

DEDICATORIA:

- ✓ A Dios que nos dio el ser y la vida permitiéndonos con su infinita misericordia culminar con nuestra Tesis.
- ✓ A nuestros Padres que con dedicación y empeño nos apoyaron en el caminar de nuestro Trabajo.
- ✓ A nuestro Tutor Licenciado Jairo Rodríguez, por brindarnos dedicación y tiempo en la realización de dicho trabajo.
- ✓ Al Caps Chinandega, por facilitarnos la información necesaria para este estudio.
- ✓ Al Licenciado Haroldo Argeñal por ser un colaborador incondicional en la realización de dicho trabajo.
- ✓ Al doctor Rene Pérez por regalarnos un poco de su tiempo y guiarnos en la parte Metodológica en dicha Tesis.
- ✓ Al Licenciado Eduardo Coronado y a nuestro Amigo Incondicional Luis Borge por obsequiarnos su tiempo y apoyo sincero hasta la ultima fase de dicho trabajo.

ANEXO 1
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
PSICOLOGIA V
ENTREVISTA

Apreciado Sr. (a) , somos estudiantes del v año de la carrera de Psicología y estamos realizando un estudio sobre los factores psicológicos asociados a la Inadaptación social después del huracán Mitch.

I. Datos Generales.

Edad: ____ años

Sexo: M__ (1) F__ (2)

Ocupación _____

Estado Civil casado _____ (1)
 Soltero _____ (2)
 Divorciado _____ (3)
 Viudo _____ (4)
 Unión libre _____ (5)

II. Trastornos Ansiosos que prevalecieron después del Huracán Mitch.

1. ¿Usted ha tenido en las ultimas semanas estados ansiosos (palpitaciones , temblores en las manos y sudoración)?

Si _____ (1) No _____ (2) A veces _____ (3)

2. ¿Durante las ultimas semanas su ultimo ataque serio de ansiedad tuvo síntomas como falta de aire, transpiración, ritmo acelerado, mareo, nauseas?

Si _____ (1) No _____ (2) A veces _____ (3)

3. Ha tenido miedo persistente después del huracán a :

Las lluvias: _____ (1)

Vientos fuertes: _____ (2)

Tormentas: _____ (3)

Otros: _____ (4)

4. ¿se ha sentido irritable o ha tenido arranques de ira?

Si _____(1) No _____(2)

5. Ha estado sobresaltado o se ha sentido alarmado fácilmente

Si _____(1) No _____(2)

6. Se ha sentido perturbado físicamente por el recuerdo del evento.
(Esto incluye sudoración , temblores , aceleración del ritmo cardiaco , dificultad para respirar nauseas , diarreas).

Si _____(1) No _____(2)

7. ¿Ha presentado usted angustia inesperada, miedo de morir o perder el control, sudoración, etc?

Si _____(1) No _____(2)

8. Presenta preocupación al pensar en las consecuencias que estos producen.

Si _____(1) No _____(2) A veces _____(3)

III. Conducta que desencadenaron los habitantes después del huracán Mitch.

1. Ha consumido alcohol u otro tipo de sustancias últimamente

Si _____(1) NO _____(2)

2. Debido al consumo de esta sustancia siente que su relación con la familia ha sido desfavorable

Si _____(1) NO _____(2)

3. Su familia consume algunas sustancias:

Alcohol: _____(1)

Cigarrillo: _____(2)

Otros: _____(3)

4. ¿Siente que su vida ya no tiene sentido, después del evento del huracán Mitch?

Si _____(1) No _____(2)

5. Ha hecho algo para no sentir esto

Si _____(1)

No _____(2)

IV. Conflictos Sociales asociados a la inadaptación en los habitantes.

1. Se ha sentido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de amor, o se siente insensible generalmente.

Si _____(1)

No _____(2)

A veces _____(3)

2. Ha sentido que no encuentra solución a sus problemas

Si _____(1)

No _____(2)

3. Usted ha perdido la iniciativa para participar en alguna actividad

Si _____(1)

No _____(2)

4. Considera usted que su falta de interés le ha provocado problemas con las demás personas

Si _____(1)

No _____(2)

MINI
(Mini International Neuropsychiatric Interview)
Entrevista de Salud para el Paciente

Nombre del Paciente:

Fecha: _____

Sección

I.

NO SI

1. ¿Ha estado consistentemente deprimido o decaigo, la mayor parte del día casi todos los días, durante las dos semanas?
2. ¿ En las ultimas semanas, ha estado usted menos interesado en la mayoría de las cosas o menos dispuesto a disfrutar las cosas que usted disfrutaba la mayor parte del tiempo?

Si respondió NO a las dos preguntas anteriores, por favor proceda con la SECCION II sin responder la pregunta 3 bajo este párrafo.

3. Durante las ultimas dos semanas, cuando usted se la sentido deprimido o desinteresado.
- a. ¿Disminuyo o aumento su apetito casi todos los días? Disminuyo o aumento su peso sin ser intencional (ejemplo: cerca del $\pm 5\%$ del peso corporal o ± 8 libras o ± 3.5 Kg. para una persona de 160 libras/70 Kg., por mes)? (Si la respuesta es afirmativa para cualquiera de los casos, marque SI).
- b. ¿Tuvo usted problema para dormir casi todas las noches (dificultad para dormirse, despertarse durante la noche, despertarse muy temprano en la mañana o dormir demasiado)?
- c. Habló usted mas despacio o se movió mas lento de lo normal o se sintió usted agitado o inquieto, poco descanso o con problemas para sentarse casi todos los días?
- d. ¿Se sintió usted cansado o sin energía casi todos los días?
- e. ¿Se sintió usted inútil o culpable casi todos los días?
- f. ¿Tuvo usted dificultad para concentrarse para tomar decisiones casi todos los días?
- g. Considero usted repetidamente hacerse daño, pensó en suicidarse o deseó estar muerto.

Sección

II

1. ¿En los últimos 12 meses, ha consumido 3 o mas bebidas alcohólicas en al menos 3 ocasiones? ¿En esas ocasiones ha consumido esas bebidas en menos de 3 horas?

Si respondió No a esta pregunta usted ha completado la Sección II. Por favor no conteste las preguntas abajo. Por favor proceda con la Sección III.+

2. En los últimos 12 meses.

- a. ¿Ha necesitado usted tomar más poder tener si mismo efecto que obtenía cuando empezó a tomar por primera vez.
- b. ¿Cuándo usted dejaba de tomar sus manos temblaban, usted sudó o se sintió agitado? ¿Tomó usted para evitar estos síntomas? (Si la respuestas afirmativa para cualquier de las anteriores, por favor marque "SI".)
- c. En los momentos en que usted tomaba alcohol, ¿terminó usted bebiendo mas de lo usted planeo cuando comenzó?
- d. ¿Ha tratado usted de reducir o dejar de beber alcohol pero no ha podido?
- e. ¿Invirtió usted menos tiempo trabajando, disfrutando de sus actividades o estando con otros debido a la bebida?
- f. ¿Ha seguido bebiendo aunque sabe que esto le ha causado problemas?

Sección

III.

1. ¿Ha tenido usted, en más de una ocasión, periodo o ataques en los cuales de repente se ha sentido ansioso, asustado, incomodo o intranquilo, aun en situaciones en que la mayoría de la gente no se sentiría así?
2. ¿En algún momento en el pasado, alguno de esos ataques o periodos aparecieron inesperadamente u ocurrieron de una manera impredecible o sin provocación?

Si respondió NO a las dos preguntas anteriores, por favor proceda con la Sección IV sin responder ninguna otra pregunta de la Sección III

3. ¿Ha tenido usted alguna vez uno de esos ataques seguido por un mes o mas de temores y miedo constantes a tener otro ataque, o preocupaciones acerca de las consecuencias del ataque?
4. Durante el peor episodio que usted pueda recordar.
- a. ¿Sintió usted que sus palpitations se aceleraron, fueron mas lentas o mas rápida?
- b. ¿Tuvo usted manos sudorosas o pegajosas?
- c. ¿Sintió usted temblor o estremecimiento en su cuerpo?
- d. ¿Tuvo usted respiración entrecortada o dificultad para respirar?
- e. ¿Tuvo usted sensación de sofocación o de un nudo en la garganta?
- f. ¿Tuvo usted dolor en el pecho, presión o incomodidad?
- g. ¿Sintió usted nausea problemas estomacales o diarrea súbita?
- h. ¿Se sintió usted mareado, inseguro, aturdido o con desmayo?

- i. ¿Las cosas a su alrededor se sintieron extrañas, irreales, separadas o desconocidas, o usted se sintió fuera o separado en parte ó totalmente de su cuerpo.
- j. ¿Tuvo usted miedo de estar perdiendo el control o volviéndose loco?
- k. ¿Tuvo usted miedo de estar muriendo?
- l. ¿Sintió usted cosquilleo o entumecimiento en partes de su cuerpo?
- m. ¿Sintió usted calor o escalofríos?
5. En el último mes, ¿ha tenido usted estos ataques repetidamente (2 o más) seguidos de miedo persistente a tener otro ataque.

