



**Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila
Policlínico Universitario Docente
Belkis Sotomayor**

**Evaluación del nivel de conocimiento sobre salud mental y
desastres en profesionales de la salud, policlínica Belkis
Sotomayor, 2017.**

**Tesis en opción al título de especialista en 1er Grado en Medicina
General Integral.**

Autor: Dra. Anailis Díaz Gómez

**Ciego de Ávila
2018**

**Universidad de Ciencias Médicas
Ciego de Ávila
Policlínico Universitario Docente
“Belkis Sotomayor “**

Evaluación del nivel de conocimiento sobre salud mental y desastres en profesionales de la salud, policlínica Belkis Sotomayor, 2017.

Tesis en opción al título de especialista en 1er Grado en Medicina General Integral.

Autor: Dra. Anailis Díaz Gómez.

Aspirante a especialista en 1^{er} Grado en Medicina General Integral.

**Tutora: MsC.Dra Katia Villamil Fumero
Especialista de 2do grado en Medicina General Integral. Profesora Asistente**

Institución de procedencia: Facultad de Ciencias Médicas Dr. José Assef Yara

Ciego de Ávila.

2018

Pensamiento

¡Suerte que tenemos una Revolución!

Está garantizado que nadie permanecerá en el olvido. Una fuerte, enérgica, previsoramente Defensa Civil protege a nuestra población.

Fidel Castro

DEDICATORIA

A mi hijo, mi estrella inspiradora y mi razón de ser.

A mis padres por haberme guiado por los mejores caminos, transmitiéndome confianza, amor y seguridad, por hacerme una mejor persona y mejor profesional.

A mi hermano, por apoyarme siempre, por ser mi compañero, mi amigo y mi confidente.

A mi tutora; digno ejemplo de inspiración y perseverancia. A la persistencia, virtud por la cual las demás dan frutos.

AGRADECIMIENTO

La acción de agradecer es tan grande como la de crear, es por ello que agradezco

A mis padres, por ser el faro que guían mis pasos, fuentes de luz y desvelo.

A mi hermano por su amor y comprensión.

A mi hijo por su cariño y ternura.

A los profesores de la especialidad por sus sabias orientaciones.

Además, a todos aquellos que de una forma u otra han colaborado en el desarrollo de este trabajo; en especial a mi tutora Katia Villamil Fumero por dedicarme su preciado tiempo, por su paciencia y apoyo incondicional, porque gracias a su guía y consejos este sueño se me hizo realidad.

Muchas gracias.

Resumen

Se realizó un estudio pre-experimental con el objetivo de evaluar el nivel de conocimiento sobre salud mental en situaciones de desastres en los profesionales de la salud de la policlínica Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila en el período comprendido de enero de 2017 a mayo de 2018. La muestra fue no probabilística e intencional y quedó constituida por 40 profesionales de salud (médicos de familia, psicólogos, rehabilitadores y licenciados en enfermería), teniéndose en cuenta además algunos criterios de inclusión. Para evaluar el nivel de conocimiento se aplicó un instrumento sobre salud mental y desastres creado por el Dr. C Ventura y (validado por expertos de la OPS) a los profesionales de la salud antes y después de la intervención. Los resultados evidenciaron la efectividad de la intervención terapéutica puesto que antes de aplicado el instrumento el nivel de preparación no era el adecuado, luego de haber aplicado un programa educativo se le dio solución a la problemática planteada inicialmente elevando su nivel de preparación.

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

ÍNDICE

Contenido

Páginas

□	Introducción.....	1
□	Objetivos.....	7
□	Marco teórico.....	8
□	Método.....	23
□	Análisis y discusión de los resultados.....	31
□	Conclusiones.....	40
□	Recomendaciones.....	41
□	Referencias bibliográficas.	
□	Anexos.	

Introducción

Los desastres en sus diferentes formas de manifestarse siempre producen un impacto en la salud mental de la población comprometida, que es particularmente intenso con los 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 de 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 son factores que limitan la consecución de las metas previstas en el sector salud. La reciente decisión adoptada por la Asamblea General de la Organización Mundial de la Salud (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).

