



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Análisis de la intervención en actividades de apoyo psicosocial de estudiantes de la Titulación de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, referentes al terremoto del 16 de abril del 2016.

TRABAJO DE TITULACIÓN.

Autor: Medina Ruiz, Michael Javier.

Director: Cuenca Puma, Geovanny Eduardo, Mgtr.

Loja – Ecuador

2020



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2020

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Magister.

Geovanny Eduardo Cuenca Puma.

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación: **Análisis de la intervención en actividades de apoyo psicosocial de estudiantes de la Titulación de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, referentes al terremoto del 16 de abril del 2016**, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, enero del 2020

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“ Yo **Michael Javier Medina Ruiz** declaro ser autor del presente trabajo de titulación: **Análisis de la Intervención en Actividades de Apoyo Psicosocial de Estudiantes de la Titulación de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, Referentes al Terremoto del 16 de abril del 2016**; de la Titulación de **Psicología**, siendo **Geovanny Eduardo Cuenca Puma** director (a) del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado o trabajos de titulación que se realicen con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autor: Michael Javier Medina Ruiz.

Cédula: 1104790611

DEDICATORIA

A mi madre por ser y estar, por creer en mi incluso antes de existir, para ti Gloria Esperanza con amor incondicional.

A mis hermanos, Andrés, Deyaneira y Scarleth, por la paciencia, la confianza y el apoyo, pero sobre todo por ser mi motor para continuar.

A mi Florentino y a mi Olga, abuelos, padres y guías.

AGRADECIMIENTO

A Dios, por la fortaleza para llegar aquí y por la esperanza para continuar.

A mis primos y tíos, por depositar su confianza en mí y por apoyarme siempre.

A mi Director de tesis, Magister Geovanny Cuenca, por la paciencia y apoyo incondicional, que más allá de ser un gran profesional y el tutor en este proceso de investigación, es un ejemplo a seguir por su don de gente.

A Maoli, por el cariño, apoyo y fe en mí.

A los hermanos que la vida me dio la oportunidad de escoger: Astrid A., Jessica T., Germania Q., Ricardo A., Fabián G., Paul N., Karen C., Diego P., Fernando C., Jhon P., Stalin M., Emilio B., Jorge C., Jorge T., Maricela C., por haberme motivado en los momentos difíciles, reprendido en los momentos de flaqueza, pero sobre todo por haberme brindado su amistad siempre.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	I
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	II
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS	VI
ÍNDICE DE TABLAS.....	VIII
ÍNDICE DE FIGURAS	IX
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO.....	5
1.1. Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Contextos de Desastre.	6
1.1.1. Salud Mental - Definición e Importancia.....	6
1.1.2. Factores asociados a la salud mental.	7
1.1.3. Apoyo Psicosocial - Definición e Importancia.....	10
1.1.4. Factores asociados al Apoyo Psicosocial.	12
1.1.5. Efectos de los desastres en la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial.	14
1.2. Desastres - Definición y clasificación.....	17
1.2.1. Desastres en Latinoamérica.	19
1.2.1.1. Las emergencias humanitarias y catástrofes como oportunidades estratégicas de cambio en los sistemas de salud mental. El caso del Plan Regional de Salud Mental de Huancavelica (Perú).	19
1.2.1.2. Haití: hacia un sistema de salud mental comunitario tras la emergencia.....	20
1.2.1.3. Estrategias de intervención en salud mental post terremoto y tsunami de Chile 2010: aprendizajes y desafíos desde la atención primaria.	21
1.2.2. Desastres en Ecuador.....	21
1.2.2.1. Terremoto del 16 de abril del 2016 en la región Norte del Litoral (Manabí y Esmeralda).	23
1.2.3. Intervención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial en desastres.	23
1.2.4. Niveles de Intervención en Apoyo Psicosocial.	25
1.3. Participación de voluntarios en Apoyo Psicosocial.	26
1.3.1. Antecedentes.	26
1.3.2. Motivación e impacto en voluntarios participantes en desastres.....	29
1.3.3. Formación de Voluntarios en apoyo psicosocial.....	31

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA	34
2.1. Objetivos.....	35
2.1.1. Objetivo General.....	35
2.1.2. Objetivos Específicos.....	35
2.2. Diseño de la investigación.	35
2.3. Contexto.....	36
2.4. Población.....	37
2.5. Instrumentos	37
2.6. Procedimiento.....	39
CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DATOS	41
3.1. Análisis descriptivo de datos.....	42
3.1.1. Descripción de datos generales.....	42
3.1.2. Descripción de datos en función del sexo y el ciclo académico.	43
3.1.3. Descripción de participación en los niveles de Intervención en Apoyo Psicosocial.....	44
3.1.4. Descripción de variables que influyeron en la participación en actividades de apoyo psicosocial y tipo de impacto generado.	46
3.1.5. Descripción de la Formación Académica.....	50
CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	53
4.1. Discusión.....	54
CONCLUSIONES.....	59
RECOMENDACIONES	60
BIBLIOGRAFÍA.....	61
ANEXOS.....	66

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de problema como efecto en SMAPS, posterior a un desastre.....	15
Tabla 2. Grupos de atención prioritaria y sus factores de riesgo.	16
Tabla 3. Principales desastres naturales en el Ecuador (1982-2008).....	22
Tabla 4. Inventario de Funciones del Voluntariado.....	39
Tabla 5. Descripción de las afirmaciones del IFV.	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias.	25
Figura 2. Participación en actividades de Apoyo Psicosocial.....	42
Figura 3. Descripción por sexo en actividades de Apoyo Psicosocial (sexo).	43
Figura 4. Participación según el ciclo académico.....	43
Figura 5. Muestra total (género y ciclo académico).....	44
Figura 6. Participación en el nivel uno para los servicios de SMAPS en emergencias.....	45
Figura 7. Participación en el nivel dos para los servicios de SMAPS en emergencias.	45
Figura 8. Participación en el nivel tres para los servicios de SMAPS en emergencias.....	46
Figura 9. Ítem 7. Como voluntario me preocupo por el grupo al que estoy sirviendo.	47
Figura 10. Ítem 9 Como voluntario creo que es importante ayudar a los demás.	47
Figura 11. Ítem 22 El ser voluntario me permite tener una nueva perspectiva de las cosas.	48
Figura 12. Ítem 23 El ser voluntario me permite aprender cosas a través de mi propia experiencia.	48
Figura 13. Ítem 25 Como voluntario puedo explorar mis propias fortalezas.....	49
Figura 14. Impacto generado en participantes de actividades de Apoyo Psicosocial.	50
Figura 15. Formación académica de estudiantes en Apoyo Psicosocial.	50
Figura 16. Tipo de formación académica recibida.....	51
Figura 17. Percepción de conocimientos previo y posterior al terremoto.	51

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo por objetivo determinar el nivel de involucramiento en actividades de apoyo psicosocial, en función de la pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS), por parte de los estudiantes de la titulación de Psicología de la UTPL, referentes al terremoto del 16A.

Se contó con la participación de 135 estudiantes pertenecientes a los ciclos académicos de 4to, 6to, 8vo y 10mo, de la modalidad presencial, la investigación fue de tipo no experimental, con enfoque cuantitativo y alcance descriptivo, los instrumentos utilizados fueron: la “Encuesta de Identificación de intervenciones en apoyo psicosocial” y el “Inventario de Funciones del Voluntariado - IFV”.

Los resultados obtenidos mostraron que existió mayor participación de estudiantes de ciclos iniciales de sexo femenino, además, el 99% de participantes realizaron actividades en el nivel de servicios básicos y de seguridad, referente a la motivación las dimensiones de valores y comprensión se destacaron según el IFV y finalmente se estableció que existe una gran deficiencia con respecto a la formación en SMAPS.

PALABRAS CLAVES: intervención, salud mental, apoyo psicosocial, terremoto.

ABSTRACT

The objective of this research work was to determine the level of involvement in psychosocial support activities, in terms of the interventions pyramid for mental health and psychosocial support (MHPSS) services, of the students of the Psychology degree of the UTPL, related to the 16A earthquake.

The participants were 135 students from 4th, 6th, 8th and 10th academic cycles, from the full-time study modality, the research type was non-experimental, with a quantitative approach and descriptive scope, the instruments used were: the "Survey for Identification of Interventions in Psychosocial Support" and the " Volunteer Functions Inventory - IVF".

The obtained results showed that there was a greater participation of female students from initial cycles, in addition, 99% of participants carried out activities at the level of utility services and security; regarding the motivation, the dimensions of values and comprehension were highlighted according to the IVF and finally it was established that there is a great deficiency with respect to MHPSS training.

KEYWORDS: intervention, mental health, psychosocial support, earthquake.

INTRODUCCIÓN

El 16 de abril de 2016 a las 18:58 hora local, Ecuador fue sacudido por un sismo que alcanzó una magnitud de 7.8 en la escala de Richter con epicentro en el cantón Pedernales, el cual afectó a las provincias de Esmeraldas, Manabí, Guayas, Santa Elena, Los Ríos y Santo Domingo, (Secretaría de Gestión de Riesgos [SGR], 2016 a), frente a esta situación la asistencia en salud mental fue inmediata y se implementó con la participación del MSP, Cruz Roja, universidades y ONG nacionales e internacionales, mismas que efectuaron acciones para control y prevención de situaciones de violencia, trastornos del comportamiento y se acompañó a las personas que perdieron familiares y bienes (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2017), además se desarrollaron estrategias de apoyo psicosocial y un trabajo orientado a cuidar a los asistentes humanitarios en SMAPS, en este sentido el presente trabajo de investigación pretende analizar la intervención de los estudiantes de la titulación de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, en SMAPS, referente al evento en cuestión.

A nivel de Latinoamérica investigaciones relacionadas con salud mental y apoyo psicosocial en desastres, han posibilitado la generación y mejora de planes, proyectos y estrategias en esta temática, como evidencia la experiencia de Basauri y Abaakouk (2010) tras el desastre en Haití, o la investigación de Kohan et al (2010) en Perú, quienes demuestran que a través de la sistematización adecuada y el análisis científico de la información tras los desastres, se puede incidir en la política pública para la generación de programas en el área de la salud mental y el apoyo psicosocial, es así que la academia por su contingente humano y material podría encargarse de estos procesos de sistematización y diagnóstico (Méndez, Leiva, Bustos, Ramos, & Moyano, 2010).

En este sentido, la Universidad Técnica Particular de Loja y la titulación de Psicología, a través de esta investigación promueve la sistematización científica adecuada, misma que permitirá identificar las actividades que realizan tanto sus profesionales en formación, así como su personal especialista, en el área de salud mental y apoyo psicosocial frente a desastres, con el objetivo de desarrollar estrategias, programas y proyectos orientados a: a) Mejorar las habilidades, capacidades y conocimientos del personal docente y estudiantil; b) Garantizar una intervención de calidad en SMAPS, en caso de la presencia de un evento adverso; y c) Incidir en los órganos de gobierno locales para la generación de normativas y políticas públicas que permitan una atención efectiva en salud mental y apoyo psicosocial.

Por ende, para cumplir los objetivos planteados, se utilizó un modelo de investigación no experimental en la que se recolectó información a través de los instrumentos:

a) Identificación de intervenciones en apoyo psicosocial; y b) Inventario de funciones de voluntariado (IFV), el trabajo investigativo se desarrolló con la finalidad de sistematizar y analizar de manera clara la participación en SMAPS de los estudiantes de la titulación de Psicología en un área que no consta en la malla curricular de la misma (Universidad Técnica Particular de Loja [UTPL], 2019), el mismo que fue posible gracias a la aceptación de los docentes tanto para los procesos de recolección de datos como para la asesoría en el desarrollo de la investigación, contó con la participación de 135 estudiantes, los cuales pertenecían a los ciclos académicos pares (4to, 6to, 8vo y 10mo) del periodo Abril 2017 – Agosto 2017, de la modalidad presencial de Psicología de la UTPL.

Así pues, la investigación contiene: primer capítulo el marco conceptual en el que se basó la investigación, en donde se aprecia, que la investigación en SMAPS en contextos de desastre, a nivel país es deficiente; en el segundo capítulo se describen situaciones como los objetivos, contexto, población, instrumentos, técnicas entre otros factores, es decir lo que contempla la metodología de la investigación, y un tercer capítulo, dedicado a la descripción de los datos establecidos de tal manera que responden a cada uno de los objetivos de la investigación de manera clara y oportuna.

CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO

1.1. Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Contextos de Desastre.

1.1.1. Salud Mental - Definición e Importancia.

La Salud Mental, es un concepto que en los últimos años ha generado debates y que a pesar de las investigaciones la concepción es ambigua, es así que en este apartado se recogen algunas de las definiciones más representativas, con miras a establecer, en primera instancia un concepto claro y en segundo lugar recalcar su importancia.

Es así que la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2013), conceptualiza a la salud mental como “un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, y aporta algo a su comunidad” (p. 7), complementario a esto el Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP] (2016), manifiesta que: 1) Es un estado que le permite al ser humano realizarse en relación a sus creencias e interactuar con su entorno cultural, social, natural; 2) Un estado que facilita el desarrollo de valores para la construcción de un proyecto de vida; y 3) Es más que la ausencia de trastornos mentales.

Por su parte la Asociación Americana de Psicología [APA] (2017), menciona que salud mental es “la forma en que los pensamientos, sentimientos y conductas afectan la vida (p. 1), anexo a esto, el Ministerio de Salud del Perú [MINSA] (2005), manifiesta que Salud Mental se define como el “estado de equilibrio psíquico de la persona en un momento dado de la vida, y en el que confluyen el nivel de bienestar subjetivo, el ejercicio de las capacidades mentales y la calidad de las relaciones con el medio ambiente” (p. 4).

Si bien es cierto cada uno de los autores mencionados plantea un concepto concreto, en esta investigación definimos a la salud mental como: el resultado existente entre una autoconcepción integral positiva de sí mismo y de su contexto, sumado a las respuestas idóneas que este presenta frente a las situaciones cotidianas a las que está expuesto, recalcando que no únicamente es la carencia de enfermedades de carácter mental.

La OMS (2013) y la APA (2017), ponen de manifiesto que la salud mental es de trascendental importancia debido a que: 1) Hace posible que las personas materialicen su potencial, 2) Superen el estrés normal de vida, 3) Trabajen de forma productiva y hagan aportaciones a su comunidad; y 4) Conduce a una imagen positiva de uno mismo y, a su vez, a relaciones satisfactorias con amigos y otras personas.

Por lo que resulta de trascendental importancia “concientizar a todos los actores sociales y a la población en todos sus estratos, acerca de la verdadera carga y el precio humano, social y económico que representan las afecciones a este ámbito de la salud, y aún

más importante es investigar dichas afecciones” OMS (2013) (p. 2) , y aún más después de la presencia de un evento adverso ya sea de carácter natural o causado por el hombre, asimismo, según datos del mismo organismo, en varios países, la promoción de este campo de estudio, ha conducido a cambios importantes en la consideración que se tiene a las personas con trastornos mentales, resaltando nuevamente la importancia de investigar acerca de la misma con el objeto de disminuir la discriminación y el estigma que conlleva la Salud Mental en los diferentes contextos.

1.1.2. Factores asociados a la salud mental.

La OMS (2018), menciona que “La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos” (p. 1), además esta se ve influenciada por la interacción dinámica y fluctuante de estos, los mismos que se detallan a continuación:

Factores sociales; desde su origen el ser humano se ha caracterizado por ser un ente social, lo que conlleva desde satisfacer necesidades tan básicas como reproducirse y alimentarse hasta necesidades tan complejas como las de ser reconocido y aceptado por el resto de seres, lo que da como resultado que dichos factores influyan en su vida y por consiguiente en su salud mental, Rodríguez (2016), manifiesta que los determinantes sociales de la salud: “se refieren a todos los factores sociales que inciden en ella, incluida la estructura social, prácticas e instituciones, identidad personal y procesos interpersonales, siendo los más determinantes la pobreza, la desigualdad y la exclusión social” (p. 196).

Es decir, que los factores sociales que intervienen en Salud Mental, están directamente influenciados por las políticas que implementan los gobiernos, la distribución de los recursos, el poder, entre otros; Wilkinson y Marmot (2003), afirman “que a medida que descendemos por la escala social, se va acortando la esperanza de vida y se vuelven más comunes la mayoría de las enfermedades” (p. 10); en este sentido los autores exhortan a que las políticas en el ámbito de salud deben estar encaminadas a garantizar la equidad en dichos determinantes.

Por ende, contar con factores sociales óptimos beneficia la salud mental de los individuos y de la sociedad en general, según Wilkinson y Marmot (2003) estos factores: 1) Proporcionan a las personas los recursos emocionales y prácticos que necesitan; 2) Hace que la gente se sienta cuidada, querida, estimada y valorada; 3) Estimulan patrones de conducta más saludables(p. 22).

Por consiguiente, podemos decir que a pesar de que los factores sociales en Salud Mental, en su gran mayoría estén influenciados por situaciones macro como políticas estatales, distribución de recursos, entre otros (Wilkinson & Marmot, 2003), es nuestro deber

como entes de cambio social, promover que estos factores sean en la medida de lo posible equitativos para los individuos independientemente de su estatus social, a través de la generación de espacios en donde se fortalezcan sus redes de apoyo.

Factores Psicológicos; la psicología así como la medicina, la filosofía, entre otras áreas de estudio, a través de la historia han tratado de explicar científicamente de qué manera los procesos psicológicos básicos tales como: la percepción, la atención, la motivación, la memoria, entre otros, pueden influenciar en el comportamiento de las personas, y aun más que dicho comportamiento puede influir en la salud. En la actualidad debido al avance científico y tecnológico, esta y muchas otras ciencias han logrado dar una mejor explicación a la relación entre estos factores; por lo que sin duda alguna los factores psicológicos son un componente fundamental al referirse a salud mental.

Por lo tanto para entender un poco más a fondo acerca de los factores psicológicos de la salud es necesario hacer referencia a un campo de investigación que surge a inicios de la década de los ochenta denominado Psicología de la Salud, para Matarazzo (1980); es una contribución profesional, científica y educativa por parte de la psicología “a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y el diagnóstico de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas” (p. 671).

Por su parte Morales (1997), nos manifiesta que psicología de la salud es una rama de la psicología que tiene por finalidad el “estudio de los factores del comportamiento en el proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud” (p.69), enfatizando principalmente en identificar los procesos psicológicos que intervienen en: 1) La determinación de la salud; 2) El riesgo de enfermar; 3) La condición y en la recuperación de la salud, recalando que es en fundamento “la rama que se encarga de dar explicación a los fenómenos psicológicos y su influencia en el ámbito de la salud”(p. 69).