Sección

1. En el último mes, ¿Tuvo usted miedo o se avergonzó por ser visto por otro o por ser el centro de atención o tuvo miedo de ser humillado? Esto incluye cosas como hablar en público, comer en público estando sólo o con otros, mientras alguien observa, o esta en situaciones sociales.
2. ¿Es este miedo excesivo o irracional?
3. ¿Tiene usted tanto a estas situaciones que las evita o sufre ante ellas?
4. ¿Interrompe este miedo su vida normal de trabajo o funcionamiento social?

Sheehan DV, Lecrubier Y, Hornet Sheehan K et al. The validity of the MINI International Neuropsychiatry Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability, Eur Psychiatry 1997; 12:232-41, Reproduced bajo authorization de los authors. Todos los derechos reservados. Copyright 1992, 1994, 1998. Sheehan DV & Decrubier Y. Un servicio educativo de SmithKline Beecham y Paxil.

AGRADECIMIENTOS:

- A NUESTRO PADRE CELESTIAL QUE CON SU TERNURA Y APOYO NOS PERMITIO DARNOS TIEMPO Y VIDA PARA PODER ALCANZAR NUESTRAS METAS .

- A NUESTROS PADRES POR SU APOYO ECONOMICO INCONDICIONAL Y ESPIRITUAL . SIENDO EJEMPLO VIVO DE PACIENCIA , DEDICACIÓN Y AMOR , ENSEÑÁNDONOS EL VALOR PARA ESFORZARNOS EN CADA AÑO DE NUESTRA VIDA.

- A NUESTROS AMIGOS QUE CON SU APOYO INCONDICIONAL ESTUVIERON PENDIENTES EN EL TRANCURSO DE NUESTRO TRABAJO.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA**



TEMA:

**TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A INADAPTACIÓN SOCIAL
EN HABITANTES DE LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE POSOLTEGA
DESPUÉS DEL HURACÁN MITCH 1998 – 1999.**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN
PSICOLOGÍA**

AUTORES:

BR. INDIRA YAOSCA HERNÁNDEZ QUIROZ.

BR. NELLY MARÍA MÉNDEZ MOLINA.

TUTOR:

**Lic. Jairo Rodríguez Cruz.
(Lic. En psicología Clínica)**

ASESORES:

**Lic. Haroldo Argeñal Fonseca.
(Msc. En Metodología de la Investigación)**

**Dr. Rene Pérez Montiel.
(Msc. En Salud Pública)**

León, Julio del 2004

“ A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD.”

INDICE

Contenido	Páginas
1-INTRODUCCION (introducción, antecedente y justificación)-----	1
2-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.-----	5
3-OBJETIVOS.-----	6
4-MARCO TEORICO.-----	7
5-DISEÑO METODOLOGICO.-----	23
6 –RESULTADOS-----	28
7 – DISCUSIÓN-----	32
8 –CONCLUSIONES-----	35
9 –RECOMENDACIONES-----	37
11-BIBLIOGRAFIA.-----	39
12-ANEXO.-----	43
12.1Entrevista.-----	44
12.2 MINI-MENTAL.-----	47

RESUMEN

El Huracán Mitch impacto fuertemente a Nicaragua dejando una serie de secuelas psicológicas y trayendo consigo diferentes tipos de trastornos.

Debido a eso decidimos hacer un estudio descriptivo de corte transversal. Se seleccionaron 31 pacientes atendidos en el CAPS-Chinandega entre las edades de 18-67 años.

Se aplicó una entrevista compuesta por 16 ítems para identificar tanto las características generales de la población estudiada, como los trastornos psicológicos asociados a inadaptación social.

Se encontró que en la población de estudio un 36% corresponden a las edades 18-25 años, un 39% pertenece al sexo femenino con edades comprendida entre los 40-67 años, la ocupación más predominante es la agricultura con un 58% en edades de 18-25 años.

Se encontró que en la presencia de estados ansiosos el 38% de las personas tienen edades comprendidas los 26-39 años, también se encontró que las personas presentan miedo a los fenómenos naturales como las tormentas en un 67% entre las edades de 18-25 años, a los vientos fuertes con un 54% en individuos de 26-39 años.

También se aplicó un segundo instrumento el cual es el MINI MENTAL para detectar depresión, dependencia de alcohol, pánico y ansiedad / fobia encontrándose en primer lugar la depresión con un 100% en individuos de 18-25

años. Haciendo referencia al sexo según el MINI MENTAL encontramos que el 100% de los hombres presentan depresión, seguido del pánico del 50% en ambos sexos.

INTRODUCCIÓN

Los desastres naturales han ejercido efectos considerables en las poblaciones afectadas desde tiempo antiguo. El número de vidas perdidas no siempre refleja la magnitud de los problemas psicológicos existentes, ya que los sobrevivientes con frecuencia, experimentan numerosas dificultades que dejan caos y turbulencias en sus vidas.

Los últimos desastres naturales ocurridos en el mundo, han mostrado claramente lo poco preparados que están los países para atender oportuna, rápida y eficientemente estas calamidades.

En los últimos años se ha reconocido la importancia de la atención de la población sobre sus necesidades psicosociales (Emociones relacionadas con los vínculos imaginarios, simbólicos y reales que el individuo a creado con los otros y con su entorno).⁽¹⁾

Las estadísticas generales que describen la repuesta humana a los desastres indican que un 15 a 25% de la población afectada puede evaluar su situación.

A finales de Octubre y principios de Noviembre de 1998, el Huracán Mitch se movió a través de Centroamérica, vertiendo tanta agua que en algunas regiones alcanzó los 2 metros de altura. El Mitch impacto mas violentamente en Honduras y Nicaragua, mas de 22,000 personas murieron o se encuentran desaparecidas, y se estima que 3,000,000 se encuentran sin hogar o afectadas de otra forma.

Nunca conoceremos el número real de muertos, porque algunas personas fueron enterradas por el fango. Familias enteras murieron en poblados distintos donde no existe nadie que pueda reportar su desaparición. La mayoría de las

víctimas directas o indirectas del Mitch vivían en improvisadas condiciones precarias. El suelo tenía poco drenaje y las aguas de los chaparrones del Mitch no tenían donde ir, así miles de casas simplemente fueron barridas por las inundaciones y los derrumbes de lodo. ⁽²⁾

Las inundaciones en Nicaragua fueron malas, porque mucha de la tierra había sido previamente deforestada y que por consiguiente los suelos erosionaron debido a las erráticas practicas en el manejo de la tierra, basadas únicamente en beneficios económicos.

Nicaragua resulta ser uno de los países mas afectados, con perdidas de vidas, cientos de heridos, cientos de miles de personas evacuadas, personas damnificadas, afectados y extensas zonas del territorio afectadas, en 14 departamento y 84 municipios ⁽³⁾

Con frecuencia el impacto emocional de una catástrofe, persiste tras el impacto físico. Tales reacciones y trastornos deben detectarse y manejarse adecuadamente a fin de procurar la superación del trauma y del duelo por diferentes perdidas y una reconciliación con el medio que lo rodea.

Si la recuperación del desastre se demora y los problemas no son atendidos oportunamente, la proporción de las personas con problemas emocionales o de conducta puede aumentar significativamente.

En las catástrofes naturales no hay a quien culpar, las víctimas pueden dirigir su enojo a su interior, sentirse culpable o también pueden creer que fue la voluntad divina o un castigo. Volver a la armonía con el medio y la elaboración del trauma y del duelo son los procesos que permitirán a mediano o largo plazo la prevención de la aparición de otros problemas relacionados con la autoestima y generadores de conducta agresiva, incremento de la violencia intra familiar, embarazo a temprana edad, drogadicción, consumo de alcohol, entre otros.

Un evento estresante ya sea originado por un desastre natural o por un conflicto social, configura un estado de crisis para los seres humanos generando una situación de desequilibrio que amenaza la integración bio-psicosocial del individuo y de la comunidad, pasando por diferentes etapas: Trauma, sugestión, euforia y ambivalencia, dando lugar a un conjunto de reacciones psicológicas y desadaptativas ocasionadas por la pérdida o amenazas de pérdidas físicas, afectivas, de trabajo, vivienda, recreación y en general por el quiebre abrupto de la vida cotidiano y resquebrajamiento del tejido social⁽⁴⁾

Los desastres tienen como marco de referencia las perturbaciones que sobrepasan la capacidad de adaptación de la comunidad afectada con respecto a la amenaza que sufre sus vidas, su salud y sus pertenencias. Siempre supone una situación de crisis donde las demandas exceden los recursos disponibles.

