. El trastorno de estrés agudo puede evolucionar hacia el postraumático, más grave y de evolución crónica y tórpida. Los casos que llegan en esas condiciones, son los que no han resuelto el impacto del estrés por múltiples razones y necesitan de ayuda especializada como parte del tratamiento, que además incluye el empleo de técnicas colectivas de rehabilitación y reinserción familiar y escolar(26,27).

Lo descrito tomando como base las fases del desastre, pueden repetirse en lo que se ha llamado segundo desastre, como el que ocurre cuando el albergue de damnificados adolece de los factores protectores psicosociales y se convierte en fuente de estrés, de ahí la importancia del cumplimiento de lo plasmado en los lineamientos de la salud mental en los desastres, sobre todo cuando estos expresan lo esencial del mantenimiento de la atención hacia los evacuados y albergados tanto en los centros de evacuación creados, como en las casas de familiares / vecinos; siempre evitándose la separación de las familias con el objetivo de preservar los factores protectores que implica sobre todo a la población infantojuvenil, mujeres embarazadas, enfermos crónicos y mentales, personas de la tercera edad u otros con diferentes minusvalías y

necesidades desbordantes en la vida cotidiana antes del desastre, que tienden a agravarse en la etapa durante y del posdesastre (28).

Es importante señalar que en todo tipo de instalación de vida temporal, centros de evacuación de cada una de las comunidades, se debe establecer un programa de actividades escolares y sociales lo más expedito posible, así como crear facilidades para el juego de toda la población infantojuvenil, de igual manera satisfacer las necesidades sentidas ya que la población vulnerable es muy susceptible a las conductas o respuestas inadecuadas que incluye la violencia psicológica y física, abuso sexual, adicciones y otros (19).

La gran complejidad de los desastres, se manifiesta en la afectación que se producen en los asentamientos humanos con pérdidas de vidas humanas y materiales, daños a la estructura social, trastornos en el comportamiento y psiquismo de las víctimas, y sus mecanismos de afrontamiento. Las acciones de la comunidad afectada y la ayuda exterior para mitigar sus efectos, lograr la recuperación psicosocial de los afectados y aun para preparar a las comunidades en la prevención de nuevos acontecimientos similares permiten comprobar también, la complejidad de este fenómeno. Son múltiples las propuestas de intervenciones y las experiencias prácticas, los reportes de sus resultados, los puntos de coincidencia y los de discrepancias, y los enfoques teóricos no siempre son coincidentes (29).

En este amplio abanico caleidoscópico se vislumbra la posibilidad de encontrar patrones que guíen las respuestas de los colectivos humanos para prevenir, mitigar y recuperarse de los desastres. Se hace necesario en este camino demostrar la eficacia y eficiencia de las acciones realizadas y las que se proponen hacer, para tener la seguridad de que se

generalizan aquellas con demostrada utilidad, flexibilidad y aplicabilidad en diferentes contextos socioculturales (30).

Se ha demostrado que la intervención en salud mental en situaciones de desastre es una actividad colectiva de entrenamiento y difusión del conocimiento; es especialmente necesaria para el personal que actúa posteriormente ejecutando acciones de salud mental o como multiplicadores.

En los últimos años se ha desarrollado un número creciente de modalidades de intervención en salud para atender las consecuencias de los desastres, entre las que se distinguen los procedimientos grupales orientados a la recuperación psicológica y social de la población (22).

En razón de lo anterior, resulta evidente que la población vulnerable, la población general, los trabajadores de la salud, los miembros de los equipos de respuesta y muchos de los que intervienen en la trabajo con grupos, son herramientas necesarias para ejercer adecuadamente su labor y liderazgo, también, es necesario enfatizar que debe existir un equilibrio adecuado entre las intervenciones de tipo individual y las de carácter grupal (31).

Al igual que en otros tipos de intervenciones en lo grupal se debe tomar en cuenta el tipo de desastre y sus características, el escenario comunitario y el contexto cultural, el modo de expresión de las emociones y los conflictos, la prioridad de los problemas y el modo tradicional de afrontar los eventos traumáticos.

Desde el punto de vista de la salud mental, los objetivos del trabajo con grupos son amplios y diversos, pero es posible resumirlos en: Informar y orientar verazmente. Mejorar y estabilizar las condiciones psíquicas de los integrantes del grupo, aumentar las

capacidades de las personas para afrontar y resolver las más variadas situaciones en la etapa posterior al desastre y favorecer el retorno a la normalidad.

De acuerdo con sus propósitos, los grupos se pueden clasificar en: informativos y de orientación, psicoeducativos y de apoyo emocional, autoayuda y ayuda mutua, y terapéutico (32).

La representación en una pirámide de los diferentes tipos de grupo puede quedar conformada así: Una base ancha: grandes grupos de personas, con quienes se establece un primer contacto y a quienes se les brinda información y orientación. Un segundo nivel, más estrecho, los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional, dirigidos a colectivos más específicos y homogéneos, que requieren algún soporte psicológico. Los grupos de ayuda mutua, integrados en algunos casos por personas que han estado formando parte inicialmente de los grupos anteriores y que tienen condiciones mínimas de motivación para agruparse con sentido de autonomía. Por último, en la cúspide de la pirámide, los grupos terapéuticos dirigidos a personas portadoras de trastornos psíquicos. Se ofrecen por servicios de atención especializada (33).

Debe existir un programa de capacitación con estándares mínimos de cumplimiento, esto permite definir cuántas personas están realmente capacitadas y qué porcentaje representan en relación con el universo total, por ejemplo, porcentaje de médicos de APS entrenados en salud mental en situaciones de emergencia; los trabajadores de atención primaria y el personal de ayuda humanitaria deben contemplar entre sus áreas de trabajo el componente psicosocial, como parte del abordaje humano de la población afectada por el desastre, deben ser lo suficientemente sensibles y competentes además

de estar debidamente preparados en el tema para utilizar los recursos disponibles en función de intervenciones tanto desde el punto de vista educativo como de apoyo, esto permite realizar un diagnóstico precoz, una remisión oportuna al profesional especializado, si fuere necesario y para detectar a quienes presentan síntomas y signos que sobrepasan la capacidad de enfrentamiento a los desastres (34).

En las últimas dos décadas se ha venido utilizando con mucha fuerza las intervenciones educativas para elevar y mejorar los conocimientos sobre diferentes temáticas, la salud mental en los desastres no escapa a esta tendencia.

Se define la intervención educativa como, una labor que contribuye a dar soluciones a determinados problemas y a prevenir que aparezcan otros, al mismo tiempo que supone colaborar con los centros o instituciones, con fines educativos y/o sociales, para que la enseñanza o las actuaciones que desde ellos se generan estén cada vez más adaptadas a las necesidades reales de las personas.