Es así que esta rama de investigación pretende en cierto modo dar una explicación científica a como los procesos psicológicos influyen en el aspecto de la salud, Rodríguez y Frías (2005), establecen que en la psicología aplicada al campo de la salud “se ha comenzado a hacer una diferencia entre estar y ser enfermo” (p. 169), pues tradicionalmente se pensaba que únicamente agentes externos causaban el estado de enfermedad, pero en la actualidad “se sabe que intervienen otros aspectos además de los puramente biológicos, e incluso se habla de que se puede aprender a estar enfermo” (p. 169).

En ese apartado los autores hacen referencia a que existen predisponentes internos no biológicos que también influyen en la salud, así como lo menciona la OMS (2018) “Hay

factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a sufrir afectaciones en su salud mental (trastornos mentales)” (p. 1), dando por hecho que aspectos como: la personalidad, las emociones, desordenes afectivos, estrés y ansiedad, mecanismos de afrontamiento, comportamiento, entre otros, son factores psicológicos que están relacionados directamente con la salud integral de los individuos.

Factores Biológicos; Posterior a la Segunda Guerra Mundial, varios eventos significativos como: el avance científico-tecnológico, el conocimiento del origen de algunas enfermedades y su prevención, el cambio en los patrones epidemiológicos, la globalización de canales y medios de comunicación, la difusión del conocimiento científico, pusieron de manifiesto la relación entre salud y los determinantes que la influyen. Es así que Palomino, Grande y Linares (2014) manifiestan que las causales descritas anteriormente y otras más “provocaron que el concepto de salud evolucionara hacia un enfoque positivo, dinámico, multicausal y social” (p. 78).

En ese sentido, fue a través de la revolución del conocimiento y el acceso al mismo que se pudo dar una explicación clara de cómo factores biológicos tienen una relación directa sobre el concepto de Salud Mental, en consecuencia podemos manifestar que los factores biológicos son inherentes al funcionamiento fisiológico del organismo humano, la Secretaría de Salud de México (2014), en su Programa de Acción Específico en Salud Mental, clasifica a estos factores en dos grandes grupos: los genéticos y ambientales; con respecto al primer grupo, existe la suficiente argumentación científica que apoya el planteamiento de que los elementos hereditarios son factores predisponentes para que se pueda dar una determinada condición, en la salud mental en los individuos:

La influencia de los factores genéticos en el desarrollo de la enfermedad mental está fuera de toda discusión. Los estudios de concordancia en gemelos han corroborado su participación de manera inobjetable; esto queda confirmado por los estudios de adopción, ya que independientemente de que una persona sea educada por padres no consanguíneos, su riesgo para sufrir la enfermedad dependerá de la cercanía genética con sus padres biológicos. Se ha demostrado que muchos de los principales trastornos psiquiátricos están asociados a factores hereditarios. En el caso de la esquizofrenia, por ejemplo, un familiar de primer grado de un paciente afectado tiene alrededor de 10% de posibilidades de padecer la enfermedad, posibilidad que aumenta hasta casi 50% si el afectado es un hermano gemelo monocigótico; el trastorno depresivo presenta una agrupación familiar similar; en los familiares de primer grado es de 8 a 18 veces más probable padecer un trastorno del ánimo que en la población general, mientras que los gemelos monocigóticos presentan una

concordancia de 50%. De hecho se ha mencionado al componente genético como el primer determinante de la personalidad (p. 31 - 32).

La Secretaría de Salud de México (2014), en el mismo estudio se plantea que en ciertas enfermedades de carácter mental, como es el Parkinson, Corea de Huntington y algunos casos de Alzheimer, existen cromosomas o genes identificados como causantes, aún hay mucho campo de investigación para encontrar la carga hereditaria causante de diferentes tipos de trastornos mentales como la esquizofrenia, la depresión, la ansiedad y algunos otros.

En cuanto al segundo grupo de factores biológicos, los denominados ambientales, podemos decir que investigaciones muestran la relación de estos con la presencia de trastornos mentales, según datos de la Secretaría de Salud de México (2014).

El trauma obstétrico eleva hasta siete veces el riesgo de padecer esquizofrenia; así mismo, se relaciona infecciones virales prenatales, el uso de sustancias tóxicas por la madre en el embarazo, con la presencia del trastorno por déficit de atención, la epilepsia, por nombrar algunos (p. 33).

La Secretaría de Salud de México (2014), Este documento además plantea que depende de: la intensidad de la agresión de los factores ambientales, la vulnerabilidad genética del individuo, la etapa de desarrollo en la que se produzca la agresión, entre otros, sí exista o no la presencia de un trastorno mental, así mismo manifiesta que:

Estas agresiones sobre el individuo pueden ocurrir en la etapa prenatal, perinatal y postnatal. Dentro de los factores prenatales asociados más frecuentemente a los trastornos mentales, se encuentran la desnutrición, las infecciones, la incompatibilidad sanguínea, el abuso de sustancias o medicamentos y los accidentes y enfermedades de la madre (p. 33).

Retomando el concepto de Salud Mental de la OMS (2013), el cual manifiesta que la misma es un componente integral y esencial de la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, en el que destaca que no solo es la ausencia de afecciones o enfermedades; podemos decir que los factores asociados a esta, son un campo de investigación en el que aún existe un amplio camino por recorrer.

1.1.3. Apoyo Psicosocial - Definición e Importancia.

Después de haber realizado una revisión acerca de la conceptualización de Salud Mental, este escrito plantea definir paralelamente al Apoyo Psicosocial, debido a que están estrechamente relacionados entre sí, pues a pesar de que para el personal que brinda

asistencia muestran enfoques diferentes, concuerdan en que son complementarios (Comité Permanente entre Organismos [IASC], 2007).

Así mismo la IASC (2007) , menciona que no obstante los organismos de asistencia extraños al sector de la salud tienden a hablar de apoyo psicosocial, los organismos de la salud tienden a hablar de salud mental; pero en el accionar se han utilizado términos como: rehabilitación psicosocial y tratamiento psicosocial para denotar intervenciones no biológicas en beneficio de quienes padecen trastornos mentales (p. 19).

En este sentido y para una mejor comprensión es necesario referirse al Aspecto Psicosocial, como lo plantea Medina, Bernal, Galeano y Puerto (2007), en su teoría del Desarrollo Psicosocial, en donde se manifiesta que “lo psicosocial se vincula a eventos traumantes en donde se manifiesta la importancia de la conexión entre lo individual y colectivo y que resulta relevante realizar ajustes de acuerdo a cada etapa del ciclo vital” (p. 180), posterior a este enunciado y a varios eventos como la Segunda Guerra Mundial, la Guerra de Vietnam, actos terroristas a nivel de Latinoamérica cometidos por grupos subversivos, el termino psicosocial gana relevancia, esto por el interés en identificar las afecciones causadas por estos hechos traumantes en la población en general, tanto a nivel individual como colectivo, promoviendo para que otros autores pongan de manifiesto su concepto Medina et al (2007).

Baró (1990), por su parte plantea: “que el carácter psicosocial de una experiencia está dado por la dimensión intersubjetiva e intrasubjetiva, inherentes a la naturaleza de las relaciones entre los sujetos” (p. 111), es decir, que la concepción de lo psicosocial es vista como la unión entre lo psicológico y lo social, permitiendo en ese sentido una comprensión holística de la condición humana.

Así pues, una vez establecido el aspecto psicosocial, Medina et al (2007), manifiesta que la denominación de apoyo psicosocial hace referencia a “satisfacer necesidades psicológicas y sociales posteriores a un evento adverso de cualquier índole, en la primeras necesidades se ubican los recursos internos de la persona; y en la segundas se hallan las interacciones entre los diferentes ámbitos de socialización” (p. 182), es decir que las intervenciones de carácter psicosocial, estarán encaminadas a cubrir las necesidades de las personas tanto a nivel individual como colectivo, desde el diagnóstico hasta la evaluación y el seguimiento de planes de intervención desarrollados para satisfacer dichas necesidades.

Por consiguiente menciona Medina et al (2007),es necesaria la investigación, la promoción y la ejecución de actividades enfocadas en el ámbito psicosocial, con el afán de entender de manera dinámica y evolutiva (p. 182), los problemas sociales que aquejan a

nuestra sociedad, aún más tomando en cuenta las características que presentamos como país, pues en los últimos años la presencia de fenómenos sociales como: la migración forzada, desastres naturales y causados por el hombre, incremento en las tasas delincuenciales, uso indebido de alcohol y otras drogas, por nombrar algunos, ratifican la importancia de implementar estrategias de apoyo psicosocial a corto, mediano y largo plazo, basadas en información científica que permitan mejorar la calidad de vida de las personas.

1.1.4. Factores asociados al Apoyo Psicosocial.

Así pues, con respecto a los factores asociados al apoyo psicosocial Medina et al (2007), en su artículo, plantea que los más relevantes son: Capital Humano, estrés, trauma psicosocial, resiliencia, desastres, redes de apoyo, rehabilitación.

Entendemos por capital humano, al conjunto de habilidades capacidades y competencias, que los individuos adquieren a través del tiempo y lo convierten en un ser productivo para su comunidad, y es uno de los más importantes de salvaguardar en intervenciones de carácter psicosocial, Thurow (1978), define el capital humano como “las habilidades, talentos y conocimientos productivos de un individuo” (p. 35), por su parte el Consejo Nacional para el Control Estupefacientes de Chile [CONACE] (2005), afirma que Capital humano son “los elementos de confianza, la solidaridad, la tendencia a una vida asociativa y, en fin, el establecimiento de redes y relaciones para la construcción y el mantenimiento de la comunidad” (p. 1).

Para Cano (2003), “es el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuales debe dar una respuesta adecuada poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento” (p. 1), es decir, son el proceso mediante el cual el individuo hace frente a una determinada situación, en su diario vivir, destacando que es una respuesta natural de los individuos, que se ve afectada cuando existen estímulos estresores que sobrepasan la capacidad de respuesta de las personas.

Retomando la investigación de Medina et al, (2007), en la cual establece la concepción de trauma psicosocial, en la que manifiesta:

El concepto de trauma psicosocial abarca los siguientes aspectos: la situación traumática incide tanto en las personas que los sufren directamente como sobre el cuerpo social en su conjunto y va a impactar sobre varias generaciones, es importante reflexionar sobre las posibilidades y características de los duelos derivados de múltiples pérdidas vividas en situaciones de emergencia social Las experiencias nuevas, personales o familiares y las de una comunidad, obligan al sujeto y a los grupos en los que éste participa a un trabajo de elaboración; de igual forma lo

traumático puede modificar a veces los sistemas de valores, mitos, fantasías, creencias en el ámbito personal, familiar y social y se articula con los ideales y cadenas de significaciones predominantes (p. 186).

La OMS (2001), se refiere a la resiliencia como “La capacidad de hacer frente a la adversidad mediante el desarrollo de los factores protectores que posee la persona, además se puede hablar de la resiliencia familiar porque ella como ambiente socializador potencia factores de protección” (p.16), por lo que el ente máximo de velar por la salud a nivel mundial, establece que es deber de los gobiernos, las entidades públicas y privadas, y de todos los actores sociales, promover estrategias que tengan por objeto el de mantener y mejorar la resiliencia tanto a nivel individual como colectivo.

Los desastres es un tema en el cual profundizaremos más adelante, pero siendo uno de los factores asociados al Apoyo Psicosocial, tomamos la referencia que plantea Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF] (2005), en donde nos dice que “Se vinculan a amenazas/peligros de orden natural o humano generando factores de vulnerabilidad físicos, sociales, económicos y ambientales” (p. 2), así mismo propone que los gobiernos adscritos promuevan en cada uno de sus territorios, estrategias en la reducción del riesgo de desastre, cambios en las políticas, los planes y los programas de desarrollo sostenible, además de solicitar el apoyo a manera de cooperación y asociación a nivel bilateral, regional e internacional.

La Federación Internacional de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja [FICR] (2015), se refiere a Redes de Apoyo como: “ El conjunto de integrantes de una comunidad con sentido de pertenencia hacia un mismo objetivo, que mediante acciones específicas desarrollan un tejido social que actúa en beneficio de la comunidad” (p. 15), en este documento se establecen tres tipos de red de apoyo o social: Redes de Apoyo Primarias, Redes de Apoyo Secundarias y Redes de Apoyo Institucionales, es así que la intervención psicosocial con respecto a este factor, está encaminada a identificar, implementar en caso de que no hubiesen, mantener y fortalecer, dichas redes, con el afán de que los integrantes de la comunidad cuenten con apoyo en caso de atravesar por una situación de crisis por la presencia de un desastre.

El concepto de rehabilitación, según la Real Academia de la Lengua Española [RAE], (2019), dice: “Conjunto de métodos que tiene por finalidad la recuperación de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad” (p. 1) por su parte Medina et al. (2007), plantea que durante el proceso de atención en desastres la rehabilitación “es la fase final, generalmente está ligada a la salud mental, en terapia psicosocial es la última fase del

proceso de intervención e implica la reinserción del sujeto o la recuperación del individuo o de la comunidad” (p. 186).

En consecuencia podemos manifestar que debido a la diversidad de factores asociados al Apoyo Psicosocial, se requerirá de un equipo multidisciplinario que trabaje de manera coordinada, para realizar cualquier tipo de actividad en este ámbito de asistencia, el mismo que tendrá siempre un enfoque de integrar la parte colectiva con la individual, fomentando siempre la resiliencia y el fortalecimiento de las redes de apoyo.

1.1.5. Efectos de los desastres en la Salud Mental y el Apoyo Psicosocial.

Según UNICEF (2005), los desastres “ya sean de origen natural o por la intervención del hombre, repercuten negativamente en el individuo, la familia, la comunidad y en la sociedad, ocasionando un sinnúmero de problemáticas, acrecentando los riesgos a los que están expuestos” (p. 2), y por ende aumentando el nivel de vulnerabilidad que presentaban antes de la situación de emergencia, en este sentido, la IASC (2007) menciona que si bien el “sistema tradicional de asistencia humanitaria, se enfocaba en cubrir necesidades básicas, tales como: refugio, vestimenta y alimento, que vale recalcar son indispensables para garantizar el bienestar de las personas damnificadas” (p. 6), es en el último medio siglo que ha visto la necesidad de satisfacer necesidades de carácter psicológico y social.

Es así que la FICR (2015), con experiencia en el tema de la asistencia humanitaria frente a situaciones de emergencia, plantean la necesidad de que se priorice “la protección, la manutención, la promoción y el mejoramiento de la salud mental y el bienestar psicosocial en situaciones de emergencia” (p. 106), a través de un marco de intervención multisectorial e interinstitucional que posibilite la coordinación eficaz, y esclarezca como los enfoques de salud mental y apoyo psicosocial pueden integrarse mutuamente, y por consiguiente disminuir los efectos psicológicos y sociales de los eventos adversos a corto, mediano y largo plazo; pues de no ser así estas afectaciones podrían amenazar la integridad y el desarrollo de los pueblos.

La IASC (2007), se establece en 1992 y es el ente principal para facilitar la adopción de decisiones entre organismos, en respuesta a situaciones complejas de emergencia y desastres naturales a nivel mundial (p.1). Este comité en conjunto con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, estableció la “Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia”, documento en el cual se plasma de manera integral la intervención en salud mental y apoyo psicosocial posterior a desastres, en la misma se mencionan lo siguiente:

La expresión salud mental y apoyo psicosocial se utiliza en el presente documento para describir todo tipo de apoyo local o externo cuyo propósito sea proteger o

promover el bienestar psicosocial y/o prevenir u ofrecer tratamiento a trastornos mentales (....). Dado que el presente documento es una Guía intersectorial e interinstitucional, la expresión compuesta salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) sirve para aunar un grupo de agentes tan amplio como sea posible y pone de manifiesto la necesidad de aplicar enfoques diversos y complementarios al proporcionar el apoyo apropiado (p. 1).

Es así que entre los efectos a considerar dentro de SMAPS, posterior a la presencia de una situación de emergencia tenemos: problemas, grupos vulnerables, y recursos; en cuanto a los problemas como efecto en SMAPS, se presenta dos tipos: de carácter predominantemente social o predominantemente psicológico, para una mejor comprensión los establecemos en la tabla 1.

Tabla 1. Tipos de problema como efecto en SMAPS, posterior a un desastre.

PREDOMINANTEMENTE SOCIAL	PREDOMINANTEMENTE PSICOLÓGICO
<ul style="list-style-type: none"> - Problemas sociales preexistentes: extrema pobreza; pertenencia a un grupo que es objeto de discriminación o marginado; opresión política. - Problemas sociales inducidos por la emergencia: separación de los miembros de la familia; desintegración de las redes sociales; destrucción de estructuras comunitarias, de la confianza recíproca y de los recursos; mayor violencia por motivos de género. - Problemas sociales inducidos por la asistencia humanitaria: debilitamiento de las estructuras comunitarias o de los mecanismos de apoyo tradicionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas psicológicos preexistentes: por ejemplo, trastornos mentales graves; abuso de alcohol. - Problemas psicológicos suscitados por la catástrofe: duelo, alteraciones emocionales; depresión y ansiedad, incluyendo al trastorno por estrés postraumático (TEPT). - Problemas psicológicos inducidos por la asistencia humanitaria: ansiedad debida a la falta de información respecto de la distribución de alimentos.

Fuente: Comité Permanente entre organismos – IASC, (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra. IASC.
Elaborado por: Medina, 2019.

Por lo que podemos decir que las problemáticas en SMAPS, no están ligadas únicamente al padecimiento de trastornos mentales relacionados con la exposición extrema a estímulos estresores causados por situaciones de emergencia, sino por el contrario podemos observar a través de la tabla anterior, que las afecciones se dan a nivel integral de los individuos.

Es así que una vez que se presenta un determinado desastre, no todos los subgrupos poblacionales resultan afectados en la misma medida IASC (2007), esto se debe a varios factores de carácter, biológico (sistemas inmunológicos fuertes, buena condición física, nutrición adecuada, buena herencia genética, etc.), psicológico (mecanismos adecuados de afrontamiento, inteligencia emocional desarrollada, facilidad de relaciones interpersonales, etc.) y social (Redes de apoyo sólidas, órganos de gobierno eficaces, sistemas sanitarios efectivos, etc.) (FICR, 2009), por ende la situación de riesgo en salud mental y apoyo psicosocial, que las emergencias provocan en estos colectivos sociales estarán relacionados, en función de la naturaleza de la crisis. A continuación se indican algunos grupos de atención prioritaria que podrían presentar un mayor nivel de vulnerabilidad de acuerdo a sus características (ver Tabla 2):

Tabla 2. Grupos de atención prioritaria y sus factores de riesgo.