También se ha demostrado que, después de la emergencia, los problemas de salud mental en los sobrevivientes requieren de atención durante un período prolongado de tiempo cuando tienen que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas. 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. (3)

El panorama mundial; enmarcado en una creciente magnitud de pobreza e inequidad entre los pueblos, que propicia las condiciones para intensificar el impacto de los desastres; sobre todo en los países del Sur y del Tercer Mundo Subdesarrollado, rechaza toda consideración mitológica e irracional de que el comportamiento humano en desastres es sinónimo de locura u otros trastornos psiquiátricos. Sin embargo, el estudio de sus consecuencias en el plano psicológico es relativamente reciente, lo que ha provocado la permanencia de las manifestaciones psicopatológicas reactivas al desastre en las poblaciones afectadas cual huella indeleble en su psiquismo, descrito en la literatura científica por los primeros semiólogos dedicados al estudio de tales afecciones, como neurosis traumática (1)

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 situaciones de desastres, el comportamiento humano tiene sus complejidades y particularidades, vinculadas a las características de cada desastre, a las potencialidades de los individuos y comunidades en cada caso; de modo que las múltiples interacciones entre estos u otros factores, condicionan las posibles respuestas humanas normales en la gran mayoría de las poblaciones cuando enfrentan la inminencia de un fenómeno considerado anormal, por su esencia para la sensorpercepción y la humanidad en general(3)

La necesidad de diseñar metodologías y programas nacionales para el adecuado manejo de los desastres, y de elevar los conocimientos y la cultura general en salud mental en desastres entre los profesionales, socorristas, voluntarios, y especialmente en la comunidad; para lograr que los decisores a nivel de familia-barrio-localidad-provincia-países-regiones y a nivel mundial, accionen los mecanismos y procesos basados en los problemas que enfrentan, es una premisa para fortalecer las capacidades a todos los niveles(4).

Cuba, dada su posición geográfica (cuarta región mundial de formación de ciclones tropicales, cercana a la zona sísmica generadora originada por el contacto entre la placa del Caribe y Norteamérica) y las características de su clima, reúne condiciones de riesgo para la mayoría de los desastres de origen natural. En su

historia, aunque con mucha menos frecuencia en los últimos 50 años, se recogen inevitables acontecimientos que terminaron con la vida de centenares de personas, pusieron en riesgo las de otras y deterioraron la economía del país. Por ello, a partir del triunfo de la Revolución y específicamente en 1961, se comienza la labor organizativa del incipiente “sistema de protección civil” que se ha fortalecido progresivamente, hasta constituir hoy el poderoso sistema de la Defensa Civil (DC); respaldado legalmente y de obligatorio cumplimiento por las instituciones del estado y la comunidad. Una de sus fortalezas y línea de trabajo, es la capacitación y participación comunitaria, la cual está definida como necesaria en todas las iniciativas para reducir la vulnerabilidad. Las sociedades más educadas e instruidas en estos aspectos (Cuba es un ejemplo de ello), son las que más rápido concluirán los períodos de recuperación, sufrirán menos pérdidas económicas y estarán más preparadas para futuras adversidades (2).

El manejo global de los desastres en Cuba tiene una adecuada organización, especialmente ante huracanes; sin embargo, para el enfrentamiento de accidentes de moderada envergadura y principalmente de inicio súbito, la práctica cotidiana demostraba que existían dificultades para su respuesta; en similar sentido, la literatura reflejaba nuevos conceptos que podrían implementarse en países como Cuba. Por ello, se hizo necesario para la dirección del Sistema Integral de Urgencias Médicas (SIUM) tener un mejor conocimiento sobre los aspectos que limitaban este desempeño y las posibles soluciones en el contexto cubano; aspecto contemplado en la agenda de trabajo a partir de la segunda reunión nacional del SIUM en 1998 y dado a cada provincia como un problema a resolver. En Cienfuegos hasta principios de 1997, fueron enfrentados adecuadamente por el sistema de salud provincial, huracanes, grandes accidentes y epidemias (dengue, conjuntivitis hemorrágica y neuropatía); sin embargo, no se contaba con los elementos teórico-metodológicos que facilitarían la organización de un plan de respuesta a múltiples víctimas con un enfoque sistémico y válido para todos los servicios de urgencia. La necesidad de nuevas acciones organizativas y de su base material de estudio fue más evidente tras el surgimiento del SIUM y la revitalización de los hospitales a partir de ese año. Nivel de desempeño insuficiente, mejorable con cambios organizativos y capacitación, demandaba buenas evidencias, en un sustento bibliográfico adaptado a la realidad cubana, con el cual no se contaba; hasta el 2008 solo existía un libro sobre el tema, pero no enfocado a las particularidades en la organización de la atención médica de urgencia (3).