La intervención psicoeducativa, se define como una ciencia social, cuyo ámbito de competencia se refiere a variables sociales y nunca a variables biológicas. Las variables objeto de la intervención, por tanto, serían las que deben tomarse como criterio último para observar el cambio producido, y están referidas tanto al ámbito puramente individual como a los ambientes o contextos. Las acciones se suelen dirigir a completar la intervención básica (educativa y social), innovar esa intervención y optimizar recurso. Constituye la esencia de la intervención y viene condicionado por los objetivos, los que a su vez vienen dados por el análisis de necesidades (35,36).

Es importante que se parta de la conciencia de necesidad de cambio. Para ello se debe analizar la actual forma de actuación y lograr que los implicados en ellas se conciencien

de la posibilidad de mejora de las mismas. Está demostrado que las personas no cambian sus pautas de actuación, y menos aceptan sugerencias sobre otras nuevas, si no son conscientes de la inadecuación de las mismas.

A pesar de que se ha aceptado que una acción individualizada supone también una forma de intervención, se defiende la intervención colectiva frente a tratamientos exclusivamente individuales. La intervención, por tanto, ha de requerir un marco comunitario amplio de acción, entendiendo que las acciones puntuales en situaciones artificiales no pueden formar parte del ámbito estricto de la intervención, sin embargo, sí se considera intervención a los asesoramientos individuales, siempre que estén insertados en un proyecto de intervención más amplio(37-39).

Se pueden identificar los siguientes niveles de actuación: el nivel individual, entendido como tratamiento individualizado. El nivel de pequeño grupo, referido a la actuación en un conjunto de individuos situados dentro o fuera de una organización. El nivel de la organización, asumiendo la complejidad de la misma. El nivel de acción de amplio espectro, dirigido a instituciones, comunidad, macro contextos, cultura, etc (40-42). Se pueden contemplar cuatro funciones: terapéutica, la cual desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado, preventiva, la cual está dirigida a evitar la aparición de dificultades, se trabaja, por tanto, en la detección precoz de los problemas para diseñar la ayuda necesaria. Este planteamiento se basa, entre otros aspectos, en el menor coste en recursos humanos y económicos de los programas preventivos frente a los programas de intervención en la crisis. Conlleva conocer los factores de riesgo mediante análisis previos. Estos análisis pueden estar insertos también en el diagnóstico de necesidades.

Desarrollo: no pretende cubrir déficits ni evitar una previsible aparición de los mismos. Se trata de una concepción de la intervención a la que subyace un enfoque “no problemático”, que pretende promover el crecimiento y la madurez individual y social. Intervención Social: desde esta perspectiva se toma el contexto, no solo como posible causa o como fuente y origen de los hechos, sino, como medio en el que el profesional promueve directa o indirectamente cambios, hasta el punto de ser ‘instrumento-agente’ de cambio social (43-47)

En general, se suele defender el carácter preventivo frente al mero tratamiento. La función preventiva es un concepto estrechamente relacionado a la intervención, hasta tal punto que se puede decir que uno justifica al otro, y muchos autores identifican como única función de la intervención la prevención(48). Sin embargo, actualmente, se concibe y defiende que la intervención no sólo debe dirigirse a reducir el riesgo futuro sino también a optimizar o mejorar todos los ámbitos personales susceptibles de mejora (función de desarrollo), y a no percibir solo los déficits en los individuos que los padecen sino en los contextos que los provocan (intervención social (49-52)

Para garantizar un mayor éxito en la intervención es necesario la implicación de las personas que van a formar parte del programa, tanto en la elección como en la planificación, puesta en práctica y evaluación, para que sea concebido como una tarea de equipo. Son las distintas personas implicadas en la tarea de intervención las que deben dar respuesta a las necesidades y, por tanto, las que deben tener la motivación suficiente para llevar a cabo las acciones requeridas, esto se consigue más fácilmente si estas personas participan en las decisiones que afectan a las distintas fases de desarrollo del programa. Si se les presenta como un programa concebido y planificado

desde fuera, lo verán como algo ajeno a ellos, lo que puede dar lugar a que no se impliquen en el grado necesario (53,54).

Desarrollando este trabajo sobre la base de los objetivos propuestos se logrará que la capacidad de respuesta del personal médico y paramédico, así como de la población ante los desastres, sea de forma medida y efectiva.

Material y Método

Se realizó un estudio pre-experimental (antes y después) con el objetivo de evaluar un programa de intervención educativa sobre salud mental y desastre en la población vulnerable del CMF 35 de la policlínica norte de ciego de Ávila en el período comprendido de enero de 2016 a enero de 2017.

Se escogió la población de dicho consultorio por los años que llevan evacuados después de una situación de desastre donde sus viviendas fueron destruídas y la población permanece en albergues temporales y en casa de vecinos esperando la terminación de sus viviendas , además de las características sociodemográficas de la misma.

Del universo de 98 personas, se escogió una muestra no probabilística intencional y opinática la cual quedó constituida por 60 pobladores, los cuales cumplieron los siguientes criterios de inclusión y firmaron el consentimiento informado para participar en la investigación. (Anexo1).

Criterios de Inclusión

Población apta física y psicológicamente además de estar dispuestos a participar en el estudio.

Que se encuentren en la comunidad en el momento del estudio.

Que sus edades estén comprendidas entre 18 y 55 años.

Criterios de Exclusión

- Que no estén dispuestos a participar en el estudio

- Que se encuentren fuera del municipio en el momento de la investigación.

Criterios de salida

- Fallecidos en el momento del estudio.
- Abandono del estudio por decisión propia.

Para la recolección de la información se siguió la siguiente secuencia de trabajo.

1. Fue confeccionado y aplicado un cuestionario por el autor en forma de entrevista estructurada, el cual fue validado por criterios de expertos, los mismos fueron seleccionados por su preparación metodológica, conocimiento del tema y amplia experiencia profesional. Posteriormente se realizó una prueba piloto a 10 participantes (Anexo 2).
2. En el cuestionario se recogieron los datos de importancia para la investigación.

Métodos de Investigación:

Del nivel teórico:

Histórico - lógico: Se concreta al estudiar los antecedentes históricos referentes a la importancia del nivel de conocimientos adecuado a cerca del tema salud mental en desastre, su evolución en el tiempo y su vigencia.

Análisis y síntesis: Permite efectuar un análisis sobre la dimensión del problema objeto de estudio, para lograr a partir del análisis de situaciones concretas la síntesis de la información y aplicarla a la metodología propuesta.

Inducción – deducción: Está presente en el abordaje del problema en estudio, partiendo de la problemática general existente para particularizarla en el ámbito local, de manera que se perfeccionen las estrategias para elevación efectiva del nivel de conocimientos.

Enfoque sistémico: Permite el establecimiento de relaciones entre las respuestas emitidas por los encuestados y las variables seleccionadas.

Del nivel empírico: Revisión documental para informarnos adecuadamente sobre las actividades de capacitación relacionadas con el tema salud mental en desastre en el municipio Ciego de Ávila.

Cuestionario: Para caracterizar la población estudiada tanto en relación con las variables sociodemográficas, como en las que miden nivel de conocimiento.