Grupo vulnerable	Factor de riesgo
Mujeres	Embarazadas, madres solteras, viudas y, en algunas culturas, mujeres adultas solteras y adolescentes.
Hombres	Excombatientes, hombres desempleados que han perdido los medios de mantener a sus familias, hombres jóvenes que corren riesgo de detención, secuestro o de ser blanco de violencia.
Niños, niñas y adolescentes	Desde el nacimiento hasta los 18 años de edad, entre ellos niños separados o no acompañados (incluidos huérfanos), niños reclutados o utilizados por grupos armados, niños que han sido objeto de trata, niños en conflicto con la ley, niños que realizan trabajos peligrosos, niños que viven o trabajan en las calles.
Adultos Mayores	Especialmente, cuando se encuentran estado de abandono y estado de extrema pobreza.
Personas en condición de movilidad humana.	Personas internamente desplazadas (PID), inmigrantes en situación Irregular (especialmente mujeres que han sido objeto de trata y niños que carecen de documentos de identificación).
Personas con discapacidad.	De índole física o mental.

Fuente: Comité Permanente entre organismos – IASC, (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra. IASC.
Elaborado por: Medina, 2019.

Finalmente, para una mayor comprensión de los efectos que los desastres provocan en SMAPS, el personal que brinda asistencia humanitaria tiene que ser consciente de los

recursos con los que cuentan las, personas, las familias, las comunidades y la sociedad en general, la naturaleza y la magnitud de los recursos disponibles, la accesibilidad en función de la edad, el género, el contexto sociocultural y el ámbito de la emergencia, esto con el afán de encaminar de la mejor manera las intervenciones en este ámbito y no generar conflicto al momento de ejecutar las mismas.

1.2. Desastres - Definición y clasificación.

Los eventos adversos o destructivos han representado para la humanidad a lo largo de la historia una problemática que va más allá de las afecciones físicas, biológicas y sociales, tanto a nivel colectivo como individual; y con esto nos referimos a que la investigación científica con respecto a establecer un concepto y una caracterización de los mismos, difiere mucho entre varios expertos en la temática, utilizando entre los más destacados: desastre, catástrofe, emergencia y accidente (Villalibre, 2013), es así que en el presente apartado, se pretende recoger varios de estos conceptos y establecer un consenso.

Etimológicamente la palabra desastre proviene del provenzal *desastrum*, compuesta de los sufijos en latín, *des* (falta, pérdida) y *astrum* (astro, estrella), que indica la mala estrella o fortuna (Villalibre, 2013), en este sentido históricamente hablando se atribuía la generación de los desastres a fenómenos astrológicos o causados por los dioses, dependiendo de la cultura en donde se desarrollaban.

Es así que uno de los principales expertos en establecer un concepto con respecto al desastre fue el sociólogo Charles Fritz (1961), el que nos plantea que es un evento, concentrado en tiempo y espacio, en el cual una sociedad, relativamente autosuficiente, sufre un daño severo e incurre en las pérdidas humanas y físicas, cuya estructura social se ve interrumpida e impedido el cumplimiento de todas o algunas de las funciones esenciales de la misma (p. 4).

Por su parte Nicolás, Artetxe, Jáuregui, y López (2000), nos mencionan que un desastre es un suceso de crisis que produce estrés severo y que desborda la capacidad de responder de modo adaptativo de una sociedad en su conjunto o incluso de unos pocos núcleos familiares o individuos aislados, más allá de los límites de la vida cotidiana (p. 6).

Complementando las concepciones anteriores, la Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres [UNISDR] (2009) plantea el concepto de desastre como: “un evento que ocasiona una gran cantidad de muertes al igual que pérdidas e impactos materiales, económicos y ambientales que exceden la capacidad de la comunidad o la sociedad afectada para hacer frente a la situación” (p. 13 - 14).

Es así que tras haber establecido algunos de los términos más representativos acerca de desastre, podemos establecer que, son un evento que se presenta en un determinado momento, el mismo que ocasiona daños severos a nivel individual y colectivo, sobrepasando la capacidad de respuesta de quien o quienes lo padecen, afectando en este sentido los ámbitos social, biológico y psicológico.

Una vez aclarado lo que es desastre, existen varios autores que clasifican a estos a través de perspectivas cuantitativas, cualitativas y basadas en ciencias sociales Valero et al (2001), es así que a continuación presentamos dicha clasificación:

Accidente: según la perspectiva cuantitativa de Aptekar (1994) “se aplica a situaciones en las que mueren menos de un millar de personas” (p. 32), en cuanto a perspectiva basada en las ciencias sociales de Britton (1986), esta se encontraría en el menor nivel de estrés colectivo y “sólo cabría considerar un tipo de ruptura muy localizada sobre un grupo específico de víctimas (...) pero no sobre los niveles sociales de mayor población”(p. 264).

Emergencia: para López (1997), desde un punto de vista cualitativo manifiesta que son “eventos adversos que consistirían en situaciones diarias de poca importancia” (p. 35), para Britton (1986) en cambio sería “una ruptura de carácter localizado” que interfiere sobre las actividades en curso de determinadas personas implicadas (las víctimas), y además, provoca también cierta ruptura sobre otras “personas periféricas”.

Desastre: retomando la perspectiva cuantitativa de Aptekar (1994), es “cuando la cifra de fallecidas y fallecidos o víctimas en peligro inminente de muerte se calcula entre mil y un millón” (p. 32), según López (1997) ya abarcan a sectores más amplios de una comunidad y su resolución supone una mayor infraestructura, finalmente Britton (1986) menciona que es un suceso con mayor estrés colectivo y con una amplia y casi completa ruptura de todos los procesos sociales, estructura social e interacciones primarias y secundarias y una amplia destrucción de la infraestructura funcional (edificios, redes de comunicación y de apoyo Social).

Catástrofe: Según Aptekar (1994), es un evento adverso en donde se contabilizan un número de víctimas superior al millón, por otro lado López (1997) manifiesta que las consecuencias destructivas están aún más extendidas, afectan a un mayor número de personas y bienes y por tanto suponen un gran esfuerzo de coordinación y organización global.

1.2.1. Desastres en Latinoamérica.

A continuación recogeremos la información de varios artículos con respecto a tres eventos destructivos que tuvieron lugar en países de Latinoamérica, específicamente Perú, Haití y Chile, se han tomado estos tres ejemplos, debido a las consecuencias que los mismos tuvieron sobre la población, además otro de los criterios de selección, fue el hecho de que en los tres se desarrollaron e implementaron estrategias de intervención en el ámbito psicosocial.

1.2.1.1. *Las emergencias humanitarias y catástrofes como oportunidades estratégicas de cambio en los sistemas de salud mental. El caso del Plan Regional de Salud Mental de Huancavelica (Perú).*

“La puesta en marcha y evolución de este proyecto evidencia cómo una intervención de emergencia tras el terremoto que asoló el centro de Perú el 15 de agosto del 2007, derivó a mediano plazo en un proyecto de desarrollo” (Kohan & et al, 2010), así inicia el estudio realizado por un grupo de expertos pertenecientes a la fundación Médicos del Mundo, los mismos que han venido desarrollando procesos para la elaboración y puesta en marcha de proyectos enfocados en Salud Mental y Apoyo Psicosocial en varios países.

En el informe preliminar que el Instituto Geofísico del Perú presenta en 2007, brinda información detallada de las características del desastre,

El sismo con origen en el proceso de convergencia de placas, ocurrió el día 15 de Agosto de 2007 con una magnitud de 7.0ML (escala de Richter) y 7.9Mw (escala Momento), denominado como “el sismo de Pisco” debido a que su epicentro fue ubicado a 60 km al Oeste de esta ciudad Tavera, Bernal, Salas (2007) (p.1).

Si bien el evento no fue uno de los que más víctimas mortales dejó (600 aproximadamente) (Tavera, Bernal, & Salas, 2007), si fue uno de los más destructivos, estructuralmente hablando, el terremoto de Pisco dejó daños en 5 regiones (Ica, Lima, Ayacucho, Huancavelica y Junín) y en la provincia constitucional del Callao a 221 mil personas afectadas y derrumbó más de 52 mil viviendas, sobre todo en la ciudad de Pisco (García - Bendezú, 2017).

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD] (2009) , fue uno de los entes de asistencia que brindó el apoyo desde las etapas iniciales del evento como tal, ellos concuerdan en que a pesar de no haber sido uno de los más trágicos con respecto a la mortalidad de los damnificados, si dejó secuelas negativas con respecto al ambio social y psicológico, pues se vieron afectados en gran medida los sistemas sanitarios locales, afecto gravemente a la redes de apoyo institucionales, sus medios de vida se vieron afectados, esto

por nombrar algunos daños, en cuanto al aspecto psicológico los damnificados estuvieron expuestos a una condición de estrés extrema, principalmente ocasionada por las pérdidas materiales (p.1).

En este sentido y como se mencionó a inicios de este apartado, fueron estos los motivos principales para que los autores del artículo mencionado con anterioridad, propusiesen a través de un diagnóstico integral la implementación de un plan regional de salud mental, tomando como punto de referencia a la región de Huancavelica, si bien el presente proyecto ha venido identificando algunas limitantes de carácter social, principalmente ligadas a factores económicos y de gobernanza, es una iniciativa, que ha visto muy buenos resultados en la atención integral a la salud mental enfocándose principalmente a fortalecer las redes de apoyo a nivel comunitario y a brindar el seguimiento a personas que han presentado algún trastorno mental a raíz del evento traumante del “Terremoto del Pisco”.

1.2.1.2. ***Haití: hacia un sistema de salud mental comunitario tras la emergencia.***

En el capítulo que refería a los efectos causados en Salud y Mental y Apoyo Psicosocial (SMAPS), pudimos ver que existen riesgos que suelen estar presentes mucho antes de que en una determinada población se presente un desastre, y esto es un ejemplo palpable en el caso del terremoto de Haití, pues:

La presencia de un sistema de salud deficiente el cual depende de un financiación principalmente de la cooperación internacional, en el cual casi el 50% de la población no tenía en 2010 acceso a los servicios de salud, con índices de analfabetismo que superan el 40% de la población mayor a 10 años, con una población de aproximadamente el 71% que vivió con menos de dos dólares por día (Basauri & Abaakouk, 2010).

Era lógico pensar en las repercusiones que un desastre como el terremoto suscitado el 12 de enero de 2010 con una magnitud de 7.3 grados en la escala de Richter, con epicentro a 10km al suroeste de Puerto Príncipe, la capital del país y valorado con una intensidad de grado IX en la escala sismológica de Mercalli (Salhi Tomasetti, 2016), causaría en una población como la de Haití, especialmente en el aspecto de la salud mental y el bienestar psicosocial, pues fue esta una experiencia para que instituciones como la OMS, UNICEF, PNUD, FICR, entre otras, reestructuren sus modelos de asistencia humanitaria dejando de lado en cierta manera un modelo paternalista, para que se enfoquen en fortalecer las habilidades comunitarias de las poblaciones afectadas por un desastre.

El principal objetivo del artículo aquí mencionado era el de informar como el país a través de metodologías (IESM/OMS) de OMS, evaluó y creó un marco de política de salud mental, estando actualmente inmerso en el desarrollo de un plan estratégico de salud mental que permita descentralizar los recursos y diseminar el componente de salud mental a través de la atención primaria de salud, así como incorporar ese componente a los hospitales generales (Basauri & Abaakouk, 2010). Enfocándose en fortalecer equipos comunitario de salud mental, que también sirvan de apoyo y supervisión para los equipos de atención primaria de salud.

1.2.1.3. ***Estrategias de intervención en salud mental post terremoto y tsunami de Chile 2010: aprendizajes y desafíos desde la atención primaria.***

Fue en 2010, que se registra a nivel de las Américas un nuevo incidente esta vez el “27 de febrero un terremoto de magnitud 8,8 en la escala MW. El epicentro se situó en la costa de la región del Maule, aproximadamente a 8 km al oeste de Curanipe y 115 km al noreste de Concepción” Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2010) (p. 5).

Este evento a diferencia del de Haití, no tenían las mismas características, pues si bien ambos tuvieron una fuerte connotación en el aspecto de Salud Mental y Bienestar psicosocial, Chile, es catalogado un país sísmico, pues debido a continua presencia de este tipo de eventos la población ha desarrollado un mayor grado de resiliencia, además factores como una economía relativamente fuerte, sistemas sanitarios y de respuesta capacitados, fueron claves para brindar una primera asistencia a nivel de Salud Mental y Apoyo psicosocial eficaz.

Pero sin lugar a dudas “la experiencia chilena confirma el rol central que pueden cumplir los equipos de atención primaria para proteger y recuperar la salud mental desde los primeros días posteriores a situaciones de emergencia y desastre” Minoletti, Grandón, Jiménez y Saldivia, (2010) (p.35), pero también fue una oportunidad para ratificar que dichos roles solo pueden ser cumplidos a cabalidad siempre y cuando el personal que brinda asistencia disponga de guías sobre como intervenir en SMAPS, después de la manifestación de un desastre, además de la presencia solida de una cultura en la gestión del riesgo y todo lo que esto conlleva.

1.2.2. **Desastres en Ecuador.**

“Ecuador, es un país lleno de bondades por sus características geológicas, topográficas y climáticas, pero también es un país donde no estamos exentos a la

manifestación de eventos que puedan poner en riesgo la vida de nuestra población” SGR (2018) (p. 3).

Históricamente hablando, el Ecuador ha sido víctima de un gran número de desastres tanto de carácter natural como ocasionados por la intervención del hombre, mismos que van desde, inundaciones, sequías, heladas o efectos del fenómeno El Niño, que según datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO] (2011), es debido principalmente a su ubicación “dentro del cinturón de bajas presiones que rodea el globo terrestre, en la zona de convergencia intertropical, un área sujeta a amenazas hidrometeorológicas” (p. 2), hasta la presencia de volcanes activos, sismos y terremotos debido de igual manera a su ubicación, pues esta se caracteriza por ser “una de las zonas de más alta complejidad tectónica del mundo, en el punto de encuentro de las placas de Nazca y Sudamérica” (p. 2), siendo parte del llamado “cinturón de fuego del Pacífico”.

En cuanto a desastres causados por el hombre tenemos los siguientes: fenómenos de movilidad humana (migración) por carencia de recursos económicos, derrames de petróleo, aluds, deslizamientos de tierra y erosión por explotación de recursos, entre otros, a continuación se presenta una tabla en la cual se representa los principales desastres que se han presentado en el país:

Tabla 3. Principales desastres naturales en el Ecuador (1982-2008)

Desastre	Año	Principales efectos sociales y económicos
Fenómeno El Niño	1982	307 fallecidos, 700 000 afectados, carreteras destruidas.
Terremoto en la región amazónica	1993	3 500 fallecidos, 150 000 afectados, rotura de oleoductos y daños estimados en 890 millones de USD.
Deslizamiento la Josefina.	1993	100 fallecidos, 5 631 afectados, 741 viviendas destruidas, graves daños en cultivos, infraestructuras públicas y red vial, pérdidas económicas directas estimadas en 148 millones de USD.
Fenómeno del niño	1997 – 1998	293 fallecidos, 13 374 familias afectadas, daños estimados en 2 882 millones de USD (equivalente al 15% del PIB de 1997).
Erupción del guagua pichincha	1999	2 000 personas desplazadas, daños en la salud y cierre del aeropuerto de Quito.
Erupción del volcán Tungurahua.	Desde 1999	En 1999: 20 000 evacuados, pérdidas estimadas en 17 millones de USD en el sector agrícola y en 12 millones en el turístico. Desde 2001, 50 000 personas evacuadas y

		daños en la salud de los afectados por las emisiones de ceniza, graves pérdidas económicas.
Inundaciones en gran parte del país	2008	62 fallecidos, 9 desaparecidos, 90 310 familias afectadas, carreteras destruidas, 150 000 hectáreas de cultivos perdidos, daños incalculables.

Fuente: Jordán & Asociados, Estudio: desastres naturales y tenencia de la tierra de los pobres, 2008.
Elaborado por: Medina, 2019.

1.2.2.1. ***Terremoto del 16 de abril del 2016 en la región Norte del Litoral (Manabí y Esmeralda).***

La información que presentamos a continuación fue una de las primeras emitidas de carácter oficial, por una institución pública competente, con respecto al evento sucedido el día sábado 6 abril de 2016:

A las 18:58 hora local, Ecuador fue sacudido por un sismo que alcanzó una magnitud de 7.8 en la escala de Richter con epicentro en el cantón Pedernales, el cual afectó a las provincias de Esmeraldas, Manabí, Guayas, Santa Elena, Los Ríos y Santo Domingo, SGR (2016 b) (p. 4).

Sin lugar a dudas el terremoto que posteriormente se lo denominó, “Terremoto del 16A”, fue uno de los desastres que mayor conmoción ha generado en el país en la última década, pues al igual que en otros desastres de similares características, se pudo comprobar que a nivel de país existen deficiencias en el sistema de respuesta frente a desastres, en el informe de situación nro. 71 emitido por la Secretaria de Gestión de Riesgo se establecieron los siguientes datos, 663 personas fallecidas, 9 personas desaparecidas, 6.274 personas heridas y otras afectaciones directas, 113 Personas rescatadas con vida, 28.775 personas albergadas (SGR, 2016 a).

Las actividades enfocadas a cubrir necesidades en el ámbito de Salud Mental y Bienestar Psicosocial, estuvieron lideradas por la Mesa Técnica nro. 2, a cargo del Ministerio de Salud Pública, en la misma trabajaron Ministerios, ONGs, Universidades, entre otros, las mismas estuvieron enfocadas principalmente a brindar asistencia en procesos de duelo, intervención en crisis, fortalecimiento de redes de apoyo, organización comunitaria, trabajo en grupos de apoyo mutuo (SGR, 2016 a), esto por nombrar algunas actividades.

1.2.3. Intervención en Salud Mental y Apoyo Psicosocial en desastres.

“Responder a las necesidades psicológicas de las personas afectadas por las crisis ha pasado a ser una preocupación primordial en la asistencia humanitaria internacional” FICR (2011) (p. 8), y esto se ha visto reflejado como se lo explica en apartados anteriores por el

hecho de brindar el apoyo necesario a las personas más próximas a los desastres pues son estos quienes corren más riesgos de “padecer trastornos físicos y psicológicos o alteraciones en su funcionamiento mental y a adoptar comportamientos sociales” FICR (2011) (p. 9).

El IASC (2007), en su guía de atención manifiesta que todavía son pocas las pruebas científicas de cuáles son los apoyos a la salud mental y al bienestar psicosocial más eficaces en situaciones de emergencia. La investigación al respecto, en su mayor parte, se ha realizado meses o años después de finalizar la etapa aguda de la catástrofe. A medida que esta especialidad se vaya consolidando, la base de investigación se ampliará, y lo propio ocurrirá con la experiencia sobre el terreno que acumulen los profesionales. Para incorporar los conceptos que vayan surgiendo, será preciso que esta publicación se vaya actualizando periódicamente (p. 2).