A lo anterior se suma el inicio de la docencia sobre medicina de desastres a pregrado en los cursos 2002-2003 y la capacitación a posgrado tanto para el trabajo en Cuba como para misiones internacionalistas. Como fuente bibliográfica adicional se disponía de un sitio Web en el Centro Latinoamericano de Desastres

(CLAMED) y otro en Camagüey. El estricto cumplimiento de las tareas relacionadas con la preparación del sector de la salud para situaciones de desastre está recogido en la ley de Salud Pública (ley 41) y está definida como una de sus funciones principales; en adición, el tema forma parte de la prioridad número uno dentro de los objetivos de trabajo del sector para los años 2010-2015. Por tanto, todas las áreas que se integran en el Ministerio de Salud Pública (MINSAP), deben desarrollar estrategias enfocadas en la gestión para la reducción de riesgo e implementar las acciones necesarias para cada una de las etapas del ciclo de reducción (5).

En base a lo expresado se puede destacar la importancia de la superación en profesionales de la salud 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 de los profesionales de la salud y de la población en general. A pesar que en Cuba se ha venido trabajando el tema, se considera que aún son insuficientes las acciones preventivas referidas a la dimensión socio psicológica 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 los desastres, cuál es su capacidad de respuesta y su resiliencia (7).

En septiembre de 2017 Cuba fue azotado por el huracán Irma lo que tras su paso devastador evidenció fisuras en el tratamiento a la salud mental en los damnificados y en sus familiares. 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 auto perciben que no son capaces de enfrentar de manera adecuada las situaciones de desastres (8), otro estudio realizado por el Dr. Jeisson Incampié 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 estas temáticas capaces de preparar al personal de la Atención Primaria de Salud

(APS) y de la comunidad, la pobre investigación en aspectos psicosociales y desastres, entre otras (9).

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, con casas 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 de la policlínica Belkis Sotomayor Ciego De Ávila, se encuentran laborando profesionales expuestos a trabajar en áreas vulnerables como Canaleta, 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 desastres en profesionales de la salud de la policlínica Belkis Sotomayor?

Objetivos

Objetivo General:

Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud mental y desastres en profesionales de la salud de la policlínica Belkis Sotomayor en el período comprendido de enero de 2017 a mayo de 2018.

Objetivos específicos

1. Distribuir la población de estudio según profesión.
2. Evaluar el nivel de conocimiento sobre salud mental y desastres antes y después de la intervención según:
 - Concepto
 - Clasificación de los desastres

- 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.
- Cuáles son los grupos más vulnerables.
- Concepto y ejemplos de factores protectores.
- Manejo de los grupos en los desastres.
- Conducta de los individuos con enfermedades psiquiátricas previas.
- 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, 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 1 del Presidente del Consejo de Defensa Nacional se clasifican en tres tipos fundamentales: Naturales, Tecnológicos, 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).

Aun 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 que 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, instrumentadores quirúrgicos, 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 recurrentes, 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 reexperimentación, 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) (11).

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 si 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 (24,25).

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 el trabajo con grupos, son herramienta necesaria 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 (30).

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. 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 y 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 concienten 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 (30)

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 contemplar cuatro funciones de la intervención educativa: Terapéutica: desarrolla actividades de tipo correctivo ya que pretende dar soluciones a determinados problemas que ya se han manifestado. Preventiva: 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 costo 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 déficit ni evitar una previsible aparición de los mismo 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 (40-47)

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 el déficit 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). Con lo anterior expuesto se está en condiciones de plantear la siguiente hipótesis:

Si se aplica un programa de intervención educativa a profesionales de salud como médicos de familia, psicólogos y rehabilitadores se elevará el nivel de conocimiento sobre salud mental y desastres.

Metodología

Se realizó un estudio pre-experimental (antes y después) con el objetivo de elevar el nivel de conocimiento sobre salud mental y desastres en los profesionales de la salud (médicos de familia, psicólogos, rehabilitadores y licenciados en enfermería) de la policlínica Belkis Sotomayor de Ciego de Ávila en el período comprendido de enero de 2017 a mayo de 2018.

De un universo de 95 se escogió una muestra de 40 profesionales de la salud de forma no probabilística e intencional a los cuales se les aplicaron los siguientes criterios.

Criterios de Inclusión

- Psicólogos, Médicos, Licenciados en Enfermería, Rehabilitadores
- Que se encontraban laborando en la policlínica en el momento de la investigación.