La intervención fue dividida en tres etapas: **diagnóstico, intervención y evaluación final.**

Etapas de Diagnóstica

Se estableció una comunicación con toda la población involucrada en el estudio para solicitar la participación consciente de cada una, lo que quedó validado en un documento que fue firmado como constancia de su disposición a participar en el estudio (anexo 1).

Para realizar la investigación se tuvieron en cuenta los conocimientos adquiridos por el autor y se procedió a la actualización del mismo en técnicas participativas y educativas que se utilizaron para facilitar la comprensión de los temas que se impartieron. Se le dieron cumplimiento a las tareas, aplicándosele un cuestionario

(anexo 2) en el primer encuentro, lo que sirvió para caracterizar el grupo y a su vez identificó el nivel de conocimientos que poseían sobre salud mental en desastre, esto permitió definir los temas que se impartieron teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje detectadas. El cuestionario fue aplicado por el autor lo que permitió aclarar dudas sobre algunos términos.

Etapas de Intervención

Para dar cumplimiento a esta etapa se procedió a aplicar el programa de intervención educativo (Anexo 3) elaborado por el autor y validado por criterio de experto teniendo en cuenta algunos elementos de un programa de intervención presentado en el Congreso Salud y Desastre del año 2009. Luego se pasó a la conformación de tres grupos de 20 integrantes cada uno seleccionado de forma aleatoria (sorteo), impartándose cuatro grandes temas, los cuales se subdividieron en varios subtemas, los mismos se trataron con una periodicidad de tres frecuencias semanales por un período de 4 semanas.

Etapas evaluativa

Al concluir la intervención se aplicó el mismo cuestionario con las mismas características de la evaluación inicial (anexo 3), 2 semanas después de haber concluido la intervención, determinando el nivel de conocimiento después de la misma.

Definición operacional de las variables.

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Edad	Cuantitativa ordinal continua	18-32 33-45 46- 55	Según años cumplidos.	Números y porcentos según grupos de edades
Condiciones socioeconómicas	Cualitativa nominal politómica	Buena Regular Mala	-Vivienda tipo I ,percápita familiar por encima de 100 pesos. -Viviendda tipo IIpercápita entre 50-100 -Vivienda tipo III percápita familiar menos de 50 pesos.	Números y porcentos.
.Escolaridad	Cualitativa nominal politómica	Secundaria Preuniversitaria Universitaria	Según nivel escolar vencido	Números y porcentos
Conocimientos del concepto y la clasificación de los desastres.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Si menciona el concepto adecuado y al menos dos elementos de la clasificación Si menciona de forma inadecuada el concepto y menciona dos o menos	Números y porcentos

			elementos de la clasificación.	
-Conocimientos de cuáles son las etapas del ciclo de los desastres.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Si menciona las 3 etapas Si menciona dos o menos .	Números y porcentos
-Conocimientos de cuáles son los elementos que se consideran como conducta perjudicial para el individuo después de ocurrido un desastre.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Si menciona entre 4 y 5 Si menciona menos de 4	Números y porcentos
Conocimientos de qué sienten las personas las primeras horas de ocurrido un desastre.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	.Adecuado, Si menciona 5 Inadecuado, Si menciona menos de 5	Números y porcentos

psicológica y social				
Conocimientos acerca de los mitos y las realidades referente a la salud mental y los desastres.	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuado Inadecuado	Si marca 5 items o mas Si marca menos de cinco items.	Números y porcentos

Variable independiente.

Intervención educativa: Sistema de actividades educativas para lograr cambios en el conocimiento sobre desastre.

Variable dependiente

Nivel de conocimiento: La adquisición de conocimientos a través de la vida acerca de temas relacionados con el desastre.

Evaluación del nivel de conocimientos general sobre la temática (Anexo 2):

Adecuado: 100-80 puntos Inadecuado: 80 o menos

Su evaluación por temas permitió recopilar la información sobre los conocimientos antes y después de aplicar el programa de intervención educativo.

Proceder estadístico

Toda la información recopilada se llevó a una base de datos confeccionada en el programa SPSS versión 18.0 para Windows para su procesamiento, fue resumida en frecuencias absolutas y relativas, y para comparar las mediciones efectuadas en dos momentos diferentes antes y después de la intervención se utilizó la prueba de McNemar por tratarse de dos muestras pareadas y se clasifican los individuos según las dos categorías de una variable cualitativa dicotómica con un nivel de significación de $p < 0.05$ y un 95% de confiabilidad. Los resultados se mostraron en tablas y gráficos de distribución y frecuencias.

A través de la justificación de los objetivos y de la información científica aportada por estudios nacionales e internacionales consultados, se emitieron conclusiones y recomendaciones.

Aspectos Éticos

Se llevó a cabo un proceso de negociación con la población explicando detalladamente en qué consistió la investigación, demostrando en cada momento la importancia de su colaboración y veracidad al llenar el cuestionario, así como la posibilidad de aportar cualquier elemento que resultara provechoso para corroborar los resultados, respetando su autonomía, teniendo en cuenta como premisa esencial el consentimiento informado, lo cual quedó explícito el derecho a no participar en la investigación y el anonimato, así como a abandonar el estudio cuando lo hubiese estimado conveniente y por último estar de acuerdo con que los resultados de esta investigación puedan ser publicados .

Análisis de los resultados

Título. Conocimientos sobre salud mental y desastres

Tabla No.1 Distribución de la población según grupo de edades.

Grupo de edades	(n= 60)	%
18-32	28	46.6
33-45	15	25
46-55	17	28.3

Fuente: Cuestionario

La tabla muestra la distribución de la población según el grupo de edades predeterminado, en la misma podemos observar que predominó el grupo etario de 18 a 32 años para un 46.6 %, dato importante que nos sirvió para determinadas actividades educativas así como el lenguaje utilizado en las preguntas del cuestionario

Tabla No. 2 Distribución de la población según nivel socioeconómico.

Nivel socioeconómico	(n= 60)	%
Bueno	10	16.6
Regular	7	11.6
Malo	43	71.8

Fuente: Cuestionario

En dicha tabla podemos observar que el 71.8 % de la población tiene un nivel socioeconómico malo puesto que su per cápita familiar es menor de 50 pesos según normas cubanas y las condiciones estructurales de la viviendas predominan las tipo III y tipo IV, así como la presencia de desvinculación laboral y educacional, existiendo en el entorno condiciones favorables para las conductas inadecuadas ante eventos inesperados ,este dato coincide con el estudio realizado por la MsC Katia Villamil Fumero en el poblado de Júcaro sobre salud mental y desastres , donde el 87.4% de la población afectada desde el punto de vista psicológico por los desastres tenía una situación socioeconómica desfavorable.

Tabla.3 Distribución de la población según nivel de escolaridad.

Escolaridad	(n= 60)	%
Secundaria	46	76.6
Preuniversitaria	10	16.6
Universitaria	4	6.8

La tabla nos muestra que el nivel predominante es el secundario para un 76.6 % lo que evidencia el nivel bajo de preparación de dicha población, esto siempre implica una baja percepción de riesgo para este tipo de situaciones ,coincide este dato con el estudio realizado por el DrJeisson Imcapié en la policlínica centro de Ciego de Ávila donde el nivel de escolaridad de su población vulnerable era secundario para un 86.7 % de la muestra de su estudio, elemento importante que se tuvo en cuenta para determinar los temas ,el lenguaje, las técnicas participativas y el estudio individual así como los ejercicios de simulación.