En este sentido el presente escrito pone a consideración algunos de los tipos de intervención más representativos que se realizan a nivel de SMAPS:

Osorio y Díaz (2012), plantean tres tipos de intervención: 1) Intervenciones basadas en el tiempo, 2) Intervenciones por niveles de acción o esferas, 3) Intervenciones centradas en las personas (enfoques comunitarios), estos se detallan a continuación:

Intervenciones basadas en el tiempo, se centran “por un lado, dando prioridad a las reacciones o consecuencias de la población frente al desastre; y por el otro, a las acciones que pueden realizar los profesionales desde un marco institucional” (Osorio y Díaz, 2012) (p. 73), y establecen sus planes de acción en función de la fase en la que se encuentra el desastre.

Intervenciones por niveles de acción o esferas, “consisten en una serie de acciones mínimas e integrales, desde distintos sectores de la ayuda humanitaria, hacia distintos tipos de necesidades de la población afectada” (Osorio y Díaz, 2012) (p. 74), por lo que es indispensable contar con un equipo multidisciplinario con vasta experiencia que se rijan a cubrir las necesidades específicas en su ámbito de acción.

Intervenciones centradas en las personas (enfoques comunitarios), estos tipos de intervención por su parte proponen fortalecer las capacidades tanto a nivel individual como colectivo, generando estrategias de promoción, prevención, atención y recuperación en SMAPS, por lo que “buscan empoderar a los individuos y a las comunidades afectadas por los desastres, con el fin de que puedan integrarse a las actividades de ayuda y desarrollo promovidas por profesionales e instituciones” (Osorio y Díaz, 2012) (p. 75).

En conclusión, podemos decir que independientemente del tipo de intervención por el cual opte, el personal que brinda asistencia en SMAPS, es indispensable que este cuente con la suficiente preparación técnica y experiencia necesaria, pues los contextos de emergencia suelen generar cargas de estrés extremas, debido a las características en las que obviamente se encuentran posterior a la presencia de un desastre.

1.2.4. Niveles de Intervención en Apoyo Psicosocial.

“En las emergencias, las personas resultan afectadas de diferentes maneras y requieren diferentes tipos de apoyo. Una clave para organizar los servicios de salud mental y apoyo psicosocial es establecer un sistema en múltiples niveles de apoyos complementario que satisfagan las necesidades de grupos diferentes” IASC (2007), como podemos observar en la pirámide a continuación:



Figura 1. Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias.

Fuente: Comité Permanente entre organismos – IASC, (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia. Ginebra. IASC
Elaborado por: Medina, 2019.

Servicios básicos y seguridad. Este nivel se enfoca en cubrir como su nombre lo manifiesta, las necesidades más básicas para el restablecimiento de la funcionalidad normal de las personas después de atravesar por un desastre, entre las actividades principales están, brindar: alimentos, albergue, abastecimiento de agua, atención primaria en salud, etc., además promoverá que el estado garantice estos servicios. Es importante recalcar que el

personal en SMAPS, deberá implementar metodologías dinámicas e inclusivas, para que la comunidad se sienta parte del proceso de recuperación.

Apoyos de la comunidad y de la familia. “Corresponde a la respuesta de emergencia para un número más pequeño de personas que están en condiciones de mantener su salud mental y su bienestar psicosocial” IASC (2007), a través del fortalecimiento de sus redes de apoyo, las respuestas que se pueden realizar son: rastreo y reunificación de la familia, asistencia en los duelos y ceremonias comunitarias de reparación, difusión masiva a través de medios de comunicación sobre posibles métodos de hacer frente a la situación, programas de apoyo a padres y madres para resolver problemas con los hijos, actividades de educación escolar y extra escolar, actividades para proporcionar nuevos medios de vida y activación de redes sociales, por ejemplo, mediante grupos de mujeres y grupos de jóvenes.

Apoyos focalizados, no especializados. Esta intervención la puede realizar si bien no personal especialista en SMAPS, pero si personal relacionado al ámbito de la salud capacitados y supervisados, este nivel también incluye los elementos de primeros auxilios psicológicos y de atención básica en salud mental brindados por agentes de atención primaria de salud.

Servicios especializados. “Esta asistencia debería incluir apoyo psicológico o psiquiátrico para personas que padecen trastornos mentales graves, cuando sus necesidades sean superiores a las capacidades de los servicios de atención primaria de salud y salud en general existentes” IASC (2007). Esta atención estará enfocada a:

- a) remisión a servicios especializados, si estos existen; o bien
- b) iniciación de la capacitación a más largo plazo y supervisión de agentes de atención primaria de salud y de salud en general.

Si bien los servicios especializados sólo son necesarios para un pequeño porcentaje de la población, en la mayoría de las emergencias de gran magnitud, este grupo puede estar constituido por miles de personas.

1.3. Participación de voluntarios en Apoyo Psicosocial.

1.3.1. Antecedentes.

Si bien en apartados anteriores hemos manifestado la importancia de la intervención en SMAPS post-desastres a cargo de personal sanitario especialista, el presente capítulo pretende destacar el valor significativo que representa el trabajo que desarrolla el personal voluntario en estos escenarios, es así que para contextualizar de mejor manera este apartado,

tomamos en consideración algunos conceptos como el que nos presentan Pérez, García y Sepúlveda (2012), quienes manifiesta que: “Un voluntario es aquella persona que de modo continuo, desinteresado y responsable, dedica parte de su tiempo a actividades en beneficio de la comunidad, organizadas desde un proyecto desarrollado por una entidad determinada” (p. 51).

Por su parte la legislación española (2015), plantea al voluntariado como un conglomerado de actividades de interés general desarrolladas por personas, siempre que reúnan los siguientes requisitos: “1) Que tengan carácter solidario; 2) Que su realización sea libre, sin que tengan su causa en una obligación personal o deber jurídico y sea asumida voluntariamente. 3) Que se lleven a cabo sin contraprestación económica o material” (p. 24).

Es así que la generosidad, el sentido altruista, el compromiso, el sentido humanitario entre otros, son valores que todo voluntario debería poseer, para realizar cualquier actividad de esta índole, independientemente del campo en el que se desarrolle.

Por su parte la FICR (2011), manifiesta que: “Cuando ocurren emergencias, los voluntarios brindan primeros auxilios, rescatan a personas de edificios derrumbados, conducen ambulancias, desafían crecidas e inundaciones entregan cartas a presos, realizan campañas de vacunación y consuelan a quienes necesitan ayuda” (p. 5), es decir el sistema de voluntariado fortalece la capacidad de resiliencia de las comunidades, además de ampliar el campo de acción en cuanto a la asistencia por parte de los gobiernos locales.

Sin embargo la bibliografía científica referente a la labor humanitaria que estos desarrollan a nivel general y específicamente en el contexto de desastres a lo largo del mundo es escasa, la Organización Internacional del Trabajo [OIT] (2011), plantea varios factores acerca de la importancia de realizar investigación científica referente a este ámbito, pues manifiesta que el voluntariado es:

Una fuente renovable fundamental para resolver los problemas sociales y de medio ambiente en todo el mundo. La magnitud de dicho trabajo es enorme, y la contribución a la calidad de la vida en todos los países reviste aún mayor importancia. A pesar de esto, se han consagrado pocos esfuerzos continuados a la medición de este tema (p. 10).

En el manual de medición del trabajo voluntario la Organización de las Naciones Unidas [ONU], alienta a los gobiernos a que “con el apoyo de la población civil constituyan una base de conocimientos sobre el tema, a divulgar la información y desarrollar la investigación sobre otras cuestiones relacionadas con el voluntariado, en especial en los países en desarrollo” (p. 10), en este sentido se ratifica la importancia de generar

documentación científica acerca de las actividades que desarrolla de manera voluntaria la población civil, especialmente en el contexto de emergencias y en particular en el ámbito de SMAPS.

Es así que son varias las organizaciones que cuentan con personal voluntario enfocado en SMAPS, según el Centro de Referencia para la Prestación de Apoyo Psicosocial [Centro PS] (2015), manifiesta que brindar una respuesta efectiva a:

“necesidades psicológicas de las personas afectadas por las crisis ha pasado a ser una preocupación primordial en la asistencia humanitaria internacional. Pues la necesidad de aplicar este enfoque se sustenta en los resultados de investigaciones que demuestran que las personas más próximas a las catástrofes corren más riesgos de padecer trastornos físicos y psicológicos o alteraciones en su funcionamiento mental y a adoptar comportamientos asociales” (p. 6).

La FICR (2015), en el ámbito de Salud Mental y Apoyo Psicosocial, manifiesta que los voluntarios realizan actividades como: “dar orientaciones para enfrentar el duelo, informar sobre las reacciones normales y anormales ante el estrés, entrenamiento para manejar el estrés, orientación para grupos de padres de niños afectados y otras intervenciones centradas en comunidad” (p. 10), por consiguiente es indispensable la implementación de actividades en el contexto de SMAPS, enfocadas tanto a brindar bienestar a los damnificados, como a la autoprotección del personal voluntario en contextos de desastre.

Benítez (2008), manifiesta que en Ecuador, a través de la historia al voluntariado se lo ha venido observando como “una experiencia desde la caridad y la filantropía, muy cercana a grupos religiosos o de niveles socioeconómicos medios altos” (p. 5), sin embargo el mismo autor plantea que en la actualidad este fenómeno social ha evolucionado por así decirlo, hacia un conjunto de actividades que promueven el desarrollo de las poblaciones en las intervienen “un voluntariado como ejercicio de participación ciudadana y democracia, que transforma las realidades sobre las que trabaja, pero que también transforma las mentes y corazones de los voluntarios; un voluntariado mucho más técnico, profesional y planificado, pero sobre todo humano” (p. 5).

Es así que de esta última referencia, destacamos la importancia del trabajo voluntario específicamente en la transformación de comportamientos y la satisfacción de necesidades psicológicas y sociales, tanto a nivel personal como en las poblaciones en las que trabajan, es decir el trabajo voluntario encaminado a la atención en salud mental y apoyo psicosocial; en nuestro país son varias las instituciones tanto a nivel público o privado que brindan

asistencia en este ámbito, sin embargo dicho trabajo no ha sido cuantificado de manera científica.

En el último informe desarrollado por Benítez (2008), con respecto al trabajo voluntario en el Ecuador, se establecen algunas categorías con respecto a los campos de acción en los que el voluntariado desempeña actividades, en dicho estudio se destacan dos áreas: de la población estudiada un 20.43% se dedican a actividades en salud y un 34.41% a actividades de Educación, salud, y desarrollo comunitario (p. 40) , pero no se identifica el área de SMAPS de manera específica, pudiendo ser involucrada en las dos líneas de acción antes mencionadas dependiendo de las actividades voluntarias que se realicen y específicamente en contextos de desastre.

1.3.2. Motivación e impacto en voluntarios participantes en desastres.

En este apartado trataremos de establecer los parámetros que influyen en la participación de personal voluntario en contextos de desastre, y como estos se ven influenciados con respecto a dicha actuación, según Mitchell (1982) “El grado en que un individuo quiere y decide participar en determinadas acciones” (p. 84), por su parte Latham y Pinder (2005), plantean a la motivación como un “Proceso psicológico resultante de la interacción entre el individuo y el medio ambiente” (p. 493), por ende podemos plantear a la motivación como a un conjunto de factores extrínsecos e intrínsecos, que predisponen a un individuo a realizar determinada actividad.

Tomando como referencia la de Clary et. al. (1998), en la que pone de manifiesto seis funciones de relevancia para el voluntariado: “Los valores, la comprensión, la mejora, la carrera, lo social y la Protección” (p. 1518), y en la cual se basa el Inventario de Funciones del Voluntariado – IFV, uno de los instrumentos de medición utilizado en la presente investigación, es decir que la motivación de los voluntarios en SMAPS, estará relacionada a los seis factores mencionados anteriormente.

Además en el estudio realizado por Fletcher y Major (2004), cuyo objetivo fue identificar la diferencia en la percepción de hombres y mujeres con respecto a la importancia que los mismos le asignaban a los seis factores del IFV, el instrumento fue aplicado a 51 estudiantes de medicina en Estados Unidos, en donde el hallazgo fundamental de la investigación es que, tanto los hombres como las mujeres calificaron los *valores* y la *comprensión* como relativamente importante, asimismo en una aplicación del IFV a 126 estudiantes universitarios en Singapur, que realizan actividades de voluntariado en el ámbito deportivo demostró que la población examinada, reveló mayor interés en las funciones de “valores” y “comprensión” ubicando en un tercer lugar a la función de “protección”, (Chew & Pyun, 2015).

Por otro lado en la aplicación del IFV, a 176 voluntarios colombianos se observa ya una diferencia con respecto a que funciones se ven priorizadas por la población de estudio, pues estos otorgan mayor importancia a las funciones de “valores” y “carrera” (García, 2012), por su parte el estudio realizado por Dávila y Chacón (2005), en la cual participaron 395 voluntarios de nacionalidad española, de 49 organizaciones diferentes, demuestra que la población de estudio asignó mayor importancia a las escalas de “carrera” y “comprensión”, siendo este el resultado que más difiere en relación a los ya descritos anteriormente, en un estudio realizado por Bojórquez Santiago (2017), en el que se dio la participación de 143 voluntarios de distintas organizaciones públicas y privadas del estado de Oaxaca – México, se descubrió que el motivador más importante es el de “carrera” y el de “mejora”, dando por sentado que en estos últimos tres estudios todas las poblaciones establecen a la función de “carrera”, como uno de los principales factores de motivación para la realización de actividades de voluntariado.

Abeldaño y Fernández (2015), manifiestan que son varios los factores de los que depende el impacto en las personas posterior a un desastre, pero están inmersos en las siguientes categorías: a) La naturaleza del evento; b) Las características de la personalidad y la vulnerabilidad de las personas afectadas; c) El entorno y las circunstancias.

La naturaleza del evento.- Los eventos que pueden producir un mayor impacto son los inesperados, los ocasionados por el hombre, los que implican una situación de estrés prolongada y de afectación colectiva; ya que algunos como los terremotos o los aludes no dan tiempo al despliegue de estrategias de prevención individuales o colectivas y, en consecuencia, pueden generar sentimientos de impotencia y reacciones emocionales en busca de algún culpable, inhibiendo de alguna manera la capacidad de reflexionar y tomar decisiones acertadas (Abeldaño & Fernández, 2015).

Las características de la personalidad y la vulnerabilidad de las personas afectadas.- Se pueden encontrar grupos etarios más vulnerables que otros, como los niños o las personas de edad más avanzada. Sobre la edad y el género deben considerarse las características de la población afectada, en virtud de que el impacto de una catástrofe va a tener diferentes consecuencias para niños, adolescentes o adultos mayores, como también serán diferentes los recursos de afrontamiento y las necesidades psicosociales. Las necesidades de mujeres y hombres también van a diferenciarse de acuerdo a los roles que desarrollen dentro de los entornos sociales y étnicos en donde vivan (Silverman & La Greca, 2002).

El entorno y las circunstancias.- Si bien los desastres no escogen a las víctimas, es evidente que en muchos casos afecta más duramente a las familias de las comunidades más

pobres, quienes sobrellevan situaciones de vulnerabilidad social; esto puede derivar en serias limitaciones de acceso a los servicios sociales y a los servicios de salud (Abeldaño & Fernández, 2015).

El centro PS de la FICR, manifiesta en su Manual de Referencia de Apoyo psicosocial (2015), que:

El trabajo con las personas más vulnerables, en este caso aquellas que se ven afectadas por una situación de emergencia que conlleva pérdidas humanas y materiales, nuestros voluntarios/as se ven expuestos a expresiones de dolor, sentimientos de impotencia, sufrimiento (...), en definitiva, a situaciones altamente estresantes que pueden repercutir en su bienestar personal, rendimiento en posteriores intervenciones y en su entorno social y familiar (p. 86).

Es decir que el personal voluntario que brinda asistencia humanitaria en contextos de desastres por lo general se ve expuesto a altos niveles de estrés, producidos por las condiciones del evento adverso, por lo que resulta importante identificar de manera sistemática dicho impacto en el personal que brinda asistencia en SMAPS, con el objetivo de establecer mecanismos que permitan proteger la integridad de los voluntarios en caso de que este fuese negativo y por otro lado fomentar buenas prácticas de actuación en caso de que el impacto fuese positivo.

1.3.3. Formación de Voluntarios en apoyo psicosocial.

Como ya hemos mencionado, la intervención del personal voluntario que brinda servicios en Salud Mental y Apoyo Psicosocial es de gran valía en contextos de desastre, y es precisamente por este motivo que dicho capital humano tiene que contar con los conocimientos teóricos y prácticos adecuados, para desempeñar un papel efectivo en la intervención en crisis, y es a través de procesos de capacitación y formación dictaminados por instituciones y personal calificado que se puede garantizar y certificar la idoneidad de los individuos para su puesta en práctica en terreno, el IASC (2007), manifiesta que:

Si bien el contenido de la capacitación puede tener algunos componentes similares en distintos tipos de emergencia, la mayoría de elementos debe modificarse en función de la cultura, el contexto, las necesidades y las capacidades de la población local y la situación y no pueden transferirse automáticamente de una emergencia a otra (p. 90).

Por ende es de vital importancia que al momento de implementarse estrategias de capacitación para el personal voluntario en SMAPS en contextos de desastres, se tomen en cuenta algunas consideraciones tales como: quienes recibirán las capacitaciones, modalidad

de aprendizaje, contenidos a tratar, metodología de enseñanza, entre otras, pues en caso de que los voluntarios no contasen con la suficiente preparación podrían ocasionar daños graves a la población intervenida, así como desprestigio a la institución a la que representan.

“La capacitación básica puede organizarse mediante Talleres o Seminarios breves de formación, seguidos por un trabajo de apoyo y supervisión permanentes” IASC (2007), en esta sección se pone de manifiesto que además de la capacitación al personal voluntario, las organizaciones que desarrollan actividades en SMAPS deben contar con personal especialista en esta línea de acción, capaz de direccionar los procesos, brindar apoyo técnico y realizar actividades de seguimiento con herramientas validadas científicamente, que permitan medir de manera objetiva el impacto de las intervenciones en las poblaciones afectadas por eventos adversos, es así que para la capacitación de los voluntarios, este organismo plantea las siguientes acciones:

1. Preparar un plan de capacitación estratégico, integral, oportuno y realista: “Todas las organizaciones en tareas de SMAPS deberían contar con él” (IASC, 2007) el mismo tendrá que ser coordinado, estará encaminado a cubrir necesidades, además de estar acorde a los recursos con los que se cuenta.