La experiencia de una situación de desastres son vivencias y pérdidas colectivas, aunque se mantengan referencias individuales. El hecho de que una comunidad viva al mismo tiempo de una experiencia traumática provoca una gran desorganización social y psíquica, lo que hace que la intervención tenga que orientarse de forma grupal ya que esto permitirá la elaboración conjunto de las vivencias traumáticas y la puesta en marcha de acciones para contener la problemática y para iniciar procesos de autogestión y reconstrucción.⁽⁵⁾

Se ha encontrado que la mayoría de las personas luego de un desastre siente la necesidad de comunicar a alguien interactivamente las experiencias que vivieron en forma personal o las que testimoniaron, mediante la palabra, escrita o mediante las ilustraciones o la dramatización, pues esto les permitirán “poner afuera” sus vivencias traumáticas para resignificarlas y elaborarlas. Cuando no hay espacios para ese “poner afuera” dichas vivencias, es factible que el único recurso psíquico con que se cuenta para soportar lo siniestro, sea: transferir al cuerpo somatizando dolores, afecciones a diversos sistemas vitales o desordenes de la conducta alimentaría y del sueño, y en el caso de los niños, dificultándose

también el control de esfínteres, o instaurar cuadros psicopatológicos como la depresión, ansiedad generalizadas e incluso la psicosis.

Los datos acerca del tipo de desastre y sus consecuencias son necesarios como marco de referencia para la elaboración de planes de ayuda específicamente en el área de salud mental.

El presente estudio fue seleccionado debido a que el huracán Mitch ha sido el que dejó las más ondas huellas en la memoria de los nicaragüenses en el presente milenio. No cabe duda que posteriormente a un desastre natural como el Mitch surgen una serie de trastornos psicológicos que influyen directamente en la vida cotidiana de un individuo. Ya que cuando ocurre el desastre, surgen la necesidad inmediata de conocimiento e información para planear y brindar ayuda:

(6)

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

¿CUÁLES SON LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A INADAPTACIÓN SOCIAL EN HABITANTES DE LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE POSOLTEGA ENTRE LAS EDADES DE 18 A 67 AÑOS DESPUÉS DEL HURACÁN MITCH?

OBJETIVOS

GENERAL

- ✓ DETERMINAR LOS TRASTORNOS PSICOLOGICOS ASOCIADOS A INADAPTACIÓN SOCIAL EN LOS HABITANTES DE LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE POSOLTEGA DESPUÉS DEL HURACÁN MITCH.

ESPECIFICOS

- ✓ IDENTIFICAR LAS CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA.
- ✓ IDENTIFICAR LOS PRINCIPALES TRASTORNOS PSICOLÓGICOS PRESENTES EN LOS HABITANTES DE LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE POSOLTEGA DESPUÉS DEL HURACÁN MITCH.
- ✓ VALORAR LA INFLUENCIA DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A INADAPTACIÓN SOCIAL EN LOS HABITANTES DE LA ZONA RURAL DEL MUNICIPIO DE POSOLTEGA DESPUÉS DEL HURACÁN MITCH.

MARCO TEORICO

Durante la década de los años 70 y hasta 1985, el tema de la salud mental era poco reconocido y carente de importancia en situaciones de desastres. No existían prácticamente estrategias de intervención en esta área.

Se realizaron estudios detallados para evaluar la morbilidad psiquiátrica en condiciones de desastres, a la vez se implementaron estrategias para el manejo de la problemática de salud mental por los trabajadores de la red de atención primaria TAP. Se reconoció también la importancia del trabajo grupal y la utilización de espacios comunitarios en las acciones.⁽¹⁾

Se encontró que no existe en el país un plan de salud mental ante situaciones de desastres naturales, lo que ocasionó que muchas agencias y grupos aportaban servicios a los mismo clientes en la zona de los deslaves. Solo después de seis meses de la catástrofe, las instituciones coordinaron para organizar y dividir la carga de la ayuda.

La asistencia en el campo de salud mental consistió básicamente en el aporte de recursos humanos especializados (psiquiatras, psicólogo y otros profesionales) ofrecidos por mas de treinta organizaciones gubernamentales y no gubernamentales. Posteriormente, el servicio de salud mental continuo durante dos años. En el año 2001, el programa de psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) en León todavía recibía entre 60 y 100 casos semanales de estrés postraumático con el origen en el desastre natural.^(2,3)

Concepto de Desastres:

Los desastres son eventos temporales y territoriales segregados, que violan la vida normal y las relaciones con el hábitat, parecen contradecir la rutina de la vida social, crean caos y desorden, destruyendo la estructura social. Son

manifestaciones de una interacción entre un fenómeno natural o creado por el hombre extremado y un grupo humano vulnerable, esta manifestación tiene como consecuencia perturbaciones y daños generalizado, pérdida de vida, de medios y lesiones.

El término desastre tiene diferentes interpretaciones, esta depende de las perspectivas de quien lo define enmarcado en un ambiente, más bien lógico.

El origen etimológico de la palabra proviene del latín y significa: Des: Negativo, contrario, Astre: Astro o estrella. Denota un suceso adverso producido por los astros o estrella⁽⁴⁾

Partiendo del concepto que no hay desastre sino esta la presencia de los hombres y enfocando a este como un ser bio-psicosocial en estrecha relación con su medio ambiente, se puede dar otra definición: Proceso social inducido por un fenómeno físico o antropico que altera de manera transitoria o permanente, la vida de grupos poblacionales vulnerables, produciendo múltiples víctimas, daños a los ecosistemas, pérdidas en infraestructuras, etc.

Este proceso se presenta como el resultado del rompimiento del equilibrio entre una población y su entorno físico y social.

Después de un desastre, las reacciones psicológicas de los pobladores pueden variar y por lo general cambian con el tiempo, según la magnitud y el tipo de un mismo desastre los individuo y la comunidad pueden responder de forma diferente al estrés que este cause.

Las consecuencias emocionales de un desastre dependen de muchos factores. Entre estos se incluye el tipo y duración del desastre mismo, de la fase de advertencia que le precede y de experiencia previas, así como la magnitud de la destrucción, el número de muertos y la forma en que los damnificados perciben

e interpretan estos aspectos. Todos los factores citados pueden afectar la intensidad y magnitud de los efectos psicológicos.⁽⁵⁾

REACCIONES PSICOLÓGICAS:

1.ADAPTACIÓN.

2.INADAPTACIÓN: A-TRATABLE Y B-EVITABLE.

Las dos reacciones psicológicas principales son: la **adaptación**, respuesta que permite a los individuos superar las dificultades ocasionadas por el desastre.

La **inadaptación** que en la mayoría de los casos se puede evitar o tratar, y puede incluir la negación como medida ineficaces o el fenómeno del mito de vulnerabilidad.

Los fenómenos de inadaptación social se deben interpretar en el medio en el que se relaciona el sujeto, además de cómo son las relaciones que establecen en el medio. La inadaptación debe ser entendida como un proceso, algo que se construye en la historia individual o grupal.

Por tanto, se parte del modelo interactivo para comprender los fenómenos de adaptación y de inadaptación. Este modelo interactivo, parte de una concepción del sujeto como ser activo e intencional como un polo de la interacción pues construye significado en un contexto interactivo, tiene intenciones, interpreta las interpretaciones y les asigna un significado activo.⁽⁶⁾

Los desastres naturales tienen una secuencia predecible la cual tiene las siguientes fases:

Fase de evaluación de los daños: duración, horas, características, apatía, desorientación, falta de rumbo. Sorpresa, perplejidad, temor, ansiedad, sentimiento de impotencia.

Fase Heroica: Duración de una o dos semanas, características, sentimientos fuerte y directo heroísmo, solidaridad, optimismo.

Fase Luna de miel: Duración de dos a veinticuatro semanas, características, gran solidaridad, ansia de reconstruir, experiencias compartidas.

Fase de Desilusión: Duración de dos meses a dos años, características, retraimiento, soledad, enojo, frustración, desorganización de la comunidad, negatividad, hostilidad, impulsividad, violencia, abuso de alcohol y droga.

Fase de Reconstrucción: Dura toda la vida, características, aceptación de las pérdidas, análisis realista de la situación, búsqueda de alternativas para rehacer su vida⁽⁷⁾

La aflicción es una reacción universal y presenta características específicas en situaciones de desastre. La aflicción es:

Múltiple: Pérdida simultánea de familiares amigos, bienes materiales, estructura comunitaria.

Al Azar: Se invierte el orden biológico habitual de la muerte en la familia de manera tal que los padres puedan sobrevivir a los hijos.

Pública: Recibe mucha más publicidad en los periódicos y en la televisión que en tiempo normal.

Colectiva: Todos sufren pérdidas en menor o mayor grado, en las zonas que no hayan sido directamente afectadas por el desastre⁽⁸⁾

Efectos de los desastres sobre la salud mental.

La importancia de los desastres sobre la salud mental ha aumentado progresivamente con la identificación de sus consecuencias emocionales a corto, mediana y largo plazo. Esas consecuencias psicosociales han sido estudiadas en diversos tipos de desastres tanto naturales como propiciados por el hombre.