Tabla 4. Nivel de conocimiento sobre generalidades de salud mental en desastre antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos sobre clasificación de los desastres	Antes de la intervención (n=60)		Después de la intervención (n=60)	
	No	%	No	%
Adecuado	12	20	51	85
Inadecuado	48	80	9	15

Prueba de McNemar p = 0.000

Fuente: Datos del cuestionario

En cuanto al tema clasificación de los desastres antes de la intervención encontramos que el 80 % tenían un nivel inadecuado de conocimiento respecto al mismo, esto coincide con datos obtenidos por la Dra Onchandategui en su caracterización de la población de estudio del municipio 10 de Octubre sobre la preparación en el tema desastres ,donde el 86.70% de la misma tenían un nivel de conocimientos inadecuados antes de la intervención , después de la misma en este estudio el 85 % de la población respondió de forma adecuada con un grado de confiabilidad de un 95% .

Tabla No. 5 Nivel de conocimiento sobre etapas del ciclo de los desastres antes y después de la intervención.

Nivel de conocimientos sobre etapas en las que transita los desastres	Antes de la intervención (n=60)		Después de la intervención (n=60)	
	No	%	No	%
Adecuado	-	-	53	88.3
Inadecuado	60	-	7	11.7

Fuente: Datos del cuestionario

Prueba de McNemar $p = 0.000$

En cuanto a la tabla No. 5 antes de la intervención para las etapas del ciclo de los desastres podemos observar que la población en estudio tuvo un desconocimiento total sobre la temática, porque no fueron capaces de mencionar las 3 etapas del ciclo de los desastres; estos resultados coinciden con datos obtenidos en estudio realizado por el Dr Tirso Miguel Laureiro Toledo en Muelle de los Buelles, Nicaragua donde en un estudio de intervención al inicio de la misma el nivel de conocimientos era deficiente en el 86.70% de los profesionales, después de la intervención el nivel de conocimiento aumentó en un 88.3 %, este resultado muestra al aplicársele el McNemar $p = 0.000$ el grado de confiabilidad es de un 95%, resultado que expresa la efectividad de la intervención educativa para corregir deficiencias en la esfera cognitiva

Tabla No. 6 Nivel de conocimiento sobre conductas perjudiciales en las personas después de ocurrido un desastre antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento sobre conductas perjudiciales en las personas después de ocurrido un desastre.	Antes de la intervención (n=60)		Después de la intervención (n=60)	
	No	%	No	%
Adecuado	14	23.3	57	95
Inadecuado	46	76.7	3	5

Fuente: Datos del cuestionario

Prueba de McNemar $p = 0.000$

La tabla de nivel de conocimientos sobre conductas perjudiciales nos muestra que el 76.7 % de la población de estudio tenían un nivel de preparación inadecuado ya que respondieron menos de 4 elementos que correspondían a las respuestas correctas. Esto se debe y a su vez corresponde con lo planteado por el DrC. Cristóbal Martínez y cito... “los psicólogos, psiquiatras, personal médico y la población vulnerable no han sido preparados adecuadamente en el tema salud mental y desastres sobre todo en los escenarios donde se forman y conviven...” (19), por tanto no han podido replicar ningún conocimiento a la población ni a los médicos de la Atención Primaria de Salud. Después de la intervención es evidente la elevación del nivel de conocimiento donde el 95 % lo elevó.

Tabla No. 7 Nivel de conocimiento sobre consecuencias de los desastres para la salud mental del individuo, antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento sobre consecuencias de los desastres para la salud mental del individuo	Antes de la intervención (n=60)		Después de la intervención (n=60)	
	No	%	No	%
Adecuado	2	3.33	60	100
Inadecuado	58	96.7	-	-

Fuente: Datos del cuestionario

Prueba de McNemar $p = 0.000$

Para el nivel de conocimientos sobre consecuencias de los desastres para la salud mental del individuo antes de la intervención, tuvieron un 96.7 % de nivel de conocimiento inadecuados, estos resultados se relacionan con los de Guash y colaboradores en la Conferencia Internacional de Psicología de la salud donde expusieron el tema Preparación psicológica de la población de Santiago de Cuba para el enfrentamiento de desastres, demostrando el desconocimiento y por tanto la ausencia de percepción de riesgo sobre el tema salud mental y desastres. Después de la intervención el 100 % de la población elevó el nivel de conocimientos, la incorporación de estos conocimientos es elemental para el manejo adecuado de los desastres, principalmente cuando existe la ausencia de profesionales de la salud mental y especialistas en medicina familiar entrenados en esta temática este resultado expresa una confiabilidad de un 95%, con un McNemar $p = 0.000$.

Tabla No. 8 Nivel de conocimiento sobre concepto y ejemplos de factores protectores, antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento sobre concepto y ejemplos de factores protectores.	Antes de la intervención (n=60)		Después de la intervención (n=60)	
	No	%	No	%
Adecuado	7	11.6	51	85
Inadecuado	53	88.4	9	15

Fuente: Datos del cuestionario

Prueba de McNemar $p = 0.000$

En la tabla No 8 apreciamos como el 88.4 % tuvo un nivel de conocimiento inadecuado sobre la temática, este resultado es coincidente con el realizado por el Dr Eudoro en médicos del Batallón 51 en diferentes estados de Venezuela donde el 87.0% del personal poseían un insuficiente nivel de conocimientos sobre este tema después de la intervención se elevó en un 85 % con una confiabilidad de un 95% ,este elemento es muy importante si tenemos en cuenta lo actual de la temática y está muy a tono con los lineamientos de la salud mental en desastres del 2008 (29) donde se hace hincapié en la importancia de los factores protectores relacionado fundamentalmente con la comunicación adecuada y efectiva, en las diferentes etapas, la evacuación en casa de familiares, en el adecuado manejo de los niños y adolescentes, satisfacer las necesidades sentidas de la población vulnerable ya que esta es muy susceptible a conductas o respuestas inadecuadas que incluye la violencia psicológica y física abuso sexual ,adicciones y otros.

Tabla No. 9 Nivel de conocimiento sobre manejo de grupos en los desastres, antes y después de la intervención.