2. Seleccionar a formadores competentes y motivados: Las instituciones seleccionaran formadores calificados pertenecientes a la población, los mismos tendrán que contar con algunas características para desempeñar su papel como facilitadores de procesos de capacitación tales como: “Sensibilidad cultural, Estabilidad emocional, Buenos conocimientos acerca de la respuesta de emergencia de SMAPS, Experiencia anterior en trabajo psicosocial o comunitario en emergencias” (IASC, 2007).

3. Utilizar metodologías de aprendizaje que faciliten la aplicación inmediata de lo aprendido: Se tomaran en cuenta situaciones como: idioma local, material audiovisual adaptado a las condiciones locales, modalidades de enseñanza participativa (sociodramas, role playing, entre otras), capacitación in- situ, que desarrollen las capacidades de los voluntarios y les permita desarrollar de manera efectiva su trabajo en terreno (IASC, 2007).

4. Adaptar los medios de aprendizaje a las necesidades de las personas a capacitar: Es decir que los procesos de formación se implementaran acorde al nivel de intervención en el que el voluntario vaya a realizar actividades en SMAPS, además deberían “proporcionar conocimientos teóricos y prácticos, básicos, esenciales y funcionales con respecto a las necesidades psicosociales, los problemas y los recursos disponibles” (IASC, 2007).

5. Preparar el contenido de los seminarios de formación y capacitación directamente en relación con el trabajo de emergencia que se espera que haya que realizar: el IASC (2007),

propone que el personal que brinde procesos de formación pueda dividir estos en dos grupos; 1) Talleres breves y 2) talleres de formación amplios, los mismos que estarán acorde a las características del evento adverso, y que estén enfocados a la “intervención sin daño”.

6. Considérese la posibilidad de establecer programas de formación de formadores: Con el objetivo de que sean estos quienes a su vez impartan programas de formación de futuros formadores, para esto se les proveerá de herramientas adecuadas de capacitación. No obstante, la formación de formadores sólo debe impartirse tras una planificación cuidadosa y debe estar a cargo de personal formado y experimentado así mismo se establecerán mecanismos de acompañamiento y seguimiento después de la formación (IASC, 2007).

7. Después de todo curso de capacitación ha de establecerse un sistema de seguimiento para observar, apoyar, proporcionar retroinformación y supervisar a todas las personas formadas, según proceda en cada situación: La supervisión es importante para velar por que los conocimientos impartidos se pongan realmente en práctica. Todos los seminarios de capacitación deberían complementarse con seguimiento continuo, formación complementaria, apoyo sobre el terreno, retroalimentación y/o supervisión (IASC, 2007).

8. Documentar y evaluar la formación y la capacitación a fin de detallar las lecciones aprendidas: la guía propone, con el objetivo de que los procesos de formación mantengan un estándar de calidad alto, independientemente del tipo o del contexto, estos puedan ser sistematizadas a través de herramientas confiables y validadas científicamente, para futuras respuestas en SMAPS (IASC, 2007).

En conclusión, podemos decir que los procesos de capacitación a voluntarios que realizan actividades en SMAPS, tienen que: en primer lugar ser planificados minuciosamente por personal calificado, y que este deberá brindar las garantías necesarias de que dicho proceso será efectivo una vez puesto en práctica por parte de voluntarios en contextos de desastre, y que será supervisado a través de herramientas técnicas competentes y validadas, posterior a su aplicación; en segundo lugar que dichos procesos estarán acorde a factores como: recursos con los que se cuenta, situación cultural, capital humano a ser formado, necesidades a satisfacer en la población afectada IASC (2007), entre otros; con el ánimo de desarrollar una intervención efectiva en la población afectada por un evento adverso.

CAPÍTULO 2: METODOLOGÍA

2.1. Objetivos.

2.1.1. Objetivo General.

Determinar el nivel de involucramiento en actividades de Apoyo Psicosocial en función de la pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial, por parte de los estudiantes de la titulación de Psicología de la UTPL, referentes al terremoto del 16 A.

2.1.2. Objetivos Específicos.

- Diferenciar el nivel de participación en función de las variables de ciclo académico y sexo.
- Identificar el nivel de intervención en actividades de Apoyo Psicosocial en el que participaron los estudiantes de la titulación de Psicología referentes al Terremoto 16 A.
- Determinar variables que influyeron en la participación de estudiantes y tipo de impacto generado en relación a las actividades de apoyo psicosocial.
- Determinar el nivel de preparación de los estudiantes referente a las actividades de Apoyo Psicosocial realizadas.

2.2. Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación es de tipo no experimental pues no existe la manipulación deliberada de variables y se recolectó información con respecto a las variables de la investigación en un ambiente natural (Salón de clases) para después analizarlos, con enfoque cuantitativo debido a que se midió a través de procesos como la Media, Desviación Estándar, Varianza entre otros, para el análisis de datos específicamente del Inventario de Funciones del Voluntariado.

En cuanto al alcance es en primera instancia de tipo descriptivo ya que se analizó las variables presentes en los objetivos de manera individual, en segunda instancia de tipo correlacional ya que se identificó si existe o no relación entre variables tales como: género y ciclo académico de los estudiantes en la participación en las actividades de apoyo psicosocial y en un tercer lugar transaccional o transversal, puesto que se recopilaron datos en un momento único (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), para lo que se utilizó una encuesta estructurada con ítems planteados, además de un instrumento anexo, la adaptación colombiana del “Inventario de Funciones de Voluntariado”.

Además se utilizó el método estadístico que consiste en una secuencia de procedimientos para el manejo de los datos cualitativos y cuantitativos de la investigación.

Dicho manejo de datos tiene por propósito la comprobación, en una parte de la realidad, de una o varias consecuencias verificables deducidas de la hipótesis general de la investigación. “Las características que adoptan los procedimientos propios del método estadístico dependen del diseño de investigación seleccionado para la comprobación de la consecuencia verificable en cuestión” (Reynaga, 2019) (p.1).

El método descriptivo.- el mismo que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis, es decir, únicamente pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a las que se refieren, esto es, su objetivo no es indicar cómo se relacionan éstas (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

El Método transaccional o transversal.- En este tipo de investigación se recolecta datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado Hernández et al. (2010)

2.3. Contexto.

La presente investigación se desarrolló en la Universidad Técnica Particular de Loja [UTPL], del cantón Loja y perteneciente a la provincia con el mismo nombre, ubicada en la región sur del país, la universidad católica de Loja como también es llamada, es una institución autónoma con finalidad social y pública, imparte enseñanza, desarrolla investigaciones con libertad científica administrativa, y participa en planes de desarrollo del país.

En su revista institucional la UTPL (2009), menciona una breve reseña histórica en la que manifiesta que la misma fue fundada por:

la Asociación Marista Ecuatoriana (AME) el 3 de mayo de 1971 y reconocida por el Estado ecuatoriano bajo Decreto Ejecutivo 646, publicado en el registro oficial N°217 del 5 de mayo de 1971, se constituye como persona jurídica autónoma bajo el amparo del “Modus Vivendi” celebrado entre la Santa Sede y el Ecuador, teniendo en cuenta las normas de la Iglesia en su organización y gobierno, el mentor y primer canciller de la Universidad fue el hermano marista Santiago Fernández García y el primer rector de la UTPL fue el ingeniero Alejo Valdivieso, posesionado el 3 de octubre de 1971, además es pionera en la modalidad de educación a distancia desde el año 1976, abriendo la posibilidad para acceder a una educación superior de calidad (p. 8).

Visión: Nuestra visión es el Humanismo de Cristo, que, en su manifestación histórica y el desarrollo de su pensamiento en la tradición de la Iglesia Católica, propugna una

universalidad potenciadora, conforme a la dignidad que el ser humano tiene como “hijo de Dios”, que hace a la Universidad acoger, defender y promover en la sociedad, el producto y la reflexión de toda experiencia humana (p. 12).

Misión: “Buscar la verdad y formar al hombre, a través de la ciencia, para que sirva a la sociedad” (p.13); la verdad como horizonte hacia el qué dirigir, en comunión y respeto, nuestras más hondas dimensiones cognoscitivas, activas y vitales; una formación integral que aúne las dimensiones científico-técnicas de alta calidad, con las humanísticas, éticas y espirituales; un espíritu de investigación que contribuya al desarrollo de las ciencias experimentales y experienciales; y una disposición de servicio a la sociedad que suponga un efectivo aporte al desarrollo humanamente sustentable de su entorno local, del Ecuador y de toda la Humanidad, con preferencia hacia los sectores menos favorecidos, todo ello desde el sentido que aporta la reflexión metafísica y la pedagogía Idente.

La UTPL, cuenta con 48 años de experiencia en educación superior lo que ha hecho posible la formación científica y humanística de más de 65 mil personas en Ecuador y en el mundo a través de una educación superior de calidad y accesible, guiados por el humanismo de Cristo, la universidad cuenta con cuatro áreas de formación académica: Área Biológica y Biomédica, Área Sociohumanística, Área Administrativa y Área Técnica, de las cuales se desprenden aproximadamente cincuenta programas académicos de grado y postgrado.

2.4. Población.

La población en la presente investigación fue de 164 estudiantes, de los cuales únicamente se tomó en cuenta para el análisis de datos a 135 que manifestaron su participación en actividades de apoyo psicosocial, referente al terremoto del 16 de abril de 2016, de la cual el 30% (n=41) corresponde al sexo masculino y el 70% (n=94) al sexo femenino, cuya edad media se sitúa en los 23 años, los cuales pertenecían a los ciclos académicos pares (4to, 6to, 8vo y 10mo) del periodo Abril 2017 – Agosto 2017, de la modalidad presencial de Psicología de la UTPL, distribuidos de la siguiente manera:

Además para la selección de la población descrita con anterioridad se establecieron los criterios de selección descritos a continuación: 1) Estudiantes de 4to, 6to, 8vo y 10mo ciclo académico; 2) Modalidad Presencial; 3) Titulación de Psicología; 4) Participación voluntaria; 5) Participación o no participación en actividades pos terremoto.

2.5. Instrumentos

Encuesta de “**Identificación de intervenciones en apoyo psicosocial**” (Anexo 1).- Es un instrumento según su temporalidad de tipo: “Sincrónico o seccional referidas a un

momento concreto en el tiempo, corresponden a estudios estáticos que buscan reflejar un fenómeno en un momento dado” (López & Fachelli, 2015), elaborado en base a la Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias, que se proponen en la Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia, con 31 ítems, que consta de cuatro componentes:

1) Datos Generales; se contempla información de los estudiantes encuestados como: género, ciclo académico, y edad, las preguntas empleadas en esta sección son de tipo cerradas dicotómicas y cerradas categorizadas (López & Fachelli, 2015).

2) Niveles de Intervención en Apoyo Psicosocial; identificamos situaciones como, la participación o no participación en actividades referentes a SMAPS relacionadas al terremoto de 2016, la movilización o no a la denominada “Zona Cero” en las provincias afectadas por el evento, y los niveles de participación según la Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias propuesta por el IASC, mismos que citamos en el marco teórico y que corresponden a: 1) Servicios básicos y seguridad; 2) Apoyos de la comunidad y la familia; 3) Apoyos focalizados, no especializados; 4) Servicios especializados.

3) Motivación e impacto; en este apartado de la encuesta está encaminado por un lado a identificar factores de no participación en ningún tipo de actividad de apoyo psicosocial con respecto al Terremoto del “16 A”, y en segundo lugar el impacto generado en estudiantes que sí tuvieron algún grado de participación actividades de apoyo psicosocial referentes al evento en cuestión a través de la identificación del nivel de satisfacción mediante una escala de Likert, misma que va desde las afirmaciones de satisfecho a muy satisfecho.

4) Preparación académica, se trata de dar respuesta a algunas variables con respecto a la formación de los participantes, tales como: ¿Existió educación con respecto a SMAPS? ¿De qué tipo fue?, y en caso de que la respuesta fuese afirmativa, ¿Cuándo se dio, antes, durante o después del evento en cuestión?, además pretende analizar la percepción de los participantes con respecto a su nivel de conocimiento previo y posterior al evento del “16 A”, para esto, en el instrumento se utilizó una escala de Likert que va de 0 a 10, estableciendo que una mayor puntuación representa un mayor grado de satisfacción frente a su nivel de conocimiento.

El segundo instrumento utilizado en la investigación es el **Volunteer Functions Inventory [VFI]**, de Clary et al. (1998), O **Inventario de Funciones del Voluntariado [IFV] (Anexo 2)**, traducido al español, concretamente la adaptación colombiana de Pérez, García y Sepúlveda (2012), la que consta de 30 ítems, y para responderlos se utiliza una escala de

siete puntos que va de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 7 (Totalmente de acuerdo), esta se estructura en base a 6 dimensiones psicosociales, relacionadas a la teoría de motivación del voluntariado propuesta por Clary et. al. (1998), y que tendrá por finalidad identificar cuáles fueron los factores por los que se vieron motivados los sujetos de la investigación, para realizar actividades de apoyo psicosocial referente al terremoto del 16 de abril de manera voluntaria, las dimensiones de este instrumento se describen en la tabla a continuación:

Tabla 4. Inventario de Funciones del Voluntariado.

Dimensión	Definición (número de ítem)
Protección	Reducir los sentimientos negativos, como la culpa, o para hacer frente a problemas personales (A1, A2, A3, A4, A5).
Valores	Expresar o actuar en valores importantes como el humanitarismo (A6, A7, A8, A9, A10).
Carrera	Desarrollar la carrera a través de experiencias relacionadas con el voluntariado (A11, A12, A13, A14, A15).
Social	Fortalecer sus relaciones sociales (A16, A17, A18, A19, A20).
Comprensión	Aprender más sobre el mundo o las habilidades que son utilizadas (A21, A22, A23, A24, A25).
Mejora	Se puede crecer y desarrollarse psicológicamente a través de actividades de voluntariado (A26, A27, A28, A29, A30).

Fuente: (Pérez, García, & Sepúlveda, 2012). La motivación en los voluntarios: Una aplicación del inventario de funciones al caso Colombia. Medellín.
Elaborado por: Medina, 2019.

2.6. Procedimiento.

En este apartado cabe recalcar la buena predisposición tanto de los docentes como de los estudiantes de la Titulación de Psicología de la UTPL, al momento de la recolección de los datos, con este antecedente se puede mencionar que en el desarrollo de la presente investigación, se contemplaron las fases que se describen a continuación:

1) Selección y elaboración de instrumentos: Este proceso se lo desarrolló en base a la argumentación científica que existía por parte del IASC, y se complementó con el Inventario de Funciones del Voluntariado.

2) Aplicación de encuesta, construcción y depuración de base de datos: La aplicación de los instrumentos se desarrolló durante los períodos de clase con la autorización respectiva del docente a cargo, después de esto se ingresó los datos obtenidos en una matriz de Excel, para su posterior análisis.

3) Análisis de datos: En esta fase se realizó el análisis descriptivo de los datos, y posteriormente la discusión, conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO 3: ANÁLISIS DE DATOS

3.1. Análisis descriptivo de datos.

3.1.1. Descripción de datos generales.

Posterior a la recolección de datos se procedió a realizar en primera instancia un análisis descriptivo, tomando en cuenta las variables presentes en los objetivos de la investigación, en este sentido la muestra total que participó en el proceso de recolección de datos fue de 164 estudiantes, de la cual cómo podemos identificar en la Figura 2., que el 82% (n=135) tuvo algún tipo de participación en actividades de SMAPS posterior al terremoto del 16 A, en cuanto al 18% (n=29) restante que no participó, manifestó no haberlo hecho por factores de: salud, familiares, académicos y de ubicación geográfica principalmente, cabe recalcar que para la presente investigación se tomará únicamente la muestra que participó en actividades de SMAPS.

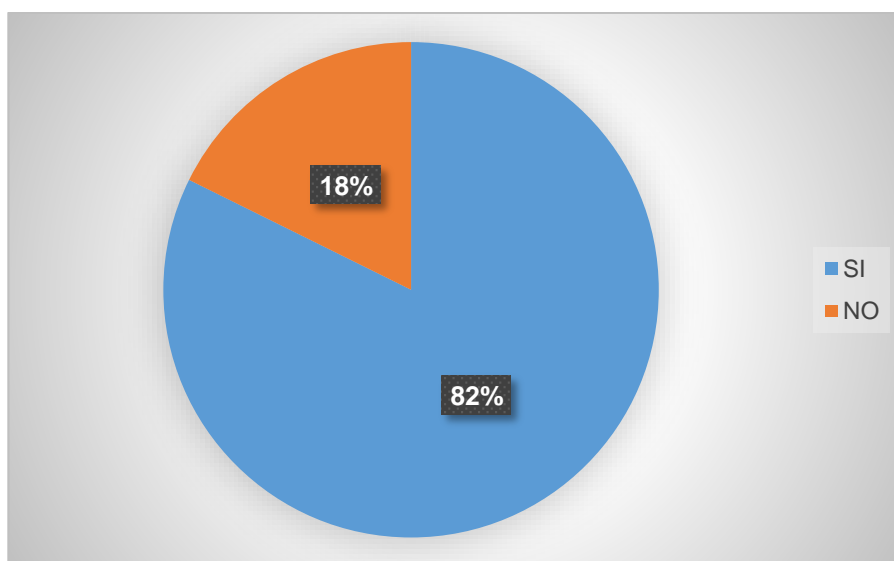


Figura 2. Participación en actividades de Apoyo Psicosocial.

Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

De los 135 estudiantes participantes, fraccionados en los ciclos de 4to, 6to, 8vo y 10mo; que manifestaron haber participado en actividades de Apoyo Psicosocial referentes al terremoto del 16 A, se evidencia una clara mayoría en la participación del sexo de participación en actividades en SMAPS, como se identifica en la Figura 3.

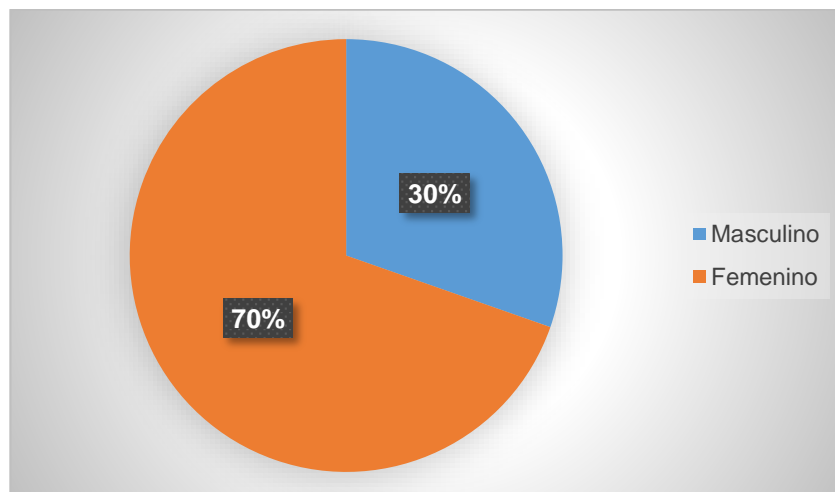


Figura 3. Descripción por sexo en actividades de Apoyo Psicosocial (sexo).
Fuente, Elaborado por: Medina, 2019.