La salud, incluyendo la salud mental, ha adquirido puesto relevantes en la sociedad y ha sido motivo de discusiones científicas, administrativas, etc.

La salud mental tiene que ver con la percepción que el individuo o el grupo tienen de sus propias posibilidades, por el conocimiento de las experiencias individuales y colectivas, la forma de ver la cotidianidad en la manera de compartir con otros los valores y creencias⁽⁹⁾

Desde el punto de vista de la salud mental, en grandes emergencias toda la población puede considerarse que sufre tensiones y angustias en mayor o menor medida o indirectamente. Por otro lado, el término salud mental ha sido dimensionado en una amplia faceta de campos como son:

Ayuda humanitaria y social.

Consejería a la población y grupos de riesgo.

Manejo de instituciones y servicios psiquiátricos.

Identificación y tratamiento de casos con trastornos psíquicos.

Los efectos de los desastres naturales están más marcados en las poblaciones pobres que son el sector más vulnerables, viven en condiciones

precarias, poseen escasos recursos y tienen limitado acceso a los servicios sociales y de salud.

Se ha demostrado que después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de salud mental requerirán de atención durante un periodo prolongado en los sobrevivientes, cuando tengan que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas. Esto nos pone frente al problema de fortalecer los servicios de salud mental con base comunitaria. Un ejemplo de lo anterior es Centroamérica, territorio desbastado en un contexto de marcada pobreza. Países como Guatemala, el Salvador y Nicaragua han tenido que enfrentar el reto de la atención y recuperación psicosocial de mediano y largo plazo^(10,11)

La experiencia adquirida ha demostrado que los planes de salud mental no pueden limitarse a ampliar y/o mejorar los servicios especializados que se ofrecen de manera directa a los afectados. Junto a esto, es necesario desarrollar un proceso de capacitación que permita elevar el nivel de resolutivez de los trabajadores de atención primaria en salud, socorrista, voluntarios y otros agentes comunitarios.

Las acciones deben tener un carácter integral que abarque no solo lo curativo, sino que incluyen también perfiles preventivos y rehabilitatorios. En la atención a las enfermedades físicas, además, es necesario abordar la dimensión humana del problema. Se requiere desechar el modelo medicalizado o psicologizado en la intervención de una problemática con un alto contenido social.

Por todo lo señalado anteriormente, se considera conveniente introducir el componente psicosocial en los planes de gestión de riesgos del sector salud ante situaciones de desastres naturales y otras emergencias. A su vez, las acciones de salud mental deben resultar coherente con las políticas nacionales de salud que están impulsando en el país, lo cual garantizaran su continuidad y sostenibilidad^(12,13)

Consideraciones generales sobre la atención de la salud mental.

Salud mental es el término amplio que utilizamos y que implica las diferentes facetas del proceso salud-enfermedad con sus aspectos sociales que tanto influyen en el bienestar de la población. Es decir la enfermedad y las manifestaciones emocionales como la aflicción, que pueden considerarse normales, las conductas problemáticas o desadaptativas (como la violencia y el consumo de sustancia) y el conjunto de la dinámica psicosocial individual y colectivas que se desarrolla en situaciones de emergencia. Así mismo nos referimos, también en el orden de la prestación de servicios a la acciones que se ejecuta en lo preventivo, promoción, atención, tratamiento y rehabilitación.⁽¹⁴⁾

El término psicosocial se ha usado mas para significar la dinámica y gama de problemas y manifestaciones psicológicas y sociales que aparecen en situación de desastres y algunos autores e instituciones lo refiere básicamente a lo no patológico desde una visión humanística, más que sanitarista.

La visión de la atención de salud mental no debe estar centrada solo en el impacto traumático, deben ser amplia y dimensionarse mas allá del evento originador en cuestión.

El proceso busca la participación de los diversos actores implicado en los conflictos para restablecer la integridad psicológica de las personas, así como el equilibrio de las redes sociales. En el plano operativo se propicia el ámbito comunitario sin que esto implique el no abordar el nivel individual y familiar. Las metodología de trabajo deben ser ágiles sencilla, concretas y adaptables a las característica étnicas y culturales.^(15,16)

Es necesario generar espacios comunitarios en donde se socializa el impacto de manera que permita reelaborarlo y movilizar recursos para prevenir futuras crisis. Escuchar las demandas de la gente en sus propios espacios

sociales o informales y no esperar que las personas vengán a los servicios de salud. Esto puede ser importante para identificar los problemas psicosociales y sus principales indicadores colectivos (Conflictos familiares o grupales, dificultades escolares, violencia y el abuso de drogas o alcohol).

Una de las principales funciones del personal de salud es propiciar espacios de apoyo mutuo en donde actúa como facilitador de procesos grupales donde se comparten experiencias y promueve la auto-ayuda, también identificar recursos personales y colectivos que faciliten la adaptación eficaz, así como disminuir la dependencia externa.

El apoyo emocional debe integrarse a las actividades cotidianas de los grupos organizados en las comunidades y formar parte de la satisfacción de las necesidades básicas de la población. Debe ser oportuno y efectivo a fin de mitigar la crisis y las post-crisis, fomentando la autonomía^(17,18)

Vulnerabilidad Psicosocial:

Dentro de los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad psicosocial están los que tienen mayores dificultades para reconstruir sus medios de subsistencia después del desastre. Las mujeres tienen mayor vulnerabilidad por ser más propensas al daño, las pérdidas y el sufrimiento en el contexto de diferentes amenazas, también tienen menos oportunidades de acceso a los recursos materiales y sociales.

Los desastres se caracterizan por la búsqueda de la preservación de la vida, subsistencia y protección de la familia, siendo la mujer la encargada de cumplir, en gran medida este papel. Como consecuencia del evento traumático, las mujeres tienen que encontrar, frecuentemente, una salida para las dificultades económica de la familia y esto requiere invertir muchas energías físicas y gran desgastes psicológicos.

También es habitual que las personas después de un gran desastre, tengan sentimiento de pérdida y frustración, aumentando las reacciones de cólera y violencia, en ocasiones, hacia sus familiares más cercanos, los hijos, hijas y las mujeres.⁽¹⁹⁾

Los niños en estas situaciones sufren más que los adultos. Deben y tienen que ser especialmente protegidos, no solo por que la convención de los derechos de los niños lo demanda, sino por que éticamente nuestra condición de seres humanos civilizados lo exige.

Los niños pobres de los países menos desarrollados están en desventajas sociales y tienen mayor riesgo de sufrir, son las primeras víctimas en situaciones de desastres.

Los adultos adictos se sumergen por completo en sus adicciones y casi no tratan de restablecer sus condiciones de vida y son padres que descuidan a sus hijos. Estos permiten que sus hijos jueguen en áreas inseguras, cubiertas de desperdicios que no limpian los padres adictos.

Gran parte de los damnificados varones abusan de sustancias. Los hombres tienden más a frustrarse por la noción estereotipada por ser los proveedores de las familias que es un papel mucho más difícil de desempeñar después de un desastre.

Muchas madres adictas tienen la tendencia a maltratar físicamente a sus hijos, la experiencia traumática del desastre que puede exacerbar esta situación. Los adolescentes son atendidos en hogares de distintos familiares, ya que los padres adictos no logran satisfacer la necesidad de encontrar nuevos recursos.⁽²⁰⁾

La mayoría de los individuos aprenden formas de enfrentar el estrés y si bien estas varían, es usual que correspondan a los patrones de conducta de evitación, alteración, manejo, prevención o control emocional excesivo.

La población de ancianos tiene varias características e inquietudes que los hacen, en particular, vulnerable a los efectos de los desastres, pueden responder de una manera ineficaz por su lentitud a nivel motriz y cognoscitivo. Las personas mayores tienen reacciones y necesidades particulares después del desastre, hay que considerar muchos factores individuales que distingue a una persona de otra^(21,22)

Manifestaciones Psicosociales más frecuentes en los desastres naturales y conflictos sociales:

En el campo de la Psicología y la psiquiatría se ofrece un marco conceptual que permite ubicar las reacciones psicológicas como respuestas normales ante situaciones críticas, facilitando así un abordaje sistémico, multidimensional y en el contexto sociocultural.

Los problemas psicosociales en las emergencias requiere de una profunda discusión e investigación. Resulta evidente que los trastornos depresivos y ansiosos, cuadros de estrés agudo y el consumo excesivo de alcohol son los problemas que comúnmente se citan en la fase aguda de los desastres.

La recuperación puede ser obstaculizada por los estresores secundarios, incluida la pobreza y la exposición a la violencia. Los individuos sujetos a un estrés secundario quizá sean más vulnerables y mantengan índices mayores de estrés postraumático, depresión, discapacidad y malestar psicológico. Aquellos individuos en riesgo y los factores que pueden mediar necesitan identificarse para que puedan implementarse los servicios e intervenciones adecuadas.