Nivel de conocimiento sobre Manejo de grupos en los desastres.	Antes de la intervención (n=60)		Después de la intervención (n=60)	
	No	%	No	%
Adecuado	5	8.3	57	95.0
Inadecuado	55	91.6	3	5

Fuente: Datos del cuestionario

Prueba de McNemar $p = 0.000$

Para el tema manejo del grupo de los desastres el 91.6 % tuvo un nivel de conocimiento inadecuado antes de la intervención, después de la misma se elevó a un 95.0%, coincide este resultado con estudio realizado por el Dr.C Alexis Lorenzo y publicado bajo el título Reflexiones sobre la evolución del quehacer psicológico en el tema de emergencias y desastres. Es positivo que la población eleve el nivel de conocimiento sobre este tema pues el manejo adecuado del mismo constituye un elemento esencial sobre todo si tenemos en cuenta que la cantidad de personas afectadas y necesitadas de ayuda psicosocial como consecuencia de los desastres hace imposible la atención individual, solamente unos pocos necesitan de una atención profesional e individualizada. La incorporación de estos conocimientos son esenciales para saber a qué nos estamos enfrentando, pero mientras más específicos seamos en el saber sobre el manejo del grupo, más capaces y seguros podremos enfrentar la problemática y la toma de decisiones será más efectiva.

Tabla No.10 Nivel de conocimiento sobre algunos mitos y realidades, antes y después de la intervención.

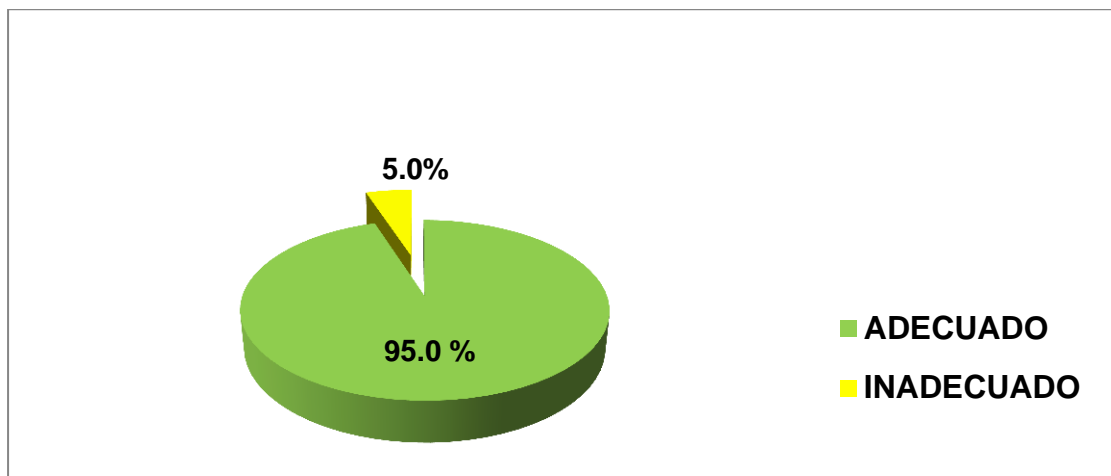
Nivel de conocimiento sobre algunos mitos y realidades.	Antes de la intervención (n=60)		Después de la intervención (n=60)	
	No	%	No	%
Adecuado	13	21.6	60	100
Inadecuado	47	78.3	-	-

Fuente: Datos del cuestionario

Prueba de McNemar $p = 0.000$

Para el tema mitos y realidades antes de la intervención el 78.3 % tuvo un nivel de conocimiento insuficiente, esto guarda relación con lo expresado por el DrC Alexis Lorenzo en cuanto a estudios sobre nivel de preparación y cito "... el personal médico está preparado para restablecer el funcionamiento somático en especialidades como Traumatología, Cirugía y Medicina Interna, obviando o minimizando los problemas que puedan aparecer en la esfera de la salud mental...." Es decir ante la emergencia existe la prioridad para recuperar la salud física y se minimizan los problemas de la salud mental haciendo que el concepto salud enfermedad de desvirtúe. Después de la intervención el nivel de conocimiento se elevó en un 100 %. Se puede asegurar que existe diferencia estadísticamente significativa en la proporción de pacientes con conocimiento sobre desastre antes y después de la intervención con una confiabilidad del 95%.

Gráfico No.1. Nivel de conocimientos de la población después de haber realizado la intervención educativa.



Fuente: Datos del cuestionario

El gráfico No 1. muestra la efectividad de la intervención educativa en la elevación del nivel de conocimiento en general, donde el **95.0 %** de la población del estudio tuvo un nivel de conocimiento adecuado después de la intervención, demostrándose así la efectividad de la misma; estos resultados son coincidentes con los reportados por varios autores como Alfonso Carrillo E, Lomba Acevedo P, Cuñito Suárez J, Martos González D, Calvo M en Proyecto para la implementación de una estrategia educativa en la esfera de salud mental en situaciones de desastre en el Congreso Salud y Desastre de Octubre 2011, que han estudiado los conocimientos que posee la población , sobre salud y desastres en general, llegando a plantearse la necesidad de incrementar la preparación en esta temática. Por esta razón realizar intervenciones educativas en respuesta a necesidades de aprendizaje previamente identificadas en un tema de tanta actualidad, y evaluar sus resultados en función de conocer el impacto, permite elevar la preparación de la población en el abordaje de la salud mental en desastres, proveyéndolos de información de valor preventivo, que podría ser aprovechado para elevar la capacidad de dar respuestas adecuadas en todas las fases del ciclo de reducción de desastres.

Conclusiones:

Se elevó el nivel de conocimientos sobre salud mental y desastres en la población vulnerable, se demostró el valor diagnóstico para determinar la situación real del comportamiento del nivel de los conocimientos de la población más vulnerable ante situaciones de desastres, lo que contribuye a mejorar el enfrentamiento a eventos y disminuir la vulnerabilidad psicosocial.

Recomendaciones:

- Perfeccionar las acciones de prevención para la reducción y el enfrentamiento de forma adecuada de las afectaciones psicológicas antes, durante y después de ocurrido un desastre.
- Los actores y decisores políticos deberían incluir dentro de sus objetivos estratégicos el tema salud mental en desastre.
- Identificar las necesidades de aprendizaje que permitan el diseño de estrategias de trabajo con otros factores de la comunidad para un manejo adecuado de estas situaciones.

Referencias Bibliográficas

1. Lorenzo Ruiz A. Reflexiones sobre la evolución del quehacer psicológico en el tema de emergencias y desastres. Análisis de la experiencia en Cuba. Cuando Teoría Práctica [Internet]. 2010 [citado 14 jun 2016];12 (5):7-37.Disponible en: <http://www.cuadernosdecrisis.com/num5vol2/Num5Vol2-2006.pdf>
2. Organización Panamericana de la salud. Área de Preparativos para Situaciones de Emergencias y Socorros en Casos de Desastres Unidad de Salud Mental y Programas Especializados. Guía para la elaboración de los planes nacionales de salud mental en situaciones de desastres y emergencias en los países centroamericanos. Washington: OPS; 2015.
3. Organización Panamericana de la salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias [Internet]. Washington: OPS; 2013 [citado 15 Mar 2016] [aprox. 18 pantallas]. Disponible en: disaster-publications@paho.org
4. Organización Panamericana de la Salud. Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de desastres. Washington DC; OPS;2011.
5. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y los problemas relacionados con la Salud (CIE). 10th ed. Ginebra: WHO; 2013.
6. Calderón Ocampo JH. Los desastres: reacciones psicológicas y psicosociales. San José: OPS; 2011.