3.1.2. Descripción de datos en función del sexo y el ciclo académico.

Con respecto al Objetivo 1: Diferenciar el nivel de participación en función de las variables de ciclo académico y sexo, la investigación muestra una clara diferencia en cuanto a la variable de ciclo académico, pues se evidencia un mayor porcentaje de participación en ciclos iniciales frente a una disminuida participación de estudiantes de ciclos superiores, dando los siguientes resultados, 4to. Ciclo con un 34% (n=46), 6to. Ciclo con un 32% (n=43), 8vo. Ciclo con 21% (n=28) y 10mo. Ciclo con 13% (n=18), como se muestra en la Figura 4.

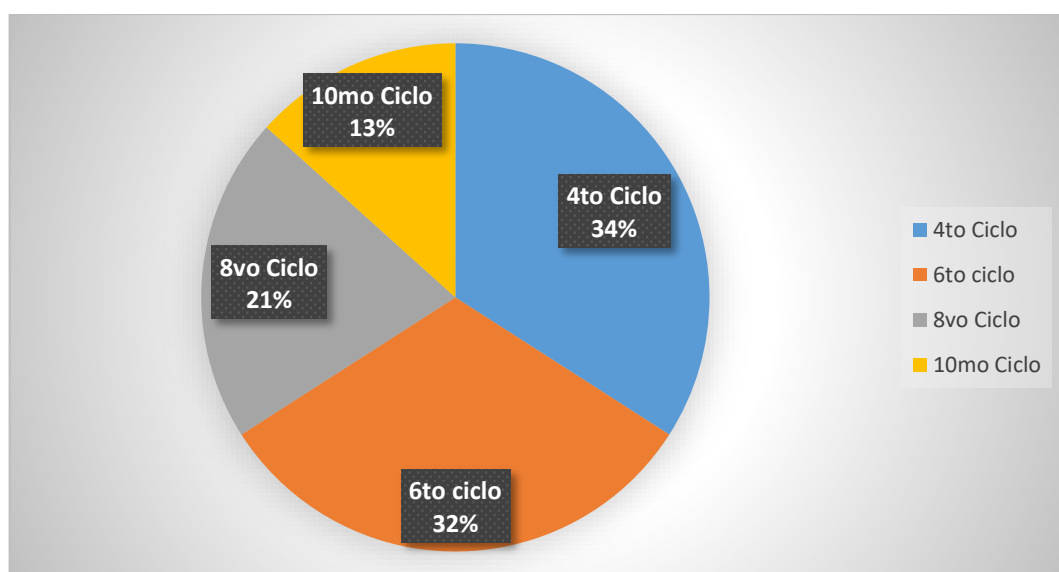


Figura 4. Participación según el ciclo académico.
Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

En cuanto a la variable de sexo y tomando en cuenta que cada ciclo es un grupo diferente, la investigación arrojó los siguientes resultados, en 4to ciclo existe mayor de participación del sexo femenino, en cuanto al grupo evaluado del 6to ciclo un 58% de

participantes son mujeres y un 42% hombres, por su parte en el 8vo ciclo se identificó que la participación corresponde al 75% de estudiantes de sexo femenino y el 25% del sexo masculino, en el 10mo. Ciclo existe un 78% de participantes mujeres y un 22% de participantes hombres, lo que significa que existió una considerable diferencia en la participación en todos los ciclos evaluados a excepción del 6to ciclo, como se observa en la Figura 5.

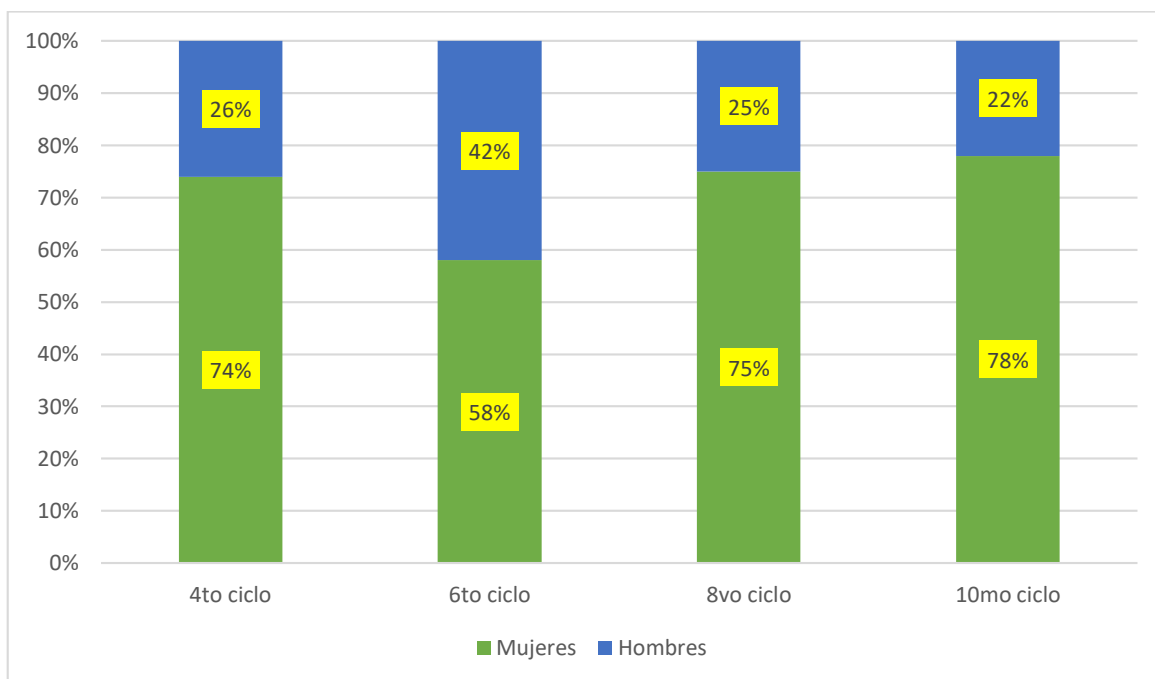


Figura 5. Muestra total (género y ciclo académico).
Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

3.1.3. Descripción de participación en los niveles de Intervención en Apoyo Psicosocial.

Referente al Objetivo 2. Identificar el nivel de intervención en actividades de Apoyo Psicosocial en el que participaron los estudiantes de la titulación de Psicología referentes al Terremoto 16 A, y como podemos evidenciar en la Figura 6., la investigación muestra los siguientes resultados, el nivel en el que los estudiantes desarrollaron mayor número de actividades es en el nivel uno de la Pirámide de intervenciones para los servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias de la IASC, que corresponde a Servicios básicos y de seguridad, específicamente en el ítem correspondiente a “Dotación de alimentos y abastecimiento de agua” (ítem 2.3), obteniendo un 99% (n=133) de la participación de los mismos, asimismo se puede evidenciar que hay un porcentaje representativo en el ítem de Servicios básicos de Salud (ítem 2.5), cabe recalcar que para el cumplimiento de estas actividades los estudiantes casi en su totalidad no se movilizaron a la denominada zona cero del terremoto suscitado en 2016 en la costa norte de Ecuador.

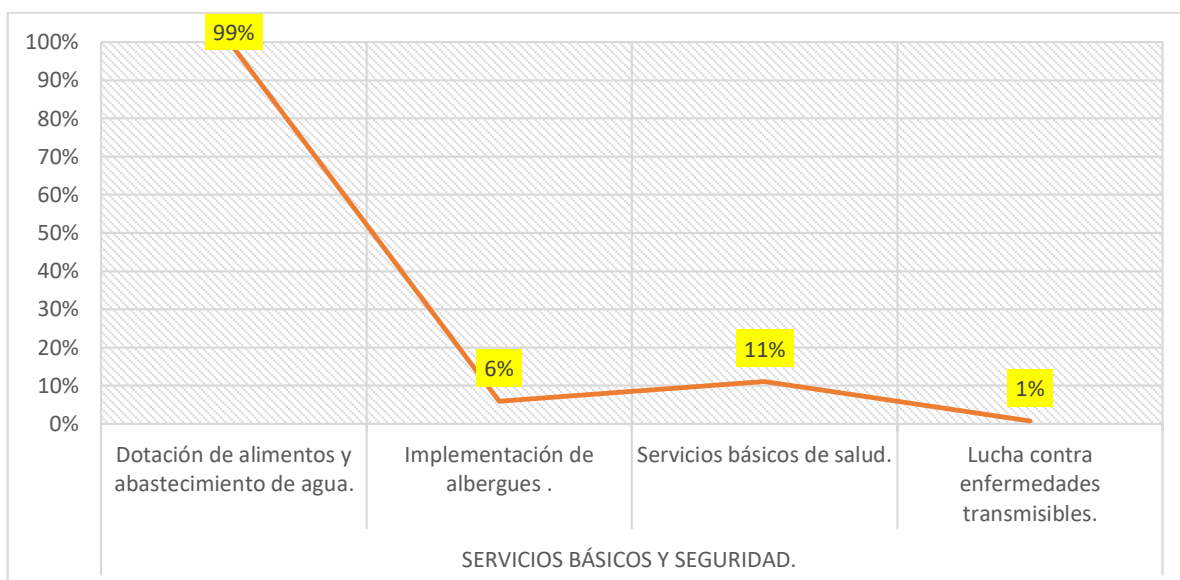


Figura 6. Participación en el nivel uno para los servicios de SMAPS en emergencias.
Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

En la Figura 7, podemos ver que en el ítem “Difusión masiva a través de medios de comunicación sobre posibles métodos de hacer frente a la situación” existe una participación representativa de la muestra tomada.

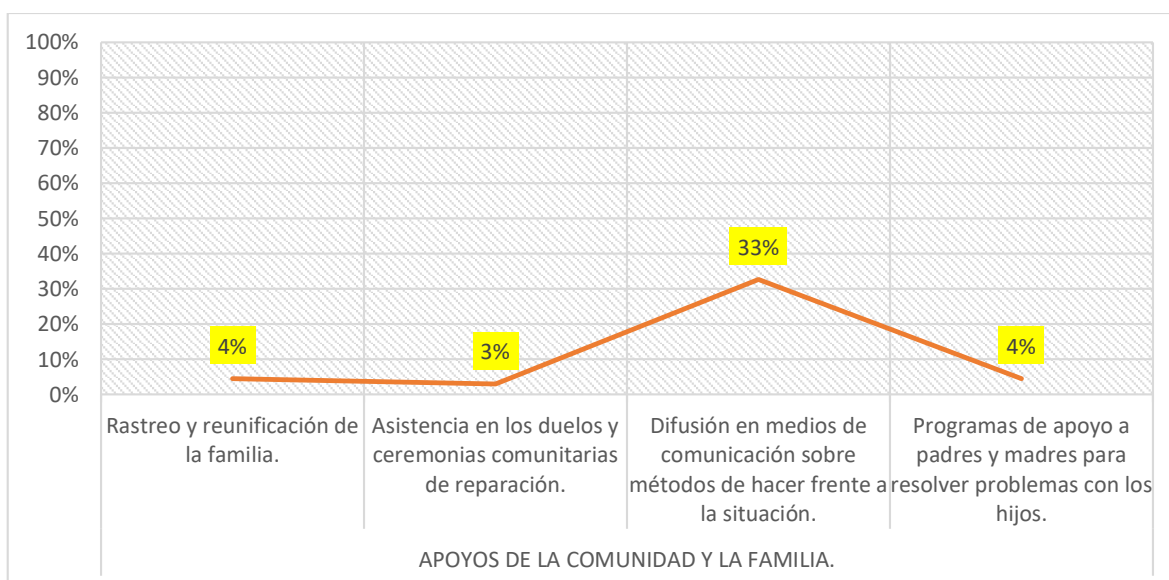


Figura 7. Participación en el nivel dos para los servicios de SMAPS en emergencias.
Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

Finalmente podemos observar en la Figura 8, que en el ítem que se refiere a Apoyo emocional (ítem 2.13) existe un 14% de participación de la muestra total, cabe recalcar que en el nivel de Servicios especializados, no existe ningún tipo de participación por parte de los estudiantes encuestados, esto debido que en este tipo de intervención se requiere de un tipo de formación más específica en el ámbito de la salud mental y el apoyo psicosocial.

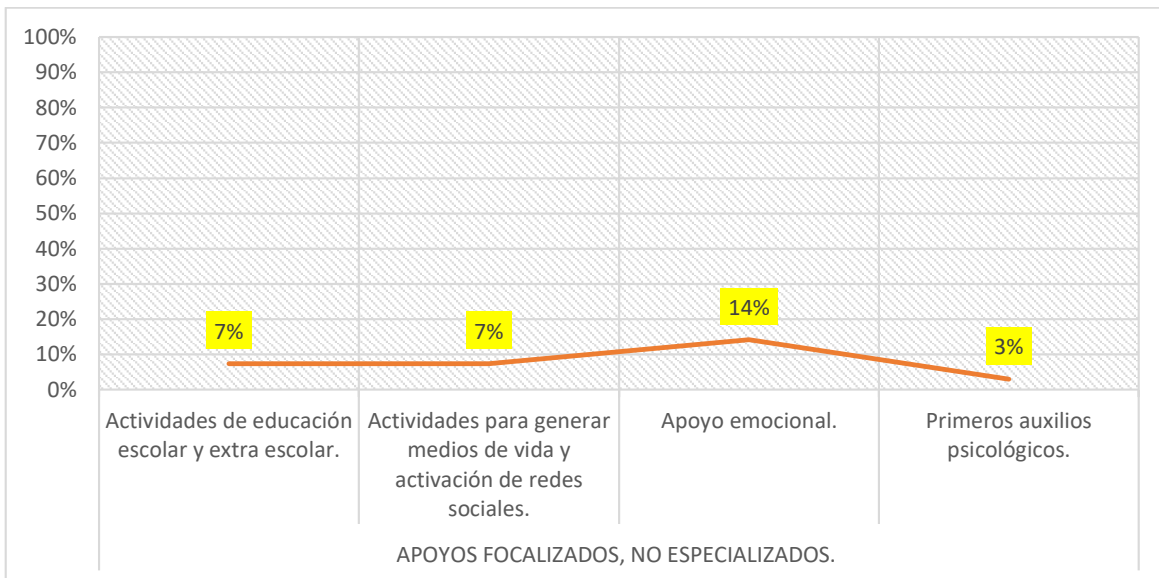


Figura 8. Participación en el nivel tres para los servicios de SMAPS en emergencias. Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

3.1.4. Descripción de variables que influyeron en la participación en actividades de apoyo psicosocial y tipo de impacto generado.

Para la descripción del Objetivo 3.: “Determinar variables que influyeron en la participación de estudiantes y tipo de impacto generado en relación a las actividades de apoyo psicosocial”, se procedió en primera instancia a la aplicación de filtros en la matriz de ingreso de datos, específicamente la sección correspondiente al **Inventario de Funciones del Voluntariado – IFV**, el proceso se basó en seleccionar las respuestas que correspondían a las afirmaciones “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”, para posteriormente identificar las frecuencias que puntuaban más alto, y en este sentido poder identificar los ítems más representativos con respecto a las variables que motivaron a la participación de los estudiantes en actividades de apoyo psicosocial en el evento del “16 A”, a continuación se muestran las gráficas de las preguntas seleccionadas.

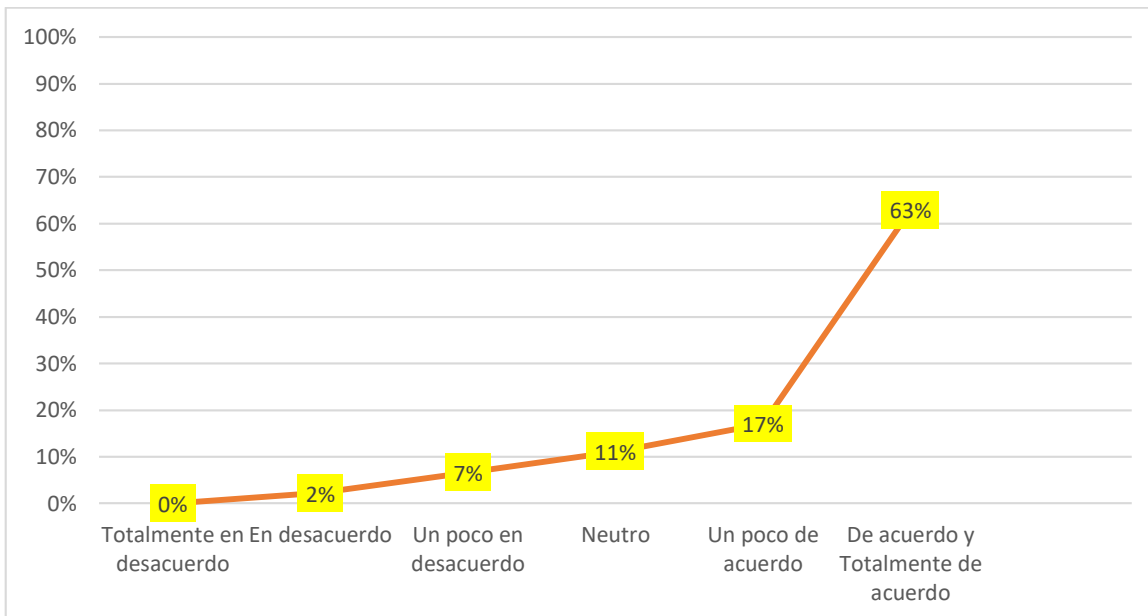


Figura 9. Ítem 7. Como voluntario me preocupo por el grupo al que estoy sirviendo.
Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

En la afirmación, como voluntarios se preocupan por el grupo al que están sirviendo, existe una clara aceptación por parte de los estudiantes con un 63% que corresponde a “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” respectivamente.