De la adaptación a la realidad, la resolución de crisis y el entorno psicológico de los damnificados se modifican en forma paralela. Los damnificados empiezan a mostrar sus características personales y específicas relacionadas con diferentes niveles de adaptación, que fluctúa en el tiempo. Quienes tarde o temprano son mas vulnerable a descompensaciones fisiológicas o psicológicas, leves o moderadas.⁽²³⁾

INADAPTACIÓN SOCIAL

El ser humano y la sociedad se ven enfrentados a diversas amenazas que pueden provenir de factores políticos, económicos, sociales y naturales de una u otra forma podrían alterar su ritmo de vida. A lo anterior se le puede sumar que sus hábitos se transforman en factores de riesgos, lo cual unidos a otros problemas ponen en alta vulnerabilidad a la comunidad de sufrir un desastre natural.

Con antelación al desastre ciertas personas están expuestas a otras crisis o eventos, como el divorcio, mudanza, que son indicativos de su vulnerabilidad especial a otra crisis.

Otro factor es el hecho de que el individuo haya tenido o no experiencias previas y exitosas de resolución de crisis, así como experiencias con desastres.

Las conductas de supervivencia de cada persona relacionadas con la personalidad del individuo, el grado de adaptación o inadaptación frente a una situación donde hay un aumento de la ansiedad, temor, preocupación, sentimientos de culpa, entorpecimiento de la capacidad de respuesta, sentimientos de ser el mayor afectado, confusión y dificultad para tomar decisiones. Domina el miedo y el pánico se presenta cuando es imposible escapar.⁽²⁴⁾

Al momento del desastre la conducta del damnificado depende de numerosos factores, además de la interpretación y definición que confiera de este evento amenazante. Su conducta al momento del impacto y en las primeras horas o días después del mismo también se relacionan con:

El grado de pérdidas que han sufrido. Su papel social y la conducta que otros esperan de ellos. La presencia o ausencia de recursos emocionales y una red de relaciones sociales. Su habilidad y capacidad para resolver el estrés causado por el desastre natural⁽²⁵⁾

MITOS Y REALIDADES

MITOS	REALIDADES
Los problemas psicosociales en los desastres y otras emergencias son poco frecuentes y su impacto es reducido.	En situaciones de desastres naturales y emergencias se generan una importante problemática psicosocial, en especial entre la población que fue más damnificada o afectada. Esto incluye el incremento de la morbilidad Psiquiátrica.
Se requiere de personal y servicios especializados como condición indispensable para afrontar la problemática de salud mental.	La principal estrategia es el fortalecimiento y capacitación de la red de APS. Agentes comunitarios y voluntarios que son la primera línea de contacto con la población.
Los hospitales son los más importantes centro de salud para atender los trastornos Psíquicos.	La APS es el eje fundamental en que el sector salud debe abordar la problemática de salud mental.
Estigma y aislamiento social: los	Los trastornos psíquicos abarcan una

<p>enfermos mentales deben ser aislados u hospitalizados.</p>	<p>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 un buen pronostico y se recomienda como la principal medida de rehabilitación la reincorporación a la vida cotidiana.</p>
<p>Los trastornos psíquico tienen una evolución deteriorante y la eficacia de los medios terapéuticos es muy reducida.</p>	<p>El desarrollo actual de las ciencias de la conducta permiten disponer de múltiples tecnología de intervención (Medicamentosas, Psicoterapéuticas, sociales, etc.)</p>
<p>La frecuencia de Psicosis (locura) se incrementa durante los desastres.</p>	<p>La mayoría de los estudios epidemiológicos realizados no han encontrados un aumento significativo de la Psicosis en situaciones de desastres excepto la descompensación de trastornos preexistentes.</p>
<p>Los trastornos psíquicos no son previsibles.</p>	<p>Existen medidas educativa y otras que pueden reducir el riesgo de padecer trastornos psíquicos y fortalecer el mecanismo de afrontamiento individual y social.</p>
<p>El trastorno por estrés postraumático es la afección psíquica más frecuente en los desastres y otras emergencias.</p>	<p>El estrés postraumático es uno de los cuadros que pueden observarse en el periodo Post critico. Pero una gran proporción de los cuadros que encontramos son depresivos, ansiosos o de otra índole.</p>

En situaciones de emergencias son frecuentes los estados colectivos de pánico.	El pánico colectivo es poco frecuente y aparece solo en determinadas circunstancias.
La atención en salud mental durante los desastres y otras emergencias requiere de suministros adicionales de medicamentos (psicofármacos)	Las estrategias de abordaje de la salud mental en los desastres no están centradas en la terapia individual con el uso de psicofármaco aunque esto no excluya que algunos casos requieran de medicamentos.
La violencia y la agresividad no son frecuentes en los albergues.	La mayoría de los estudios reflejan un incremento de las conductas violentas y el uso excesivo o abuso de alcohol u otras sustancias psicoactivas.
La atención de salud mental debe ser reservado a personal calificado del país que conoce el idioma, la cultura e idiosincrasia de la población.	Es una verdad parcial. Por lo general en los países hay recursos calificados que pueden ser movilizados y tienen la ventajas del conocimiento local. Debe evaluarse cuidadosamente las necesidades reales de personal especializado del exterior.
La ubicación de los damnificados y víctimas en albergue o asentamientos temporales es una alternativas de primer orden.	Es la peor opción.
La población afectada está tan indefensa y conmocionada que no puede asumir la responsabilidad por su supervivencia.	Muchas personas están dispuestas a ayudar y actúan de forma generosa. La auto responsabilidad y la participación social son principios básicos para la recuperación psicosocial.

TRASTORNOS MENTALES

Debemos hacer énfasis en lo que se refiere a los trastornos mentales que pueden influir directamente en la vida de los individuos podemos definirlo básicamente como los comportamientos que se han considerado anormales y que han sido estudiados y clasificados por los profesionales de la sicopatología.

Históricamente las consecuencias de los trastornos se han buscado fundamentalmente en tres modelos o tradiciones diferentes entre los cuales está el modelo sobrenatural llamado también demonológico parte de que los trastornos son causados de la posesión de espíritus o demonios. El biológico que se origina en la medicina griega parte de la concepción de que los trastornos mentales son enfermedades que tienen una causa biológica fundamentalmente relacionado con el sistema nervioso central o el cerebro. El modelo psicológico que habla acerca de que se derivan de determinadas experiencias a lo largo de la vida del individuo que se organizan en forma de estructuras mentales, aprendizajes o significados que generan conductas anormales⁽²⁶⁾

En la actualidad la mayoría de los psiquiatras y psicólogos clínicos suelen considerar que en los trastornos psicológicos están implicadas las causas tanto biológicas, psicológicas como sociales.

Existen muchos trastornos que suelen aparecer tales como son:

La depresión: El síndrome depresivo se caracteriza fundamentalmente por 2 síntomas como son la tristeza patológica o vital o la desgana. El deprimido se siente desanimado pesimista, presa fácil de la desesperanza y de la desesperación.

La depresión se correlaciona con la ansiedad y el insomnio. De los trastornos psiquiátricos los depresivos son probablemente los que con mayor frecuencia se encuentran en la práctica médica. Se calcula que la población

masculina alrededor del 5% la presentara y el 10% de la población femenina pueden sufrirla durante el transcurso de su vida.

También es común que suelen aparecer crisis de angustia inesperada en el contexto de diversos trastornos de ansiedad así como en el de otros trastornos mentales y enfermedades medicas.

La característica principal de una crisis de angustia es la aparición aislada y temporal de miedo o malestar intenso, en ausencia de peligro real que se acompaña de 4 a 13 síntomas somáticos o cognoscitivos. La crisis se inicia de forma brusca y alcanza su máxima expresión con rapidez acompañada a menudo de una sensación de peligro o muerte inminente⁽²⁷⁾

Los síntomas físicos vienen constituidos por palpitaciones, temblores, sudoración, sensación de falta de aliento.

Pueden incluso darse crisis de angustia situacionales las cuales se definen como las que aparecen durante o en anticipación a la exposición a un desencadenante situacional predisuestas por una situación determinada aparecen de modo más típico en el trastorno de ansiedad generalizada.

Dentro de estos tipos de trastornos pueden incluirse también el trastorno de angustia o desorden de pánico el cual es la presencia de angustia recidivante e inesperada seguida de la aparición durante un período al menos de un mes como mínimo con preocupaciones persistentes por la posibilidad de padecer de nuevas posibles implicaciones o consecuencias o bien de un cambio comportamental significativo relacionado con estas crisis⁽²⁸⁾

Diseño Metodológico.

Tipo de estudio: Descriptivo - Corte transversal

Área de estudio: El estudio se realizó en la zona rural del municipio de Posoltega en las comunidades de Santa María , Betesda, El Bosque, El Tololar y El Empalme de Posoltega.

En dichas zonas fueron reubicados los pobladores afectados por el huracán Mitch cuyos asentamientos fueron ampliados a través de la cooperación de organismos nacionales y extranjeros , considerándose esta región principalmente agrícola.