-
7. Valero Álamo S. Psicología en las emergencias y los desastres. Lima: San Marcos; 2013.
 8. Ochandategui Camejo L. Caracterización de la preparación de médicos, enfermeras para enfrentar desastres. Municipio 10 de octubre [Tesis]. La Habana: ISCM-H; 2015.
 9. Lorenzo Ruíz A. Gerencia de Desastres en Cuba. Compilación de artículos [Internet]. La Habana: CLAMED; 2003. [citado 18 Feb 2016][aprox. 13 pantallas]. Disponible en: <http://wwwcardin.uwimona.edu.jm:1104>.
 10. Gerrity ET, Flinn BW. Consecuencias de los desastres en la salud mental. En: Lorenzo Ruiz A. Impacto de los desastres en la salud pública. Washington: OPS; 2015. P.100-120.
 11. Cuba. Consejo de Defensa Nacional para la planificación, organización y preparación del país para las situaciones de desastres. Directiva No. 1. La Habana: CLAMED; 2013.
 12. Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres. Juntos a prepararnos [Internet]. La Habana: CLAMED; 2004 [citado 28 Mar 2016] [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.clamed.sld.cu>
 13. Guash Negrín K, BarcazHechavarría E, Soteras Del Toro MP. Preparación psicológica de la población de Santiago de Cuba para el enfrentamiento de desastres. En: III Conferencia Internacional de Psicología de la Salud PSICOSALUD 2000, editor. Resúmenes. 27 nov.-1 dic. 2000, Ciudad de la Habana: Palacio de las Convenciones; 2015. p. 6-27.
 14. Comité Permanente entre Organismos (IASC). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra: IASC; 2011.

-
15. Lorenzo Ruiz A. Ponencia" Teoría y prácticas en actividades de preparación psicosocial para emergencias y desastres en Cuba y América Latina" las Memorias del III Congreso Nacional de Innovaciones en Psicología y Salud Mental. Escuela de Psicología de la Universidad de Tunja, Estado de Boyacá-Colombia UPTC, Tunja-Colombia, 2013. p. 4-20.
 16. Crocq L, Dutheau C, Salham M. Les reactionsemotionnelles dans les catastrophes. París: ÉditionsTechniques; 2012.
 17. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Washington: DC; 2012.
 18. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie de manuales y guías sobre desastres. Washington: OPS, OMS; 2013.
 19. Martínez Gómez C. Importancia de los factores protectores para la salud mental infantojuvenil en emergencias y desastres [Internet]. 2013 [citado5 Abr2016] [aprox. 16 pantallas]. Disponible en:<http://www.wpanet.org/education/docs/factores.doc>.
 20. Barrientos Llanio G. Enfoque comunitario en desastres [CD-ROM]. La Habana: CLAMED; 2012.
 21. Cohen R. Salud mental para víctimas de desastres. Manual para trabajadores. México: Moderna; 2014.
 22. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades y los problemas relacionados con la Salud (CIE). 10th ed. Ginebra: WHO; 2013.
 23. Navarro Machado VR. Manual para la preparación comunitaria en situaciones de desastres [Internet]. Rodas: Ediciones Damují; 2007 [citado4 Abr 2016] [aprox. 14

pantallas].

Disponible

en:

<http://www.bvs.cfg.sld.cu/DOC/Manual%20DesastComun%20Victor.pdf>.

24. Salvador. Programa nacional de salud mental. Modelo de intervención en crisis para en situación de emergencias y desastres. El Salvador: Maya; 2012.
25. Ventura Velázquez RE. A propósito de un caso con estrés postraumático en el medio militar. RevCubanaMed Mil [Internet]. 2006 [citado 4 de Mar 2016]; 35(2): [aprox. 6 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol35_2_06/mil10206.htm
26. Moreno Ceballos N. Asistencia psicológica a niños víctimas de desastres. Santo Domingo: Editora Buho; 2012.
27. Garrido López MJ. Intervención psicológica tras el accidente de trenes de Chinchilla [Internet]. 2012;España [citado 18 feb 2016] [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.emergencia.com/articulos/showarticle.php>.
28. Santina OA, López DO. Desastres. Impacto psicosocial. Córdoba: Alción Editora; 2013.
29. Ministerio de Salud Pública. Lineamientos de la salud mental en desastres en Cuba. Indicación No.20. La Habana: MINSAP 2015.
30. Lorenzo Ruiz A. Rol de la psicoterapia integrada individual-grupal a un programa de rehabilitación para niños damnificados por desastres. Iztacala [Internet]. 2010 [citado 18 Feb 2016]; 8(3): [aprox. 9 pantallas.]. Disponible en: <http://www.journals.unam.mx/index.php/repj/article/view/19418>
31. Foyo Ceballos L, Huergo Silverio V, Peraza Fernández J. Manual del facilitador. La Habana: Sociedad Nacional de la Cruz Roja Cubana; 2014.

-
32. Prewitt Joseph O. Apoyo psicológico en desastres, un modelo para Guatemala. Guatemala: Cruz Roja Guatemala y Americana. Impresos Otto Máster; 2011.
33. Prewitt JO, Escorcía Delgadillo J, González Flores BA. Diplomado para Interventores en Crisis. Guía Metodológica. Guatemala: Otto Master; 2013.
34. Alfonso Carrillo E, Lomba Acevedo P, Cuñito Suárez J, Martos González D, Calvo M. Proyecto para la implementación de una estrategia educativa en la esfera de salud mental en situaciones de desastre. Congreso Salud y Desastre. La Habana. Cuba; Octubre 2011.
35. Ministerio de Salud Pública. Tercer glosario cubano de Psiquiatría (GC-3). Diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales. La Habana: MINSAP; 2011.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual. 4th ed. Washington: APA; 2014.
37. Valero Álamo S. El Manejo psicológico del duelo en emergencias y desastres. Lima: San Marcos; 2015.
38. Lorenzo Ruiz A. Apoyo psicológico en desastres. En: Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres, editor. Gerencia de desastres en Cuba: Una compilación de artículos contribuidos por el Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres. Kingston: Red Caribeña para información sobre desastres; 2014. p. 10-16.
39. Navarro VR. Manual para la preparación comunitaria en situaciones de desastres. Rodas: Ediciones Damují; 2011.
40. Lorenzo Ruiz A, Martínez C, Ventura RE. Lineamientos de la Salud Mental en Desastres en Cuba. Infomed [Internet]. Ciudad de La Habana: Infomed; 2010; [citado 8 Feb 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/desastres/temas.php?idv=22513>.