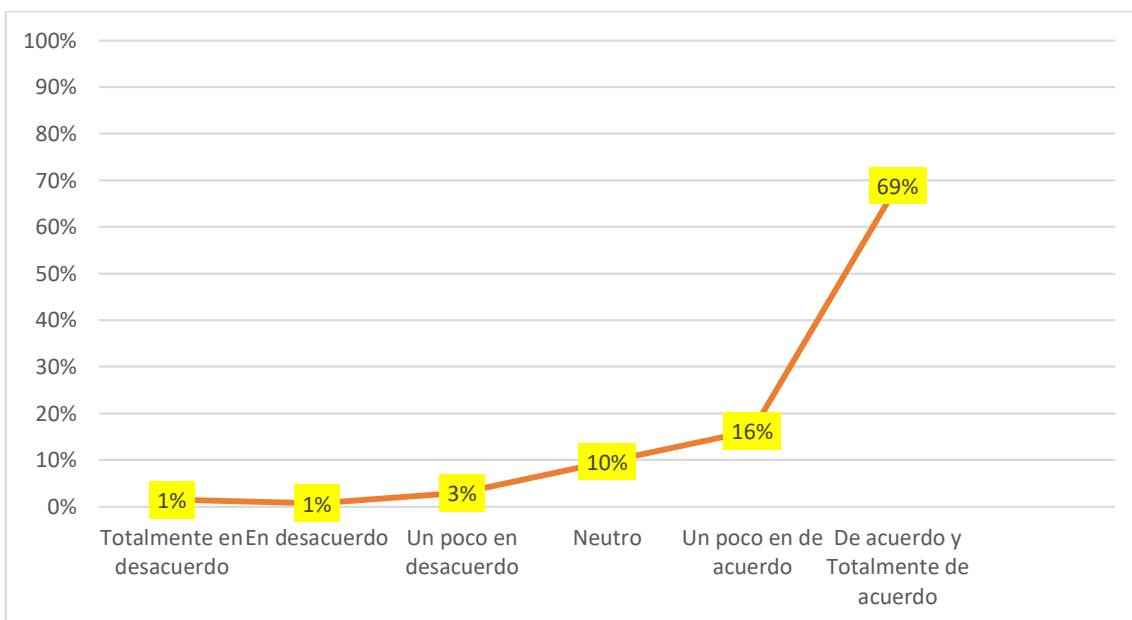


Figura 10. Ítem 9 Como voluntario creo que es importante ayudar a los demás.
Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

Un 69% de los estudiantes se encuentra “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” que, como voluntarios creen que es importante ayudar a los demás, como se lo muestra en la Figura 10.

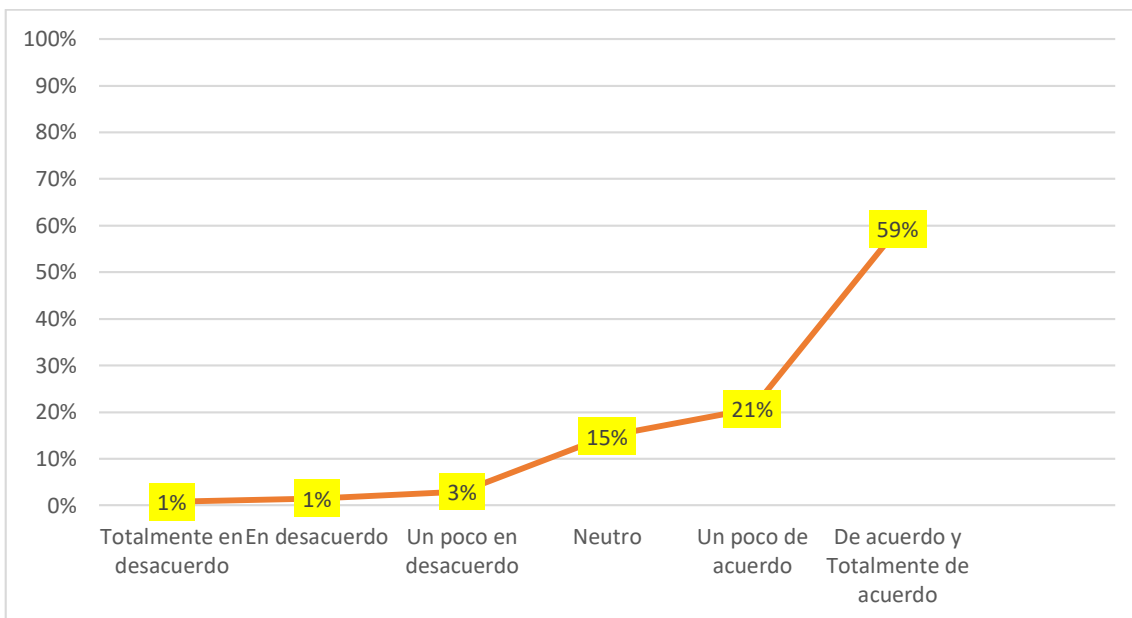


Figura 11. Ítem 22 El ser voluntario me permite tener una nueva perspectiva de las cosas. Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

En la Figura 11 podemos observar que un total del 59% se encuentra “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” que, ser voluntarios les permite tener una nueva perspectiva de las cosas.

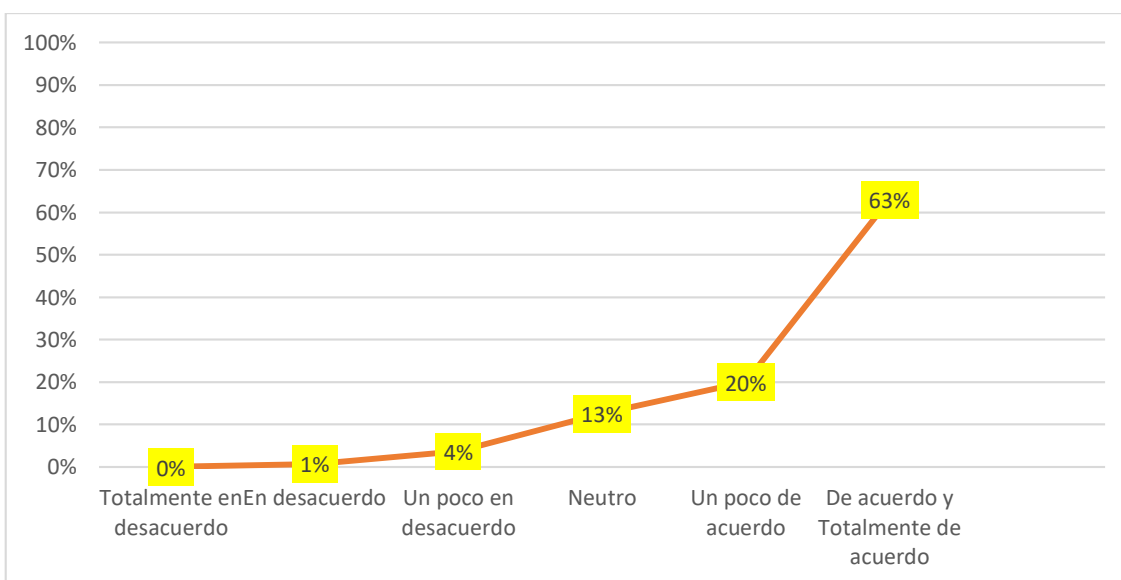


Figura 12. Ítem 23 El ser voluntario me permite aprender cosas a través de mi propia experiencia. Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

En cuanto a la afirmación que, ser voluntarios les permite aprender cosas a través de su propia experiencia, un 63% indica estar “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo”.

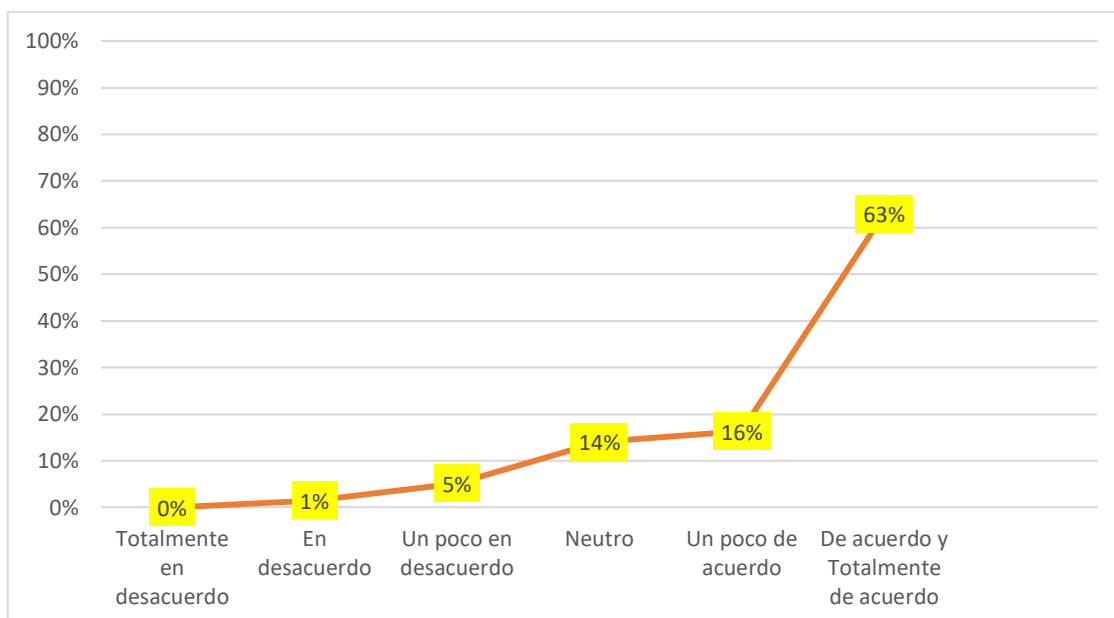


Figura 13. Ítem 25 Como voluntario puedo explorar mis propias fortalezas.

Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

Por último, referente a este tema en la Figura 13, podemos observar que un 63% se encuentra “de acuerdo” y “totalmente de acuerdo” que, como voluntarios pueden explorar sus propias fortalezas.

Es así que podemos observar en la Tabla 6, que existen un mayor porcentaje en las respuestas que van desde “un poco de acuerdo” hacia “Totalmente de Acuerdo”, siendo las afirmaciones correspondientes a los Ítems: 7, 9, 22, 23, 25, las más representativas; poniendo de manifiesto que las dimensiones de: Valores y Comprensión, son por las que muestran mayor empatía. Por lo que las afirmaciones mencionadas anteriormente, son los factores por los que se ven motivados los participantes en la presente investigación.

Tabla 5. Descripción de las afirmaciones del IFV.

No.	AFIRMACIÓN	DIMENSIÓN
Ítem 7	Como voluntario creo que es importante ayudar a los demás.	Valores
Ítem 9	Como voluntario me preocupo por el grupo al que estoy sirviendo.	Valores
Ítem 22	El ser voluntario me permite tener una nueva perspectiva de las cosas.	Comprensión
Ítem 23	El ser voluntario me permite aprender cosas a través de mi propia experiencia.	Comprensión
Ítem 25	Como voluntario puedo explorar mis propias fortalezas.	Comprensión

Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

En cuanto al impacto generado en los estudiantes que participaron en actividades de apoyo psicosocial, y tal como se examina en la Figura 14, se puede establecer que el mismo fue positivo, debido a que el 74% de los estudiantes se ubicaron en los niveles de “satisfecho” y “muy satisfecho”.

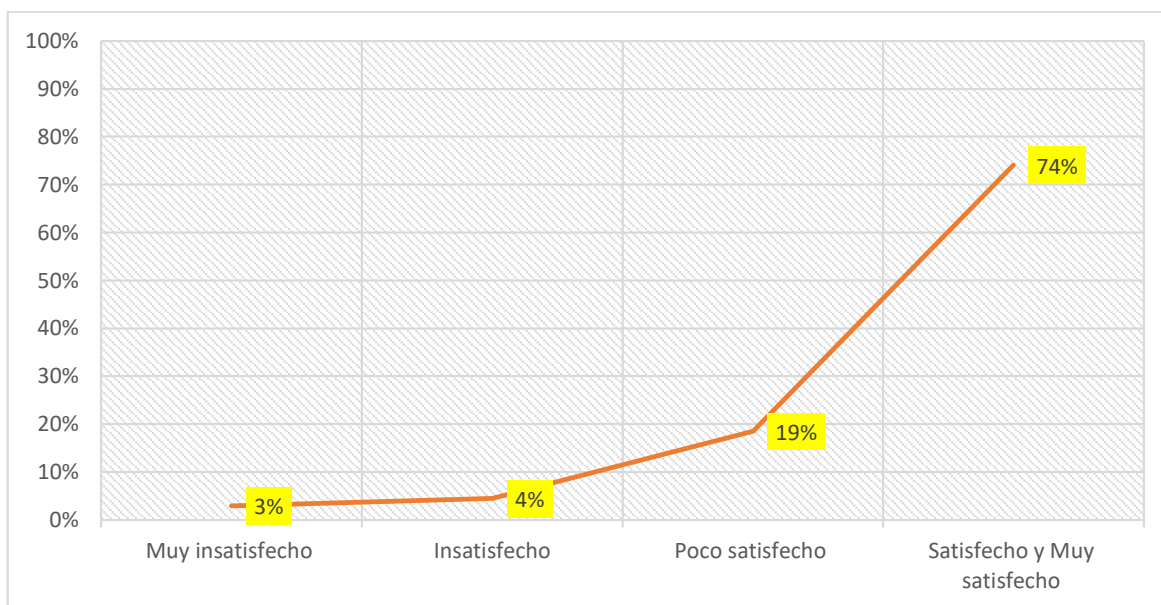


Figura 14. Impacto generado en participantes de actividades de Apoyo Psicosocial.
Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

3.1.5. Descripción de la Formación Académica.

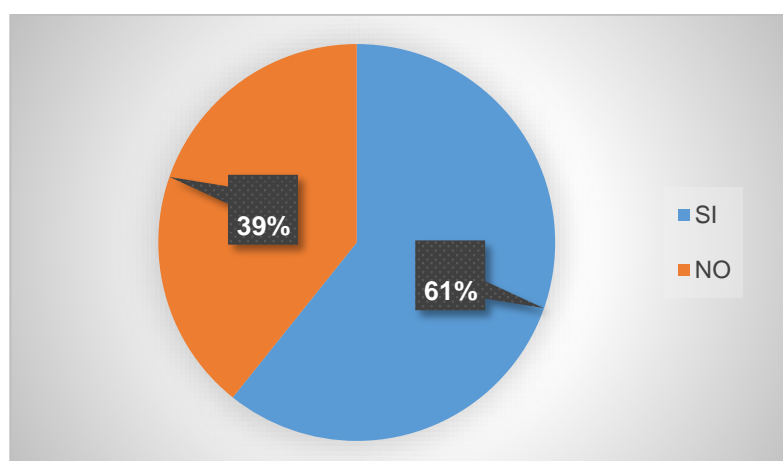


Figura 15. Formación académica de estudiantes en Apoyo Psicosocial.
Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

En el parámetro de formación académica, como se visualiza en la Figura 15., alrededor del 61% (n=82) de la población encuestada manifiesta haber tenido algún tipo de formación en temáticas de Apoyo Psicosocial y Salud Mental, mientras que un representativo 39% (n=53) establece no haber recibido capacitación alguna.

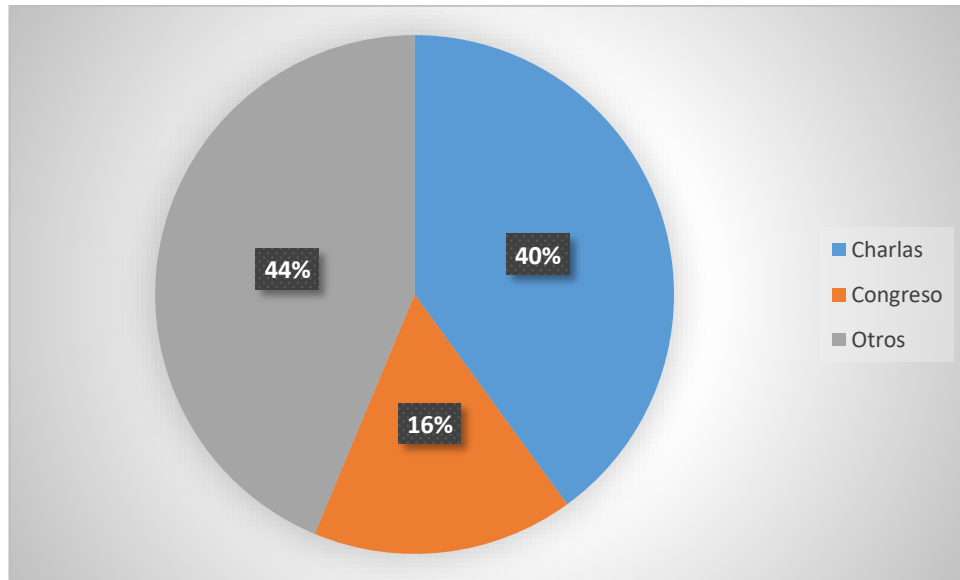


Figura 16. Tipo de formación académica recibida.
Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

En cuanto al tipo de formación obtenida se destacan los apartados que corresponden a charlas y congresos con 40% (n=54) y 16% (n=22) respectivamente, mientras que los ítems que se refieren a cursos, seminarios, simposio, congresos, foro y materias universitarias se los agrupo en el apartado de otros, pues de manera individual no eran significativos, tal como se muestra en la Figura 16.

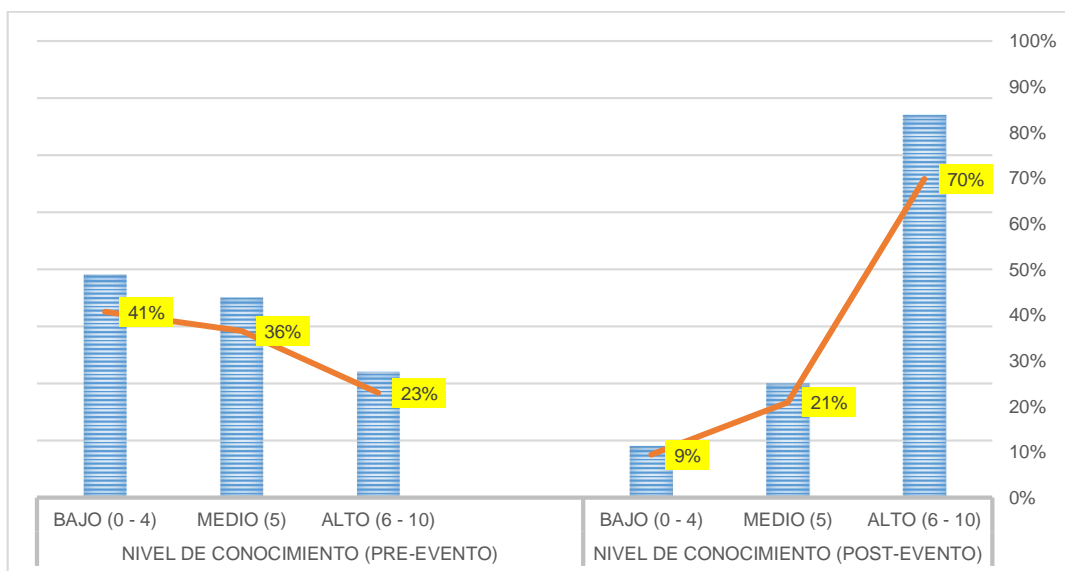


Figura 17. Percepción de conocimientos previo y posterior al terremoto.
Fuente, elaborado por: Medina, 2019.