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

1. Fue utilizado un cuestionario creado por el Dr. C Ventura y validado por expertos, con adecuaciones por parte de la autora, previo consentimiento de su creador (anexo 3).
2. Se solicitó el consentimiento de los profesionales para aplicar el cuestionario (anexo1).
3. Fue concertado con el director de la Policlínica una entrevista para que se diera todas las facilidades a la hora de aplicar el instrumento (anexo 2).

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

Etapa de Diagnóstico

Se estableció una comunicación con todas las personas involucradas 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 procedió a la actualización de la autora en algunas de las temáticas y de algunas técnicas participativas y educativas que se utilizaron, para facilitar la comprensión de los temas que se impartieron.

Se les dieron cumplimiento a las tareas, aplicándosele un cuestionario (anexo 3) en el primer encuentro, lo que sirvió para caracterizar el grupo y a su vez identificó el nivel de conocimiento que poseían sobre salud mental y desastres, esto permitió definir los temas que se impartieron teniendo en cuenta las necesidades de aprendizaje detectadas. El cuestionario fue aplicado por la autora lo que permitió aclarar dudas sobre algunos términos.

Etapa de Intervención

Para dar cumplimiento a esta etapa se procedió a aplicar el programa de intervención educativo (Anexo 4) teniendo en cuenta algunos elementos de un programa de intervención (25) presentado por el Dr. C Ventura en el Congreso Salud y Desastre año 2009. Luego se pasó a la conformación de dos grupos de 20 integrantes cada uno, impartándose cuatro grandes temas, los cuales se subdividieron en varios subtemas, los mismos se impartieron con una frecuencia semanal por un período de 8 semanas.

Etapa evaluativa

Al concluir la intervención se aplicó el mismo cuestionario con las mismas características iniciales (anexo 4), 8 semanas después de haber iniciado la intervención, determinando el nivel de conocimiento sobre la temática en cuestión.

Métodos de Investigación:

Del nivel teórico:

Histórico - lógico: Se concreta al estudiar los antecedentes históricos referentes a la importancia del nivel de conocimiento adecuado a cerca del tema salud mental en desastres, 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 conocimiento.

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 desastres en el municipio Ciego de Ávila.

Operacionalización de variables y definición de escala

Variable	Tipo	Operacionalización	Indicador
	Escala	Descripción	
Conocimiento del concepto		Cualitativa nominal	dicotómica Adecuado

Inadecuado Si menciona el concepto adecuado

Si menciona de forma inadecuada el concepto Números y porcentos
 Conocimiento de la clasificación de los desastres. Cualitativa nominal dicotómica
 Adecuado

Inadecuado Si menciona adecuado la clasificación

Si menciona de forma inadecuada la clasificación.

Números y porcentos

Conocimiento 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

Conocimiento 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

Conocimiento de las consecuencias que generan los desastres desde el punto de
vista psicológico y social.
Cualitativa nominal dicotómica Adecuado

Inadecuado

6 o más.

Menos de 6

Números y porcentos

Conocimiento de cuáles son los grupos más vulnerables Cualitativa nominal
dicotómica Adecuado

Inadecuado

Si menciona tres o mas

Menos de tres

Números y porcentos

Conocimiento acerca de concepto y que son los factores protectores Cualitativa
nominal dicotómica Adecuado

Inadecuado

Si marca los ítems 1, 2, 3, 4, 5 ,8 y 10

Si marca el 6, 7 y 9. Números y porcentos

Conocimiento acerca del manejo de los grupos y su importancia para la
recuperación psicológica y social Cualitativa nominal dicotómica Adecuado

Inadecuado

Si marca el ítem 1 y expone 2 razones o mas

Si marca el ítems 2 y expone 1 razón o ninguna. Números y porcentos
Conocimiento acerca de la reacción de las personas con enfermedades psiquiátricas
previas . Cualitativa nominal dicotómica Adecuado

Inadecuado

Si marca el ítem 2

Si marca el ítems 1 Números y porcentos
Conocimiento acerca de los mitos y las realidades referente a la salud mental y los
desastres. Cualitativa nominal dicotómica Adecuado

Inadecuado

Si marca 5 ítems o mas

Si marca menos de cinco ítems. Números y porcentos

Puntuación de cada ítem: Para cada ítem si marca la respuesta adecuada obtiene 10
puntos.