-
41. Navarro VR, Martínez B, Garrido Y, Larramendi X. Respuesta emocional tras el paso del Huracán Dennis. Área VI municipio de Cienfuegos [CD-ROM]. IV Congreso Internacional de Urgencias, Emergencias y Medicina Intensiva URGRAV 2006. Ciudad de La Habana: MINSAP; 2016.
42. Alcina E. Vulnerabilidad psicosocial asociada al hecho catastrófico. *Apuntes Psicol.* 2013; 21(2):377-89.
43. Álvarez González MA. Stress. Generalidades. En: Stress. Un enfoque integral, editor. Ciudad de La Habana: Nuevo Milenio; 2011. p. 17-34.
44. Organización Panamericana de la Salud. Salud mental y desastres: intervención en crisis. Pautas para equipos de respuestas. La Paz: OPS; 2016.
45. Rodríguez J. Guía práctica de la salud mental en situaciones de desastres. Washington, DC: OPS/OMS; 2016.
46. Organización Panamericana de la Salud. Índice de seguridad hospitalaria: Guía del evaluador de hospitales seguros. Washington, DC: OPS; 2014.
47. Servicios de Salud Mental (SERSAME). Programa específico de atención psicológica en casos de desastre. Ciudad México: Valeo S; 2012.
48. Laureiro Toledo TM. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre urgencias quirúrgicas en especialistas de medicina general integral y licenciados en enfermería. Muelle de los Buelles, Nicaragua. (tesis). *Mediciego vol_01_11* [citado 13 de septiembre 2016]: [aprox 9 pantallas]. Disponible en www.revmediciego.sld.cu
49. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2012.
50. Lima BR. La atención comunitaria en salud mental en situaciones de desastre. En: Levan I, editor. Manual de salud mental en la comunidad. Washington, DC: OPS; 2013. p. 218-36.

51. Mendez M. Mapa Exploratorio de Intervenciones Psicosociales frente al Terremoto del 27 de Febrero de 2010 en la Zona Centro-Sur de Chile. *Ter Psicol.* 2011; 28(2):193-202.

52. Cova F, Rincón P. El Terremoto y Tsunami del 27-F y sus Efectos en la Salud Mental. *Ter Psicol.* 2012; 28(2):179-185.

53. Zaccardelli Davoli M. Los problemas psicosociales en situaciones de desastres y emergencias: marco general de referencia. En: Rodríguez J, Davali MZ, Pérez R, organizadores. *Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de desastres.* Washington: OPS; 2016. p. 1-7.

54. Díaz C, Quintana G, Vogel E. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *TerPsicol.* 2012; 30(1):37-43.

Bibliografía consultada

- Hacia una propuesta integral. Revista tecnología y comunicación educativa. Madrid: Alianza Editores, 2011.
- La Defensa Civil en Cuba: un factor de la Seguridad Nacional. En: Revista Seguridad y Defensa. Centro de Estudios de Información de la Defensa, Volumen 2, Número 2, agosto 2004.
- Manual para la evaluación del impacto socioeconómico y ambiental de los desastres (LC/MEX/G:%); México, julio.2013.
- OPS. Manual de evaluación de daños y necesidades en salud para situaciones de desastres, Ecuador: OPS, 2004 (series Manuales y Guías sobre Desastres).
- OPS. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie manuales y guías sobre desastres, No. 1. OPS, Washington, Agosto 2012.
- Tercer informe del Panel Intergubernamental de Cambio Climático (IPCC) para responsables de políticas, (p.9-21)2001.
- Zapata Marti R. Los efectos de los desastres en 2004 y 2005: La necesidad de adaptación de largo plazo. CEPAL, serie de estudios y perspectivas, Sede Subregional de la CEPAL en México, DF., Agosto 2006.

Anexos No.1

Consentimiento Informado

yo _____, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada, Conocimientos sobre salud mental y desastres Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

En caso de no desear continuar puedo voluntariamente me, sin que esto constituya un problema.

Se me aplicará un cuestionario que he de responder con la mayor sinceridad posible.

Mi participación es voluntaria por lo cual y para que así conste firmo el presente consentimiento informado junto al, autor de la investigación que me brinda explicaciones.

A los _____ días del mes _____ de 2016.

Firma del participante _____

Anexo 2.

Cuestionario

Estamos realizando una investigación para identificar los conocimientos que tiene la población del CMF 35 de la policlínica norte de Ciego de Ávila en el tema salud mental y desastre.

La encuesta es anónima y necesitamos su cooperación al respecto. Muchas gracias de antemano.

Edad_____

Nivel de escolaridad

Secundaria Terminada

Preuniversitario Terminada

Universitaria

Nivel socioeconómico Bueno

Regular

Malo

1- ¿Ha recibido alguna información sobre la salud mental relacionada con los desastres?

Si 1

No

2. Que son los desastres y explique como usted podría clasificar los mismos.

Si menciona el concepto adecuado y al menos dos elementos de la clasificación (10 puntos)

Si menciona de forma inadecuada el concepto y menciona dos o menos elementos de la clasificación (0)

3. Mencione las etapas por las que transitan los desastres.

Si menciona las 3 etapas (10 puntos)

Si menciona dos o menos (0) .

4. Enuncie cuatro elementos que usted considere como conducta perjudicial para el individuo después de ocurrido un desastre.

Si menciona entre 4 y 5 (10 puntos)

Si menciona menos de 4(0)

5. Ante la ocurrencia de desastres en las primeras horas, que sienten las personas.

Adecuado Si menciona 5(10)

Inadecuado Si menciona menos de 5(0)

6. ¿Qué consecuencias generan los desastres desde el punto de vista psicológico y social .

Adecuado: 6 o más (10).

Inadecuado: Menos de 6(0)

7. Cuáles son los grupos más vulnerables para la aparición de alteraciones psicológicas en desastres.

Si menciona tres o más (10)

Menos de tres (0)

8. De los siguientes aspectos que se listan a continuación. Señale cuales considera que le brindan protección desde el punto de vista mental. (Puede marcar más de una respuesta).

1 Información actualizada sobre la evolución y magnitud del desastre

2 Contar con la protección y seguridad requeridas.

3 Reconocimiento del cadáver de un ser querido

4 Velar a las personas muertas .

5 Acompañar el duelo a familiares de los desaparecidos.

6 Separación de la familia.

7 Ubicación de albergues transitorios para los afectados.

8 Preparación de la población para que participe en la recuperación de la comunidad

9 Violencia familiar

10 Ubicación en casas de familiares o vecinos allegados

Si marca los items 1, 2, 3, 4, 5 ,8 y 10 (10 puntos)

Si marca el 6, 7 y 9(0 puntos)

9. Cree usted que el trabajo en grupos es importante para la recuperación psicológica y social. Argumente.

Si 1

No 2

Si marca el items 1 y expone 2 razones o mas

Si marca el items 2 y expone 1 razón o ninguna.

10. En la salud mental en los desastres como en otras disciplinas existen los denominados mitos y realidades. A continuación le presentamos un grupo de aseveraciones señale cuál constituye mito y cuál realidad.