Universo: Los pacientes atendidos después del Huracán Mitch que presentaron secuelas de salud mental durante el periodo 1998-1999 con edades de 18-67 años los cuales conforman un total de 31 pacientes, que pertenecen al CAPS-Chinandega.

Muestra: Está conformada por los pacientes entre las edades de 18-67 años atendidos en el CAPS CHINANDEGA, los cuales forman un total de 31 pacientes equivalentes a un 100% del universo.

METODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS:

Los instrumentos utilizados fueron el MINI Mental y la entrevista a los sobrevivientes del Huracán Mitch por medio de preguntas cerradas dicotómicas y de opción múltiple, distribuida en tres acápites de acuerdo a los objetivos específicos, es por ellos que primeramente se aplicó una prueba piloto para ver la confiabilidad de la entrevista, la cual se llevo acabo en la comunidad el Bosque, entrevistando a seis personas con las mismas características de nuestros criterios de inclusión, encontrando una viabilidad excelente en las respuestas.

.Criterios de Inclusión:

Que residan en Posoltega.

Que sean de la zona rural de Posoltega.

Que tenga la edad entre 18 a 67 años.

Que sean sobreviviente del Huracán Mitch.

Que hallan sido atendido en el CAPS-Chinandega.

Que tengan disponibilidad a brindar información.

Consideraciones Éticas:

La entrevista se realizó personalmente en un espacio adecuado.

Al obtener la información esta fue guardada de manera confidencial.

En las entrevistas se escribieron las iniciales de las personas.

Se obtuvo el consentimiento de las personas para la realización de dicho estudio

Posible Sesgo	Manera de Controlarlos
Muestra no representativas	-En el trabajo solo se incluyen aquellas personas atendidas en el CAPS. Chinandega. -No se generalizaron los resultados a otra población. La muestra es significativa en dependencia a la población de estudio.
El instrumento no es confiable	-Se aplicó una prueba piloto. -Se utilizaron dos instrumento de los cuales uno ya esta estandarizado.
Que las personas no proporcionen suficiente información	-Se trató de establecer un rapport con las personas participante en el estudio.
Que el tiempo no sea el suficiente para abordar a las personas	-Se organizaron las visitas que se realizaron en las casas de las personas con previo aviso.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

La información obtenida fue analizada mediante el programa SPSS, obteniendo tablas de frecuencia y porcentaje, correlación de variable y cuadros comparativos según la edad y sexo, los resultados más relevantes se reflejaron a través de gráficos de barra.

OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Dimensiones (Variables contenidas en la definición conceptual)	Indicadores
EDAD	Tiempo que lleva viviendo una persona desde que nació.	Años de vida, de una persona.	Jóvenes Adultos Adulto mayor	18 a 25 años 26 a 39 años 40 a 67 años
SEXO	Conjunto de características genéticas, morfológicas y funcionales que distinguen a los individuos de machos y hembras.	Lo que diferencia a una persona de otra, un hombre de una mujer.	Femenino Masculino	Si, No Si, No
Estado Civil	Conjunto de condiciones de nacimiento, convivencia de una persona que determina su capacidad civil.	Determinación civil de cada persona	Soltero Casado Viudo Unión Libre	Si, No Si, No Si, No Si, No
Trastorno psicológico	Se refiere al comportamiento que han sido considerado anormales y que han sido estudiado que implican causas biológicas, psicológicas como sociales.	Experiencias de las personas a lo largo de su vida que se organizan en forma de estructuras mentales conductas anormales.	ANSIEDAD. -PÁNICO. -DEPRESIÓN	Angustia, palpitaciones fuertes. -miedo a eventos fuertes tristeza, aislamiento.
	Se refiere a la			

<p>Inadaptación Social</p>	<p>persona que no consigue integrarse en el medio en que vive. Puede utilizarse de forma específica para hablar de un entorno concreto laboral, familiar, social u otros.</p>	<p>Persona que no se adapta a una situación real</p>	<p>Desadaptación con el medio</p> <p>-Conflictos Sociales.</p> <p>Falta de Participación activa.</p>	<p>Difultad de vivir en sociedad.</p> <p>Relaciones defectuosas o inadecuadas</p> <p>Falta de recursos personales y sociales.</p>
<p>Huracán</p>	<p>Vientos violentos e impetuoso que a modo de torbellino gira en grandes círculos</p>	<p>-Fenómeno que destruye la naturaleza y deja perdidas, materiales y de vidas humanas.</p>	<p>-Destrucción de bienes materiales.</p> <p>-Pobreza.</p> <p>-Perdidas de seres queridos.</p> <p>-Trastornos psicológicos.</p>	<p>Perdida de Patrimonio</p> <p>Hambre.</p> <p>Duelo.</p> <p>Ansiedad, Depresión, Pánico.</p>

RESULTADOS

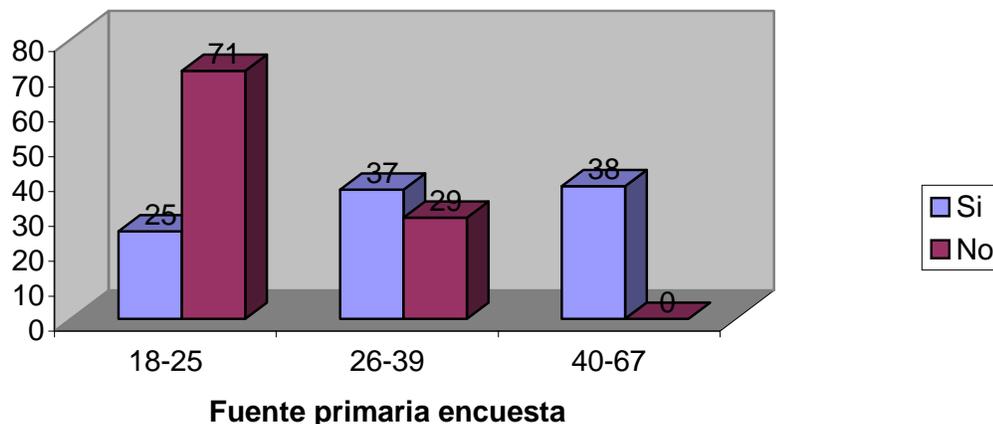
En el objetivo numero uno el cual pretende identificar las características generales de la población estudiada se encontró que en la edad un 36% de las personas tienen de 26 a 39 años y un 35% tienen de 18 a 25 años de edad. También se encontró que un 58% pertenece al sexo femenino, la ocupación que predominó con un 48% es la de ama de casa y un 38% de ellas son solteros.

VARIABLES		N	%
EDAD	18-25 años	11	35%
	26-39 años	11	36%
	40-67 años	9	29%
SEXO	Masculino	13	42%
	Femenino	18	58%
OCUPACION	AGRICULTOR	12	39%
	AMA DE CASA	15	48%
	COMERCIANTE	2	7%
	CHOFER	1	3%
	PROFESORA	1	3%
ESTADO CIVIL	CASADO	9	29%
	SOLTERO	12	39%
	DIVORCIADO	0	.0
	VIUDO	3	10%
	UNION LIBRE	7	22%

Fuente Primaria: Encuesta.

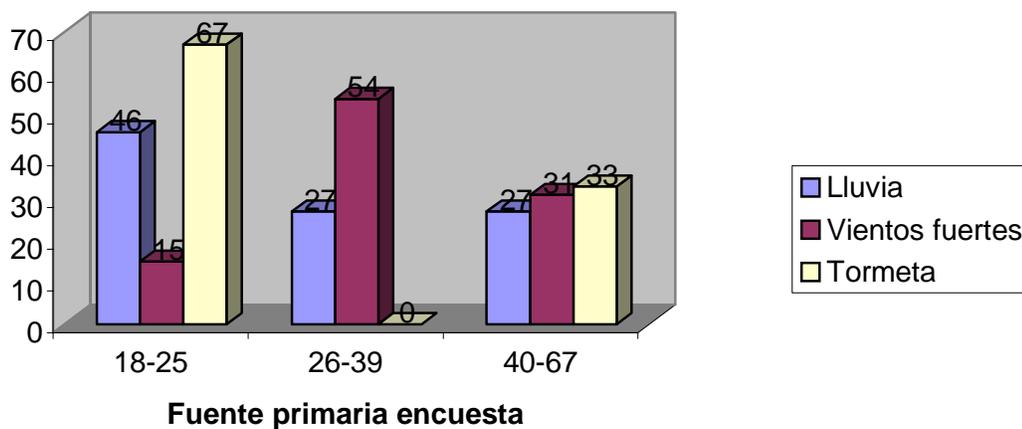
En el segundo objetivo que pretende identificar los principales trastornos presentes en los habitantes de Posoltega, en la presencia de estados ansiosos según la edad se obtuvo un 38% en personas de 40 a 67 años y un 37% en personas de 26 a 39 años.