Si es inadecuada la respuesta obtiene 0 puntos.

Evaluación del nivel de conocimiento general sobre la temática:

Adecuado: 100-80 puntos Inadecuado: 80 o menos

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

La información se procesó en forma computarizada para lo cual se creó una base de
datos en una computadora personal TOSHIBA, utilizado el sistema estadístico

SPSS versión 11.5 para Windows, el porcentaje como medida resumen de las variables estudiadas y porcentaje de variación como medidas de comparación. Los resultados se mostraron en tablas y gráficos de distribución y frecuencias y de datos de asociación.

Las diferencias estadísticas de las variables categóricas se analizaron con un nivel de significación de $p < 0.05$ y un 95,0% de confianza, para ello se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson. Se utilizó Además la Prueba estadística de McNemar.

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 los médicos, los profesionales de enfermería psicólogos y rehabilitadores, explicando detalladamente en qué consistiría la investigación, demostrando en cada momento la importancia de su colaboración y veracidad al llenar la encuesta, 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, para 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 y discusión de los resultados

Título: Evaluación del nivel de conocimiento sobre salud mental y desastres en profesionales de la salud, policlínica Belkis Sotomayor, 2017.

Tabla.1 Distribución de la muestra según tipo de profesión

Profesión	(n= 40)	%
Médicos de Familia	24	60,0
Psicólogos	1	2,0
Licenciados en Enfermería	5	13,0
Rehabilitadores	10	25,0

Fuente: Cuestionario

La tabla.1 muestra la distribución según profesión observándose que el 60,0% de la misma está conformado por médicos de familia elemento este que reviste importancia esencial a la hora de la actuación y la toma de decisiones ante situaciones de desastres y situaciones excepcionales, además solamente el 2,0% lo constituyen psicólogos que en situaciones de emergencia resultan insuficientes para el apoyo tanto en lo individual como en los grupos.

Grafico.1

Tabla.2. Nivel de conocimiento sobre el concepto de los desastres

Nivel de

Conocimiento sobre el concepto de los desastres		Antes de la intervención	
(n=40)Después de la intervención		(n=40)	
No	%	No	%
Adecuado			
10	25,0	38	95,0
Inadecuado			
30	75,0	2	5,0

Prueba de McNemar $p=0,000$

La tabla.2 muestra el nivel de conocimiento sobre el concepto de los desastres donde se observa que el 75,0% de la población de estudio no respondió de forma adecuada, este tipo de resultado coincide con los resultados registrados por el Dr. Alexis Lorenzo Ruiz en su artículo “Reflexiones sobre la evolución del quehacer psicológico en el tema de emergencias y desastres. Análisis de la experiencia en Cuba.” (1), donde se evidencia el desconocimiento de los profesionales de la salud para el enfrentamiento y la mitigación de los desastres cualesquiera que sean sus orígenes

Tabla.3. Nivel de conocimiento sobre la clasificación de los desastres

Nivel de		Conocimiento sobre la clasificación de los desastres	
Antes de la intervención		Después de la intervención	
(n=40)		(n=40)	
No	%	No	%
Adecuado			
5	12,5	37	92,5
Inadecuado			
35	87,5	3	7,5

Prueba de McNemar $p=0,000$

En cuanto al tema clasificación de los desastres antes de la intervención encontramos que el 87,5 % tenían un nivel inadecuado de conocimiento respecto al mismo, esto coincide con los resultados obtenidos por la Dra. Ochandategui (8) 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 conocimiento inadecuado antes de la intervención , después de la misma en este estudio el 92,5 % de la población respondió de forma adecuada.

Tabla.4. Nivel de conocimiento sobre etapas de ciclo de los desastres.

Nivel de		Conocimiento sobre etapas de ciclo de los desastres.	
Antes de la		Después de la intervención	
intervención(n=40)		(n=40)	

(n=40)

	No	%	No	%
Adecuado	10	25,0	38	95,0
Inadecuado	30	75,0	2	5,0

Prueba de McNemar $p=0,000$

En cuanto a la tabla.4 antes de la intervención para las etapas del ciclo de los desastres podemos observar que la población en estudio tuvo un conocimiento adecuado sobre la temática de un 25,0%, después de la intervención se elevaron en un 95,0% estos resultados coinciden con datos obtenidos en estudios realizado por el Dr. Tirso Miguel Laureiro Toledo en Muelle de los Buelles Nicaragua (48) donde en un estudio similar al inicio de la misma el nivel de conocimiento era deficiente en el 86,70% de los profesionales, después de la intervención el nivel de conocimiento aumentó en un 88,3 % resultado que expresa la efectividad de la intervención educativa para corregir deficiencias en la esfera cognitiva .