-
1. Los problemas mentales en los desastres y otras emergencias son poco frecuentes y su Impacto es reducido___mito_____.
 2. La principal estrategia es el fortalecimiento y capacitación de la red de APS, agentes comunitarios voluntarios que son la primera línea de contacto con la población ___realidad_____.
 3. Los trastornos mentales tienen una evolución progresiva y dañina _____mito_____.
 4. En situaciones de desastres naturales y emergencias se genera una importante problemática psicosocial, en especial entre la población que fue más damnificada o afectada. -----realidad
 5. Los trastornos mentales abarcan una amplia gama de problemas, desde emocionales ligeros hasta severas demencias. Sin embargo, la mayoría de ellos pueden ser atendidos ambulatoriamente en la propia comunidad, tienen buen pronóstico y se recomienda como la principal medida de rehabilitación la reincorporación a la vida cotidiana_____realidad_____.
 6. La violencia y la agresividad no son frecuentes en los albergues___mito_____.
 7. La población afectada está tan indefensa y conmocionada que no puede asumir la responsabilidad por su supervivencia_____mito_____.
 8. El pánico colectivo es poco frecuente y aparece solo en determinadas circunstancias_____realidad_____.

Si marca 5 items o más.

Si marca menos de cinco items.

Anexo 3

Programa de intervención educativa

Tema No. 1- Generalidades, definiciones y actualización

Horas del tema:7 h.

Objetivo:

1. Ampliar el conocimiento referente a la salud mental y los desastres.

Contenidos:

1. Generalidades y conceptos en salud mental y desastres. clasificación.
2. Historia.
3. Factores protectores y factores de riesgo
4. Mitos y realidades
5. Marco legal

FOE:

1. Conferencia 1 h
2. Trabajo grupal 2 h
3. Clases prácticas 2 h

Trabajo independiente 2h

Tema: Factores protectores que usted debe fortalecer en su comunidad

Bibliografía.

1. Organización Panamericana de la salud. Área de Preparativos para Situaciones de Emergencias y Socorros en Casos de Desastres Unidad de Salud Mental y Programas Especializados. Guía para la elaboración de los planes nacionales de salud mental en situaciones de desastres y emergencias en los países centroamericanos. Washington: OPS; 2015.
2. Lorenzo Ruiz A. Reflexiones sobre la evolución del quehacer psicológico en el tema de emergencias y desastres. Análisis de la experiencia en Cuba. Cuando Teoría Práctica [Internet]. 2010 [citado 14 jun 2016];12 (5):7-37.Disponible en: <http://www.cuadernosdecrisis.com/num5vol2/Num5Vol2-2006.pdf>.
- 3 . Lorenzo Ruiz A. Apoyo psicológico en desastres [Internet]. La Habana: CLAMED; 2003 [citado 14 Jun 2016]. Disponible en: <http://wwwcardin.uwimona.edu.jm:1104>.
4. Calderón Ocampo JH. Los desastres: reacciones psicológicas y psicosociales. San José: OPS; 2012.
5. DelamoritS. La interacción didáctica. Madrid: Kapeluz; 2013.
- 6 Martínez Gómez C. Importancia de los factores protectores para la salud mental infantojuvenil en emergencias y desastres [Internet]. 2013 [citado5 Abr2016] [aprox. 16 pantallas]. Disponible en:<http://www.wpanet.org/education/docs/factores.doc>.

Tema No. 2- Etapas para la planificación y ciclo de reducción de los desastres.

Horas del Tema: 10 h.

Objetivo:

1. Definir la conducta a seguir por la población durante cada etapa.

Contenidos:

1. La etapas de planificación
2. Prevención (desarrollo o memoria histórico-cultural, diagnóstico de salud mental, elaboración del plan de reducción de desastres, conformación de equipos para afrontar las situaciones de desastres, diseños y validaciones de procedimientos y normas)
3. Preparativos
4. Respuesta (impactos y modalidades, emergencias y desastre, primera ayuda psicológica y primeros auxilios psicológicos, escenarios)
5. Recuperación (rehabilitación y reconstrucción)

FOE

1. Conferencia 1h
2. Trabajo grupal 5h
3. Simulacros 4 h

Medios de Enseñanza:

1. Presentación de diapositivas y carpeta con bibliografía en soporte electrónico.
2. **Bibliografía.**

-
1. Cuba. Consejo de Defensa Nacional para la planificación, organización y preparación del país para las situaciones de desastres. Directiva No. 1. La Habana: CLAMED; 2013.
 2. Lorenzo Ruíz A. Gerencia de Desastres en Cuba. Compilación de artículos [Internet]. La Habana: CLAMED; 2003. [citado 18 Feb 2016][aprox. 13 pantallas]. Disponible en: <http://wwwcardin.uwimona.edu.jm:1104>.
 3. Organización Panamericana de la Salud. Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de desastres. Washington DC; OPS;2011.
 4. Bello B. Medicina de Desastres. La Habana: Ciencias Médicas; 2014.
 5. Organización Panamericana de la salud. Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias [Internet]. Washington: OPS; 2013 [citado 15 Mar 2016] [aprox. 18 pantallas]. Disponible en:disaster-publications@paho.org

Tema No.3. Importancia del manejo de los grupos en situaciones de desastres. 7 h.

Objetivo:

1. Valorar de forma integral la importancia del manejo del grupo en situaciones de desastre

Contenidos:

1. Concepto de manejo de grupo
2. Técnicas de intervención grupal.
3. Grupos de autoayuda
4. Papel de los líderes de la comunidad.

FOE

- 1) Conferencia 1h
- 2) Clase práctica 6 h

Medios de Enseñanza:

1. Presentación de diapositivas y carpeta con bibliografía en soporte electrónico.

Bibliografía

1. Centro Latinoamericano de Medicina de Desastres. Juntos a prepararnos [Internet]. La Habana: CLAMED; 2004 [citado 28 Mar 2016] [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.clamed.sld.cu>
2. Calderón Ocampo JH. Los desastres: reacciones psicológicas y psicosociales. San José: OPS; 2011.
3. Guash Negrín K, BarcazHechavarría E, Soteras Del Toro MP. Preparación psicológica de la población de Santiago de Cuba para el enfrentamiento de

-
- desastres. En: III Conferencia Internacional de Psicología de la Salud PSICOSALUD 2000, editor. Resúmenes. 27 nov.-1 dic. 2000, Ciudad de la Habana: Palacio de las Convenciones; 2015. p. 6-27.
4. Cortés Trujillo EG. La percepción psicológica del riesgo y el desastre. Aspectos neuropsicológicos. Cuad Crisis [Internet]. 2003 [citado 4 Mar 2016] [aprox. 6 pantallas]. Disponible en: http://www.cuadernosdecrisis.com/volum2/v2_004.html
 5. Navarro Machado VR. Manual para la preparación comunitaria en situaciones de desastres [Internet]. Rodas: Ediciones Damují; 2007 [citado 4 Abr 2016] [aprox. 14 pantallas]. Disponible en: <http://www.bvs.cfg.sld.cu/DOC/Manual%20DesastComun%20Victor.pdf>.
 6. Salvador. Programa nacional de salud mental. Modelo de intervención en crisis para en situación de emergencias y desastres. El Salvador: Maya; 2012.

Tema No. 4 Consolidación de conocimientos. 1 h

Objetivos:

1. Reafirmar conocimientos sobre los temas impartidos
2. Aclarar dudas a los participantes

Técnica:

1. Discusión grupal