Gráfico 1. Distribucion porcentual segun la Edad y los Estados ansiosos



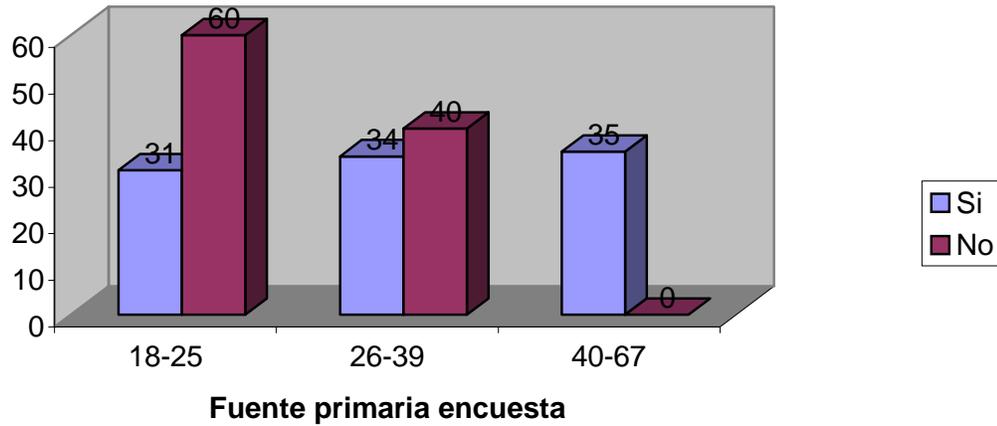
Referente al miedo a los fenómenos naturales como la tormenta se obtuvo un 67% en las personas de 18 a 25 años y en cuanto al miedo a los vientos fuertes se obtuvo un 54% en las personas de 26 a 39 años.

Gráfico 2. Distribucion porcentual segun la Edad y el Miedo a los fenomenos naturales



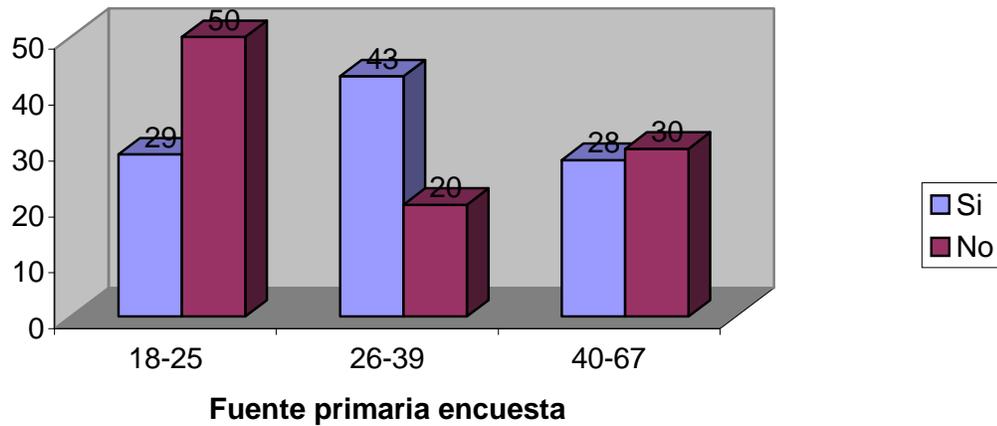
Referente a la perturbación física por el recuerdo del evento se obtuvo un 35% en personas de 40 a 67 años de edad y un 34 % se encontró en personas de 26 a 39 años.

Gráfico 3. Distribucion porcentual segun la Edad y Perturbaciones físicas del eventos



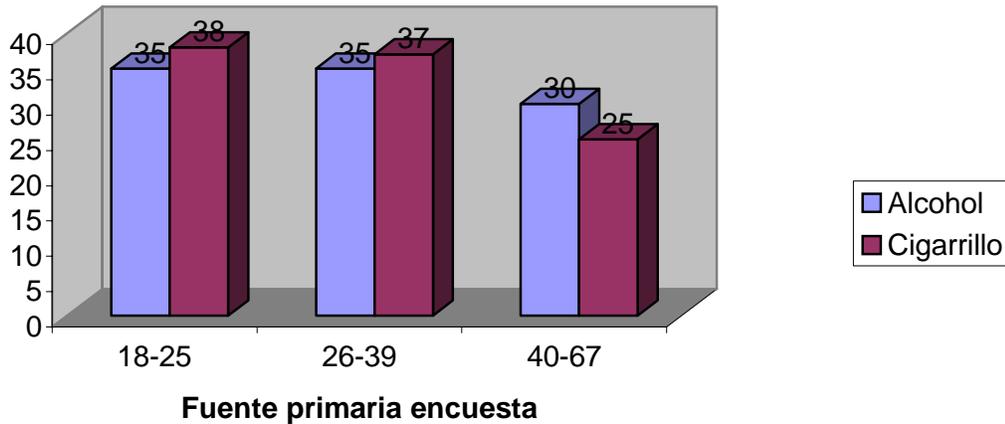
Respecto a la presencia de angustia inesperada se obtuvo un 43% en las personas de 26 39 años y un 29% en las personas con edades de 18 a 25 años.

Gráfico 4. Distribucion porcentual segun la Edad y la Angustia inesperada



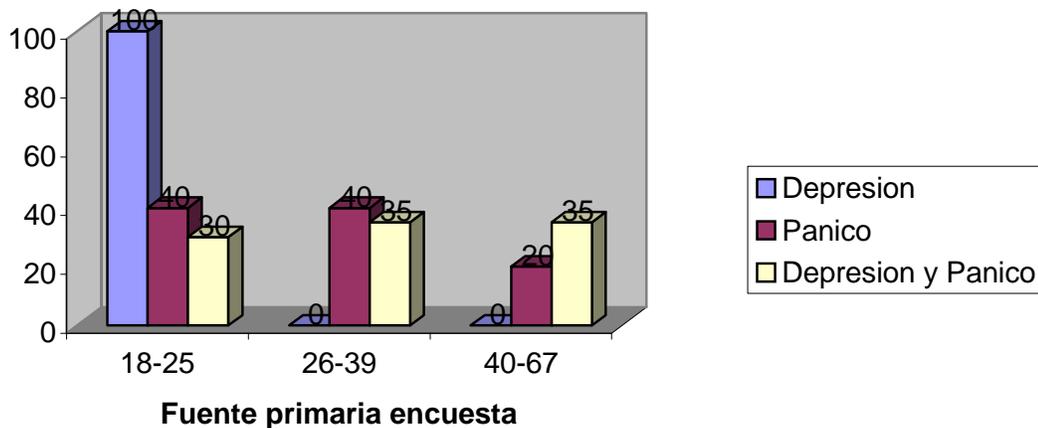
Referente al consumo de sustancias Psicoactivas en la familia en el caso del cigarrillo se obtuvo un 38% en las personas de 18 a 25 años y en el consumo del alcohol un 35% tanto en las personas de 18 a 25 años como en las de 26 a 39 años.

Grafico 5. Distribucion porcentual segun la Edad y el Consumo de sustancias psicoactivas en la familia



Respecto al objetivo tres que pretende valorar la influencia de los trastornos asociados a la inadaptación social en la aplicación del MiNi Mental se obtuvo que un 100% presentan depresión con edades de 18 a 25 años, en el pánico un 40% de las personas con edades de 18 a 25 años y de 26 a 39 años, en la depresión y el pánico un 35% tanto en edades de 26 a 39 años como en los de 40 a 67 años.

Gráfico 6. Distribucion porcentual segun la Edad y el MINIMENTAL



DISCUSIÓN.

En el presente estudio para cumplir con el primer objetivo el cual pretende identificar las características generales de la población se obtuvo que la edad promedio es la comprendida entre 26-39 años, con respecto al sexo la variable más relevante fue la femenina encontrándose la mayoría de estas solteras.

Referente a la ocupación de estas personas se encontró que la mayoría de ellas suelen dedicarse a las tareas del hogar y a la agricultura puesto que es característico de la zona geográfica en que viven.

En el segundo objetivo se identificaron los principales trastornos psicológicos presentes en los habitantes de Posoltega, encontrándose que la variable de la presencia de estados ansiosos se presentó mayoritariamente en las personas de 40 a 67 años debido que en la fase post desastre las personas mayores tienen reacciones y necesidades particulares, tienden a ser más vulnerable a los efectos del desastre después de los niños.

Con respecto a la variable miedo a los fenómenos naturales se encontró mayoritariamente que las personas presentan temor a las tormentas y a los vientos fuertes relacionándose, que la conducta de supervivencia de cada persona depende de su personalidad y grado de adaptación frente a una crisis donde domina el miedo y el pánico cuando es imposible escapar del mismo.

La variable irritabilidad se presentó en las personas de 26 a 39 años como en las de 40 a 67 años, esto es debido al retraimiento, soledad e impulsividad de las personas.