Tabla.5. Nivel de conocimiento sobre conductas perjudiciales en las personas después de ocurrido un desastre.

Nivel de conocimiento sobre conductas perjudiciales en las personas después de ocurrido un desastre. Antes de la intervención (n=40) Después de la intervención (n=40)

	No	%	No	%
Adecuado	8	20,0	35	87,5
Inadecuado	32	80,0	5	12,5

Prueba de McNemar $p=0,000$

La tabla de nivel de conocimiento sobre conductas perjudiciales nos muestra que el 80,0 % 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 Dr. Cristóbal Martínez (19) 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 APS. Después de la intervención es evidente la elevación del nivel de conocimiento donde el 87,5 % lo evidenció.

Tabla. 6. Conocimiento sobre cuáles son los grupos vulnerables

Conocimiento sobre cuáles son los grupos vulnerables (n=40)		Después de la intervención (n=40)	
No	%	No	%

Adecuado

5	12,5	37	92,5
---	------	----	------

Inadecuado

35	87,5	3	7,5
----	------	---	-----

Prueba de McNemar $p=0,000$

Los resultados de la tabla.6 muestran que el 87,5 % antes de la intervención tenían un nivel inadecuado de conocimiento, después de la intervención el mismo se elevó a un 92,5%, esto demuestra lo efectivo que pueden ser las intervenciones de corte educativo a la hora de corregir defectos en la esfera cognoscitiva, estos resultados coinciden con la voluntad gubernamental expresada en Lineamientos de la salud mental en desastres en Cuba. Indicación No.20. (29) donde se plasma la importancia de la preparación y la utilización de las intervenciones como función correctiva.

Tabla.7. Nivel de conocimiento sobre las consecuencias de los desastres para la salud mental del individuo.

Nivel de conocimiento sobre consecuencias de los desastres para la salud mental del individuo		Antes de la intervención (n=40)		Después de la intervención (n=40)	
No	%	No	%	No	%

Adecuado

2	5,0	32	80,0
---	-----	----	------

Inadecuado

38	95,0	8	2,0
----	------	---	-----

Prueba de McNemar $p=0,000$

Para el nivel de conocimiento sobre consecuencias de los desastres para la salud mental del individuo antes de la intervención, tuvieron un 95,0% de nivel de conocimiento inadecuado estos resultados se relacionan con los de Guash y colaboradores (13) 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 80,0 % de la población de estudio elevó el nivel de conocimiento, 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.

Tabla.8. Nivel de conocimiento sobre concepto y ejemplos de factores protectores
 Nivel de conocimiento sobre concepto y ejemplos de factores protectores.

Antes de la intervención			
(n=40)			
	No	%	
Adecuado	1	2,5	36 90,0
Inadecuado	39	97,5	4 10,0

Prueba de McNemar $p=0,000$

En la tabla.8 apreciamos como el 97,5 % tuvo un nivel de conocimiento inadecuado sobre la temática, este resultado es coincidente con el realizado por Santini y Colaboradores (28) en su estudio "Impacto social" donde las personas seleccionadas al azar desconocían la importancia de los factores protectores en un 87,0% ,después de la intervención se elevó en un 85,0 % 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 pues esta es muy susceptible a conductas o respuestas inadecuadas que incluye la violencia psicológica y física, abuso sexual ,adicciones y otros, en este estudio después de aplicado el programa educativo se elevó el nivel de conocimiento al 90,0%.

Tabla.9 Nivel de conocimiento sobre manejo de grupos en situaciones de desastres y su importancia para la recuperación psicológica y social.

Nivel de conocimiento sobre Manejo de grupos en los desastres y su importancia para la recuperación psicológica y social.

Antes de la intervención			
(n=40)			
	No	%	
Adecuado	12	30,0	38 95,0
Inadecuado	28	70,0	2 5,0

Prueba de McNemar $p=0,000$

Para el tema manejo del grupo de los desastres el 70,0% 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. Alexis Lorenzo (30) y publicado bajo el título Rol de la psicoterapia integrada individual-grupal a un programa de rehabilitación para niños damnificados por 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 es esencial 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.10 Nivel de conocimiento sobre la conducta de los individuos con enfermedades psiquiátricas previas

Nivel de conocimiento sobre la conducta de los individuos con enfermedades psiquiátricas previas

Antes de la intervención

(n=40)Después de la intervención

(n=40)

	No	%	No	%
Adecuado	5	12,5	40	100,0
Inadecuado	35	87,5	0	0,0

Prueba de McNemar $p=0,000$

En cuanto al nivel de conocimiento sobre la conducta de los individuos con enfermedades psiquiátricas previas la tabla.10 muestra que antes de la intervención el 87,5 % de los encuestados respondieron de forma inadecuada este elemento es muy importante a corregir pues la mayoría de los pacientes con enfermedades psiquiátricas se encuentran en la atención primaria de salud, una interpretación errónea o un manejo inadecuado de la sintomatología de estos pacientes resultaría irremediable para la salud mental de los mismos, estos resultados coinciden con lo publicado por Navarro Machado (28) en Manual para la preparación comunitaria en situaciones de desastres y se evidencia una

vez más que cuando se realizan acciones para resolver problemas en la esfera cognitiva hay resultados positivos en muestras intencionalmente seleccionadas.

Tabla.11 Nivel de conocimiento sobre algunos mitos y realidades.

Nivel de conocimiento sobre algunos mitos y realidades.

Antes de la intervención
(n=40) Después de la intervención
(n=40)

	No	%	No	%
Adecuado	3	7,5	34	85,0
Inadecuado	37	92,5	6	15,0

Prueba de McNemar $p=0,000$

Para el tema mitos y realidades antes de la intervención el 92,5% tuvo un nivel de conocimiento insuficiente, esto guarda relación con lo expresado por el Dr. Alexis Lorenzo (1) 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 se desvirtúe. Después de la intervención el nivel de conocimiento se elevó en un 85,0%.

CONCLUSIONES

Se elevó el nivel de conocimiento sobre salud mental y desastres en los profesionales de la salud, se demostró el valor diagnóstico para determinar la situación real del comportamiento del nivel de conocimiento ante situaciones de desastres, lo que demostró la importancia de las intervenciones educativas para corregir defectos en la esfera cognoscitiva.

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 desastres.
- 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 2017];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 2017] [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. Incampíé Intervención Educativa sobre salud mental en desastres en población de riesgo del policlínico Centro. Municipio Ciego de Ávila [Tesis]. Ciego de Ávila: ISCMCA; 2012
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 2017] [aprox. 7 pantallas]. Disponible en: <http://www.clamed.sld.cu>
13. Guash Negrín K, Barcaz Echavarría 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 reactions emotionnelles dans les catastrophes. Paris: Editions Techniques; 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 infanto-juvenil en emergencias y desastres [Internet]. 2013 [citado 5 Abr 2017] [aprox. 16 pantallas]. Disponible en: <http://>
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 [citado 4 Abr 2017] [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. RevCubana Med Mil [Internet]. 2006 [citado 4 de Mar 2017]; 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; 2015.
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. Santini 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 2017]; 8(3): [aprox.9 pantallas.]. Disponible en <http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/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; c1999-2010; citado 8 Feb 2016]. Disponible en: [\[http://www.sld.cu/sitios/desastres/temas.php?idv=22513\]](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].
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. Méndez 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. ZaccardelliDavoli 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 2014.
- 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, 2014 (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.

Anexo 1

Consentimiento Informado

yo _____, estoy de acuerdo en participar de forma voluntaria en la investigación titulada, intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre salud mental y desastres en profesionales de la salud de la policlínica Belkis Sotomayor.

Se me informó la necesidad de participar en todas las actividades planificadas.

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

Se me aplicará un cuestionario anónimo de preguntas 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 a la doctora, autora de la investigación que me brinda explicaciones.

A los _____ días del mes _____ de 2017.

Firma del participante _____

Nombre de la doctora _____

Firma _____

Anexo 2

Consentimiento Informado

Yo Dr. Eduardo Artilles Pardo Director del centro, estoy de acuerdo y de forma voluntaria que la Dra. Anailis Díaz Gómez realice en la policlínica Belkis Sotomayor. la investigación titulada, intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento sobre salud mental y desastres en profesionales de la salud, sin que esto constituya un problema.

y para constancia del mismo se firma el presente consentimiento
a los _____ días del mes _____ de 2017.