Referente a la variable perturbación física por el recuerdo del evento predominó en las personas de 40 a 67 años, estas personas son vulnerables a los efectos de un desastre, pueden responder de una manera ineficaz, por su lentitud a nivel motor o cognoscitivo.

Con respecto a la variable angustia inesperada mayoritariamente se presentó en las personas de 26 a 39 años, estas crisis de angustias se inician de forma brusca y alcanzan su máxima expresión con rapidez, acompañada a menudo de una sensación de peligro.

En la variable de consumo de sustancias psicoactivas en la familia predominó el consumo de cigarrillo, la mayoría de los estudios reflejan un incremento excesivo o abuso de sustancias psicoactivas después de un desastre.

En la variable MINI MENTAL la depresión se presentó en todos los hombres en las edades de 18 a 25 años y la depresión y pánico en todas las mujeres entre las edades 26 a 39 y de 40 a 67 años, estos trastornos se derivan de determinadas experiencias de las personas a lo largo de su vida que se organizan en forma de estructuras mentales. Se calcula que la población masculina alrededor del 5% la presentará y el 10% de la población femenina puede sufrirla durante el transcurso de su vida.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos planteados dentro del primer objetivo el cual pretendía describir las características generales de la población la edad que prevalece es la de 26-39 años seguida de los de 18-25 años.

El sexo que prevalece dentro de la población es el femenino, estas personas se dedican principalmente a las tareas del hogar y a la agricultura, de lo cual, se encuentran en su mayoría solteras.

De acuerdo al segundo objetivo el cual pretende identificar los principales trastornos ansiosos que prevalecen en los habitantes, se obtuvo en la aplicación del primer instrumento, que hay presencia de estados ansiosos en personas de 40-67 años.

Que los entrevistados tienen miedo a los fenómenos naturales como la tormenta y los vientos fuertes.

Las personas que se perturban físicamente por el recuerdo del evento tienen edades comprendidas entre 40-67 años.

Presentan irritabilidad las personas de 26-39 años como las de 40-67 años. Las personas presentan angustia inesperada en las edades de 26-39 años.

Que también en la familia de estas personas hay consumo de sustancias psicoactivas como el cigarrillo y el alcohol.

En el tercer objetivo en la aplicación del segundo instrumento se obtuvo que las personas presentan diversos trastornos entre los cuales están la depresión en personas de 18-25 años, el pánico en personas de 18-25 años y 26-39 años, la

depresión y el pánico se presento en personas de 26-39 años como en las de 40-67años.

Los trastornos psicológicos son comportamientos derivados de diversas experiencias a lo largo de la vida del individuo, contribuyendo a la Inadaptación social que representa la relación con el medio y que continúan prevaleciendo después de haber transcurrido cinco años, por lo que podemos afirmar que si la recuperación de un desastre se demora los problemas emocionales y de conducta pueden aumentar significativamente e influir directamente en la vida cotidiana. Llegando a la conclusión de que las personas entrevistadas necesitan rápidamente atención psicológica.-

RECOMENDACIONES:

A los interesados en realizar este tipo de estudio.

- ✓ Realizar una minuciosa selección del grupo etareo para la muestra a fin de evitar dificultades tanto al momento de escoger el instrumento a aplicar como para analizar dichos datos.
- ✓ Comunicar previamente a las personas el día y la hora en la que se entrevistara con el fin de localizarlos fácilmente.
- ✓ Coordinarse con las autoridades pertinentes de cada comunidad.
- ✓ Seleccionar la muestra que presente fácil accesibilidad geográfica para obtener más rápido la información.

A LAS PSICOLOGAS DE LOS CENTROS DE SALUD

- ✓ Ejecutar un continuo plan de seguimiento y captación de casos.
- ✓ Realizar visitas domiciliarias
- ✓ Brindar atención individual
- ✓ Crear grupos de autoayuda.

A LAS INSTITUCIONES

- ✓ Crear programas de atención psicológica
- ✓ Crear un continuo plan de seguimiento de los casos encontrados en nuestro estudio.

AL MINSA

- ✓ Crear un programa continuo de información en prevención de desastres naturales dirigido a la población.
- ✓ Contratar psicólogos para brindar atención a la población.
- ✓ Capacitar continuamente al personal encargado de brindar asistencia.
- ✓ Preparar y capacitar a los voluntarios en prevención de desastres naturales.

BIBLIOGRAFIA

1. Cohen Raque E, Aherarn Feredick L. Jr. Manual de atención de la salud mental para víctimas de desastres. Impreso en México, febrero 1980.
2. Construcción de la red social para la atención primaria en salud integral. Atención Psicosocial. Grupos de autoayuda cuadernillo del promotor/RA N°3
3. Pan-American health organization disaster report. <http://desastre.unan.edu.ni> (consulta 4 de junio del 2003).
4. Grijalbo. Diccionario Enciclopédico. Buenos Aires. 14 de junio de 1985. Nueva impresión 23 de abril de 1996 en talleres de corgraphics S. A. Colombia.
5. Después de un desastres. Guía general para adultos afectados. Proyecto Rebound, condado de los Ángeles, departamento de salud mental 2415, west sixth street, Los Ángeles CA. 90057.
6. Red de atención Psicosocial. Intervención en crisis. Cuadernillo de la promotora/OR N°6. Universidad centroamericana-Psicología. Managua, Nicaragua.
7. Wheelock Jaime Roman. Desastre naturales de Nicaragua. Guía para conocerla y prevenirlos. Managua, Nicaragua. 1era. Edición Hispamer 2000.
8. Red de atención Psicosocial. Intervención en situación de duelo o pérdidas. Cuadernillo de la promotora/OR N°7. Universidad centroamericana-Psicología. Managua, Nicaragua.
9. Protección de la salud mental en situaciones de desastre y emergencias. WWW.paho.org/spanish/ped/saludmental01.pdf. (consulta: 09 de junio 2003).
10. Poncelet Luc Jean, Dr. Levant Itzhak. El cuidado de la salud mental en situaciones de desastre. Managua Nicaragua, 2000.
11. Disasters mitigation, preparedness and response. <http://desastre.unan.edu.ni>. (consulta: 09 de junio del 2003).

12. Red por la democracia y desarrollo local. Huracán Mitch. Reflexiones y lecciones 2001.
13. Rodríguez J. Principios básicos y organizativos de la atención en salud mental en situaciones de desastre. Trabajo presentado en el taller latinoamericano sobre atención en salud mental en caso de desastre. Guatemala, Julio 2002.
14. López Jaramillo Jorge Iván, Aguodelo Suárez Luz María, Lodoño Salamanca Raúl, otros. Intervención Psicosocial en conflicto armados y desastres de origen natural. Medellín, septiembre del 2000.
15. Martínez Arnoldo J. Convirtiendo la tragedia del Mitch en una oportunidad para el desarrollo humano y sostenible de Nicaragua. Propuesta para la reconstrucción del desarrollo. Managua, Nicaragua. 02 de diciembre de 1998.
16. Reconstruction after disasters. <http://desastre.unan.edu.ni> (consulta 15 de mayo 2003).
17. Cohen Raquel E, MD, MPH. Salud mental para víctimas de desastres. Editorial el Manual moderno. México, D. F. Santa Fe de bogota, 1998.
18. Community and disasters in lord strategies of intervention. <http://desastre.unan.edu.ni> (consulta 14 de mayo del 2003).
19. Foro democrático. El huracán que derrumbo a Nicaragua. Managua, Nicaragua, 1999.
20. Cerros Castillos, Sofía de Jesús. Programa educativo para la integración de las mujeres sobrevivientes del Casita a las tareas de reconstrucción de su nueva comunidad 2000.
21. Grahane Rusell, Corrales Arturo. Mitch un año después. Huracán Mitch y Derechos Humanos. 1999. <http://desastre.unan.edu.ni>. (Consulta: 14 de mayo del 2003.).
22. Hurricane Mitch. United nation Inter.-agency transitional appeal for relief and immediate rehabilitation in Honduras, Nicaragua, el Salvador, Guatemala, Belice.
23. Martínez Arnoldo J. Convirtiendo la tragedia del Mitch en una oportunidad para el desarrollo humano y sostenible de Nicaragua. Propuesta para la reconstrucción del desarrollo. Managua, Nicaragua. 02 de diciembre de 1998.

24. Editorial S. A. España. Farri Morti, Joseph Maria, Laceras, Maria Gracia, Casas Hilari, Juan Miguel. Enciclopedia de la Psicología. Diccionario Tomo IV, MMI, océano. Grupo.
25. http://www_psicologia_online_com/EsmUbeda/libros/sentirsemejor/sentirse1h m. Trastornos psicológicos. (consulta 27/02/04).
26. DSM IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales texto revisado 2002 Masson, SA Barcelona España.
27. Vidal Alarcón Psiquiatría 1986 Editorial medica panamericana SA-Buenos Aires.
28. <http://usuarios.lycos.es/marccioni/n-social.htm>. Inadaptación social.(consulta27/02/04).

ANEXO