Firma Dr. Eduardo Artilles Pardo
Director del Centro

Anexo 3

Cuestionario

Estamos realizando una investigación para identificar los conocimientos que tiene el personal de salud en el tema salud mental y desastres.

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

Profesión

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

Si 1

No 2

2. En caso afirmativo, a través de qué vías o medios de comunicación usted recibió la información

Colegas. 1

Prensa escrita. 7

Internet. 2

Murales. 8

CDR. 3

Afiche o cartel. 9

FMC. 4

Amigos y familiares. 10

Televisión. 5

Otros. 11

Radio. 6

¿Cuáles? _____

3. ¿Cómo definiría los términos salud mental y desastres?

4. Mencione las etapas del ciclo de los desastres.

5. Enuncie cuatro elementos que usted considere como conducta perjudicial para el individuo después de ocurrido un desastre.
6. Ante la ocurrencia de desastres en las primeras horas, las personas sienten: (debe de exponer no menos de siete). ¿Qué consecuencias generan los desastres desde el punto de vista psicológico y social? (No menos de 6)
7. Los grupos más vulnerables son: (No menos de 3)
8. Después de las primeras horas de ocurrido un huracán aparecen manifestaciones que en ocasiones rigen la conducta de las personas. Marque con una X las que considere correctas. (Puede marcar más de una respuesta).

- | | | |
|---|--------------------------|----|
| Tristeza | <input type="checkbox"/> | 1 |
| Duelo | <input type="checkbox"/> | 2 |
| Estrés | <input type="checkbox"/> | 3 |
| Ansiedad. | <input type="checkbox"/> | 4 |
| Depresión. | <input type="checkbox"/> | 5 |
| Aumento de la violencia social y familiar | <input type="checkbox"/> | 6 |
| Abuso del alcohol. | <input type="checkbox"/> | 7 |
| Consumo de drogas. | <input type="checkbox"/> | 8 |
| Conductas suicidas | <input type="checkbox"/> | 9 |
| Consumo de sustancias psicoactivas | <input type="checkbox"/> | 10 |

10 ¿Qué entiende usted por factores protectores?

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

- Información actualizada sobre la evolución y magnitud del desastre
- 1- Contar con la protección y seguridad requeridas.
 - 2- Reconocimiento del cadáver de un ser querido.
 - 3- Velar a personas muertas.
 - 4- Acompañar el duelo a familiares de los desaparecidos.

- 5- Separación de la familia.
- 6- Ubicación de albergues transitorios para los afectados.
- 7-Preparación de la población para que participe en la recuperación de la comunidad.
- 8-Violencia familiar.
- 9-Ubicación en casas de familiares o vecinos allegados

12. Al ocurrir un desastre las personas con enfermedades psiquiátricas previas generalmente:

Reaccionan de forma desproporcionada 1

Adoptan conductas adecuadas y muy bien equilibradas 2

13. Cree usted que el trabajo de los grupos es importante para la recuperación psicológica y social. Argumente. (No menos de tres razones)

Si 1

No 2

14. En la salud mental y 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 psicosociales en los desastres y otras emergencias son poco frecuentes y su Impacto es reducido_____.
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 _____.
3. Los trastornos psíquicos tienen una evolución deteriorante y la eficacia de los medios terapéuticos es muy reducida_____.
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. Esto incluye el incremento de la morbilidad psiquiátrica_____.

5. Los trastornos psíquicos 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_____.
6. La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados no han encontrado un aumento significativo de las psicosis en situaciones de desastres, excepto la descompensación de trastornos preexistentes_____.
7. La violencia y la agresividad no son frecuentes en los albergues_____.
8. La población afectada está tan indefensa y conmocionada que no puede asumir la responsabilidad por su supervivencia_____.
9. El pánico colectivo es poco frecuente y aparece solo en determinadas circunstancias_____.

Anexo 4

Programa Educativo

Tema. 1- Generalidades, definiciones y actualización

Horas del tema: 20 h.

Objetivo:

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

Contenidos:

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

FOE:

1. Conferencia 2 h
2. Trabajo grupal 8 h
3. Clases prácticas 6 h

4.Trabajo independiente 4 h

Tema: Factores protectores que usted debe fortalecer en su comunidad.

Tema. 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 etapa 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 desastres, 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

Tema.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 desastres.

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.

Tema. 4 Consolidación de conocimientos. 1 h

Objetivos:

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

Técnica:

1. Discusión grupal