En la Figura 17., podemos ver un claro aumento en la percepción de los estudiantes con respecto al nivel de conocimientos que los mismos tuvieron después de participar en actividades de Apoyo Psicosocial, ya que antes de sucedido el evento un 41% (n=39) manifiesta que percibe su nivel de conocimientos en un nivel bajo y tan solo el 23% (n=22) establece tener altos conocimientos con respecto a apoyo psicosocial; mientras que después

de la presencia del desastre solo un 9% (n=9) manifiesta percibir sus conocimientos en un nivel bajo, en tanto que un 70% (n=67) determina ubicar sus conocimientos en el nivel alto, dando por sentado que la participación activa de los estudiantes fue positiva para aumentar su nivel de conocimientos en esta temática.

CAPÍTULO 4: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Discusión

Este trabajo de investigación está orientado a determinar el nivel de involucramiento en actividades de salud mental y apoyo psicosocial, que tuvieron los estudiantes de la titulación de Psicología de la UTPL, en función al terremoto del 16 A, es así que, en el primer objetivo específico se establece una diferencia en el nivel de participación en función de las variables de ciclo académico y género.

Identificando que existe un mayor porcentaje de participación en ciclos iniciales frente a una disminuida participación de estudiantes de ciclos superiores con un 34% (n=46), para estudiantes del 4to. ciclo, mientras que los estudiantes del 10mo. ciclo solo se evidencia un 13% (n=18), lo que se diferencia de los resultados obtenidos en investigaciones con similares características (Fouce, 2006) en las cuales se observa una participación casi igualitaria de estudiantes tanto de ciclos inferiores como de los ciclos superiores en actividades voluntarias en el ámbito de la psicología, en cuanto a la variable de género al igual que en la investigación de Benítez (2008), la presente investigación revela un mayor involucramiento por parte del sexo femenino en relación a la participación del género masculino, cabe recalcar que la investigación de Benítez, se engloba a la participación voluntaria en varias áreas y no únicamente a SMAPS, así mismo estudios realizados por García (2012), en voluntarios colombianos, e investigaciones con poblaciones similares pertenecientes a varias locaciones en España, corroboran que existe una mayor participación de mujeres en actividades de voluntariado (Dávila & Chacón, 2005), de la misma manera en estudios realizados por Bojórquez - Santiago (2017), en el estado de Oaxaca en México.

Así como manifiestan Méndez et al (2010), “una de las principales dificultades al realizar esta investigación fue la escasa respuesta formal –escrita– de parte de las instituciones para informar acerca de las intervenciones que eventualmente hubiesen realizado”, esto posiblemente debido a que el proceso de sistematización conlleva tiempo y, dada la necesidad inicial de apoyar a la población, en actividades relacionadas a SMAPS, dicho proceso queda desplazado a un segundo plano.

En ese sentido el presente trabajo de investigación con respecto a identificar el nivel de intervención en actividades de apoyo psicosocial en el que participaron los estudiantes de la titulación de psicología, determinó que los mismos desarrollaron mayor número de acciones en el primer nivel, que corresponde a Servicios básicos y de seguridad, específicamente en el apartado correspondiente a “Dotación de alimentos y abastecimiento de agua”, con un 99% (n=133) de participación de los mismos, tal como se evidencia en investigaciones en las que las intervenciones siguen líneas maestras que están enfocadas a satisfacer necesidades básicas de las comunidades: alimentación, seguridad, sanidad, vivienda, higiene, educación;

en las que el denominador común, y el objetivo último es volver operativa la comunidad en relación con sus propios problemas (Navarro - Góngora, 2010).

Así mismo, se pudo evidenciar que hay un porcentaje representativo tanto en los apartados de “Servicios básicos de Salud”, “Difusión masiva a través de medios de comunicación sobre posibles métodos de hacer frente a la situación” y “Apoyo emocional”, datos expresados en los informes de situación emitidos por la Secretaria de Gestión de Riesgos (2016 a) y que coinciden con investigaciones realizadas anteriormente por Méndez et al. (2010), en donde se refleja la “urgencia de cubrir necesidades grupales de las poblaciones afectadas por desastres, en lugar de enfocarse en las necesidades individuales” (Navarro - Góngora, 2010), lo que está directamente en concordancia con las recomendaciones de organismos internacionales respecto de “la intervención inicial dirigida a la psicoeducación y al desarrollo de vínculos con la comunidad” IASC (2007).

De la misma manera se observa que en el nivel de servicios especializados, no existe participación alguna por parte de los estudiantes encuestados, esto debido a que en este tipo de intervención se requiere de un grado de formación más específico en el ámbito de la salud mental y el apoyo psicosocial, en algunos estudios se establece que para la realización de dicho trabajo se necesita contar con un alto grado de experticia (IASC, 2007), así como mayor preparación académica previa (Navarro - Góngora, 2010), además de disponer con un perfil adecuado de interviniente para la movilización a terreno como menciona Baloian et al. (2007).

En este contexto las afirmaciones más representativas son: a) Como voluntarios se preocupan por el grupo al que están sirviendo; b) Como voluntarios creen que es importante ayudar a los demás; c) Ser voluntarios les permite tener una nueva perspectiva de las cosas; d) Ser voluntarios les permite aprender cosas a través de su propia experiencia; e) Como voluntarios pueden explorar sus propias fortalezas; ubicando a las dos primeras afirmaciones en la función de “Valores” y a las tres restantes en la función de “Comprensión”, resultados que se corroboran en el estudio realizado por Fletcher y Major (2004), cuyo objetivo fue identificar la diferencia en la percepción de hombres y mujeres con respecto a la importancia que los mismos le asignaban a los seis factores del IFV, el instrumento fue aplicado a 51 estudiantes de medicina en Estados Unidos, en donde el hallazgo fundamental de la investigación es que, tanto los hombres como las mujeres calificaron los “valores” y la “comprensión” como relativamente importante, asimismo en una aplicación del IFV a 126 estudiantes universitarios en Singapur, que realizan actividades de voluntariado en el ámbito deportivo demostró que la población examinada, reveló mayor interés en las funciones de “valores” y “comprensión” ubicando en un tercer lugar a la función de “protección” Chew y Pyun (2015).

Por otro lado en la aplicación del IFV, a 176 voluntarios colombianos se observa ya una diferencia con respecto a que funciones se ven priorizadas por la población de estudio, pues estos otorgan mayor importancia a las funciones de “valores” y “carrera” (García, 2012), por su parte el estudio realizado por Dávila y Chacón (2005), en la cual participaron 395 voluntarios de nacionalidad española, de 49 organizaciones diferentes, demuestra que la población de estudio asignó mayor importancia a las escalas de “carrera” y “comprensión”, siendo este el resultado que más difiere en relación a los ya descritos anteriormente, en un estudio realizado por Bojórquez - Santiago (2017), en el que se dio la participación de 143 voluntarios de distintas organizaciones públicas y privadas del estado de Oaxaca – México, se descubrió que el motivador más importante es el de “carrera” y el de “mejora”, dando por sentado que en estos últimos tres estudios todas las poblaciones establecen a la función de “carrera”, como uno de los principales factores de motivación para la realización de actividades de voluntariado.

Con respecto al tipo de impacto generado en los estudiantes que manifestaron su participación en cualquier tipo de actividad en SMAPS, se indica que del total de estudiantes manifiestan haber sentido un impacto positivo, resultados que se contraponen en estudios realizados por Kukley (2010), en donde se evidencia un impacto negativo en los voluntarios posterior a la intervención en desastres pues presentaron síntomas como: shock, irascibilidad, duelo, fatiga, pensamientos intrusivos, terrores nocturnos y sueño interrumpido, de igual manera en la investigación generada por Thormar et al. (2013), en voluntarios de la Cruz Roja de Indonesia, que participaron en el terremoto del 2006, se observó psicopatologías comunes en el voluntariado: evitación, hiperactividad, ansiedad, depresión, quejas subjetivas, somatizaciones y alergias, cabe recalcar que a diferencia de la participación de los voluntarios en las investigaciones descritas, en el presente estudio los participantes no se movilizaron a la denominada zona cero.

En cuanto a la determinación del nivel de preparación académica que los estudiantes pudieron o no haber tenido referente a SMAPS, para la realización de actividades referentes al terremoto del “16 A”, nuestra investigación reveló que la mayoría de la población encuestada manifiesta haber tenido algún tipo de formación en temáticas de Apoyo Psicosocial y Salud Mental, mientras que un representativo número de la muestra menciona no haber recibido capacitación alguna, datos similares se pueden observar en la investigación desarrollada por Fouce (2006), en la que participaron alrededor de 336 estudiantes de la Universidad Complutense de Madrid, en donde se manifiestan las siguientes afirmaciones: a) Un representativo porcentaje de la muestra manifiesta haber estado capacitado para realizar actividades en calidad de voluntario y, b) Una mayoría percibe que el personal

voluntario debería contar con mayor capacitación y especialización en determinadas temáticas.

Con respecto al tipo de formación el IASC (2007), plantea que todos los trabajadores tanto nacionales como internacionales, desempeñan un papel fundamental en la provisión de servicios de salud mental y apoyo psicosocial (SMAPS) en contextos de crisis. Por ello, es preciso que estén dotados de conocimientos teóricos y prácticos adecuados. La capacitación debería prepararles para proporcionar aquellas respuestas consideradas como prioritarias en los diagnósticos de necesidades, es así que en la presente investigación el tipo de formación académica que los participantes han obtenido con respecto a SMAPS, se destacan: charlas y congresos, lo que concuerda con las recomendaciones del IASC, pues el organismo clasifica los procesos de formación en: cortos dirigidos a personal comunitario y procesos mucho más amplios dirigidos al personal especialista en SMAPS, que en este caso podrían ser los estudiantes de la titulación.

Un último parámetro que se tomó en cuenta en el presente trabajo de investigación con respecto a la formación académica, fue el de establecer si existió alguna diferencia en la autopercepción de los estudiantes con respecto a su nivel de conocimientos en SMAPS, antes y después del terremoto del “16 A”, obteniendo como resultado un claro aumento en la percepción de los participantes, con respecto al nivel de conocimientos que los mismos tuvieron después de participar en actividades de Apoyo Psicosocial, ya que antes del evento estos manifiestan que perciben su nivel de conocimientos en un nivel bajo y una minoría establece tener altos conocimientos con respecto a SMAPS; mientras que después de la presencia del desastre la minoría manifiesta percibir sus conocimientos en un nivel bajo, en tanto que la mayoría de la muestra determina ubicar sus conocimientos en el nivel alto.

Es así que la información obtenida ratifica, cómo una “intervención oportuna tras un determinado evento adverso, puede derivar a mediano plazo un proyecto de desarrollo” (Basauri & Abaakouk, 2010), y es precisamente en el trabajo posterior al desastre en donde el personal de SMAPS, posee la función de implementar propuestas transformadoras que tengan mayor profundidad e incidencia para la población afectada, utilizando este periodo de tiempo para visualizar las necesidades en salud mental y apoyo psicosocial, fomentando de manera conjunta y participativa el diseño de proyectos que respondan a dichas necesidades en conjunto con voluntarios, comunidad, técnicos y autoridades locales (Abeldaño y Fernández, 2015; Kohan et al. 2010; Minoletti et al. 2010).

En este sentido se ha logrado dar respuesta a las interrogantes de la investigación determinando en primera instancia el nivel de involucramiento que los participantes tuvieron en actividades de salud mental y apoyo psicosocial, referentes al terremoto del 16 A, a través

de procesos de sistematización y herramientas estadísticas, esto con el afán de promover la implementación de procesos de planificación, evaluación y seguimiento en SMAPS, lo que permitirá a los estudiantes, a la titulación de psicología y a la UTPL, tener un panorama mucho más claro con respecto a dichas intervenciones, además la posibilidad de generar programas de respuesta en esta línea de acción, con un enfoque preventivo, dirigido a fortalecer las capacidades, habilidades y conocimientos tanto de su personal docente como de sus profesionales en formación, permitiendo en este contexto una intervención oportuna y eficiente por parte de la universidad, en caso de que se presentase algún evento adverso de cualquier índole.

CONCLUSIONES

- La participación en función del ciclo académico en actividades de apoyo psicosocial por parte de los estudiantes, es significativamente mayor en ciclos inferiores, de igual manera en la variable de sexo la participación masculina se ve claramente superada por participantes del sexo femenino.
- Referente a la identificación del nivel de intervención en actividades de Apoyo Psicosocial, los estudiantes tuvieron mayor participación, en el nivel uno que corresponde a Servicios básicos y de seguridad, específicamente en el apartado correspondiente a “Dotación de alimentos y abastecimiento de agua”, además existe porcentaje representativo en los apartados de, “Servicios básicos de Salud”, “Difusión masiva a través de medios de comunicación sobre posibles métodos de hacer frente a la situación” y “Apoyo emocional”.
- No existió participación en el nivel de servicios especializados, por parte de los estudiantes encuestados, esto debido que en este tipo de intervención se requiere de un tipo de formación más específica en el ámbito de la salud mental y el apoyo psicosocial.
- En cuanto a identificar las variables que influyeron en la participación de los estudiantes, pudimos encontrar que estos se ven motivados según las siguientes afirmaciones: 1) Creo que es importante ayudar a los demás, 2) Me preocupo por el grupo al que estoy sirviendo, 3) Me permite tener una nueva perspectiva de las cosas, 4) Me permite aprender cosas a través de mi propia experiencia, 5) Puedo explorar mis propias fortalezas, mismas que se encuentran en las escalas de “Valores” y “Comprensión del IFV.
- Con respecto al impacto generado en los estudiantes posterior a su participación en acciones de SMAPS, y en discordancia con la literatura encontrada, se concluye en que el mismo generó satisfacción en la población de estudio, por ende podemos catalogarlo como positivo.
- En cuanto a la variable de formación se identificó que existe ausencia de conocimiento en una amplia población con respecto a SMAPS, pues aunque la mayoría de la población manifestó haber tenido algún tipo de formación en temáticas de Apoyo Psicosocial y Salud Mental existe un número considerable que manifestó no haber recibido capacitación alguna.
- En relación a si existió alguna diferencia en la autopercepción de los estudiantes con respecto a su nivel de conocimientos en SMAPS, antes y después del terremoto del “16 A”, se concluyó que existió un claro aumento en la percepción de los participantes, con respecto al nivel de conocimientos que los mismos tuvieron después de participar en actividades de Apoyo Psicosocial.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que la titulación de Psicología de la UTPL, promueva el desarrollo de investigación en el área de Salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de desastres y conflictos sociales, en las distintas poblaciones, enfocada tanto a damnificados directos como a personal interviniente, pues se establece como una de las líneas de acción prioritaria en el último Plan Nacional de Salud Mental.
- Así mismo se recomienda a la universidad que se involucre con las instancias competentes en salud mental y apoyo psicosocial en contextos de desastre, generando alianzas que permitan el acompañamiento, a través de los recursos humanos (docentes y estudiantes) y técnicos para apoyar al diagnóstico, intervención e investigación en este campo.
- Se recomienda a la titulación desarrollar guías institucionales de intervención en salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de desastres, que involucre tanto al personal docente como a estudiantes, lo que permitirá un accionar eficiente en caso de que se presentase un evento adverso.
- Se precisa implementar un programa de capacitación teórico - prácticos, enfocados a fortalecer las capacidades, habilidades y conocimientos, de los docentes y estudiantes en SMAPS, en contextos de desastres, garantizando en este sentido que los profesionales relacionados directamente con la titulación de psicología, tengan un buen manejo de la temática.
- Se recomienda desarrollar procesos de sistematización de la información relacionada a desastres en las diferentes fases del mismo, con una coordinación centralizada que viabilice las ayudas, supervise el trabajo de apoyo psicológico, las intervenciones psicosociales, con el objetivo de no duplicar esfuerzos y evaluar de manera científica el impacto de las acciones realizadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Abeldaño, R., & Fernández, R. (2015). salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. *SCIELO*, 431 - 442.
- American Psychological Association [APA]. (7 de Septiembre de 2017). *American Psychological Association*. Obtenido de Centro de Apoyo de la Asociación Americana de Psicología: <http://www.apa.org/centrodeapoyo/cambie.aspx>
- Aptekar, L. (1994). *Environmental disasters in global perspective*. New York : G. K. Hall & Co. Macmillan Publishing Co.
- Baloian, I., Chia, E., Cornejo, C., & Paverini, C. (2007). *Intervención Psicosocial en Situaciones de Emergencia y Desastres: Guía para el primer Apoyo Psicológico*. Santiago de Chile: Oficina Nacional de Emergencia del Ministerio del Interior - ONEMI.
- Baró, I. (1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores.
- Basauri, V. A., & Abaakouk, Z. (2010). Haití: hacia un sistema de salud mental comunitario tras la emergencia. . *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 25 - 33.
- Benítez, J. C. (2008). *El Voluntariado en Ecuador y su Inserción en las Políticas Públicas*. Quito: Manthra Editores.
- Bojórquez - Santiago, L. (2017). Análisis de las motivaciones del voluntario en Oaxaca. *Poiésis*, 27 - 45.
- Britton, N. R. (1986). *Developing an understanding of disaster*. New Zealand: Australian & New Zealand Journal of Sociology.
- Cano, A. (1 de MAYO de 2003). *Sociedad Española para la Ansiedad y el Estrés*. Obtenido de SEAS: <http://webs.ucm.es/info/seas/ta/introduc.htm>
- Chew, S. S., & Pyun, D. Y. (2015). Volunteer Motivations in Sport: Gender Differences among College Students in Singapore. *Asian Journal of Physical Education and Sport Science*, 65 - 80.
- Clary, E., Snyder, M., Ridge, R., Copeland, J., Stukas, A., & Haugen, J. (1998). Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1516 - 1530.
- Comité Permanente entre Organismos [IASC]. (2007). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia*. Ginebra: Inter-Agency Standing Committee.
- Dávila, M. C., & Chacón, F. (2005). Adaptación del Inventario de Funciones del Voluntariado al Voluntariado Español. . *Iberpsicología*, 1 - 12.
- Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja [FICR]. (2011). *Proteger. Promover. Reconocer. El Voluntariado en Emergencias*. Ginebra: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

- Federación Internacional de Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja [FICR]. (2015). *Manual de Referencia de Apoyo Psicosocial*. Copenhague: Paramedia 1405.
- Fletcher, T., & Major, D. (2004). Medical Students' Motivations to Volunteer: An Examination of the Nature of Gender Differences. *Sex Roles a journal of research.*, 51 - 109.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF]. (2005). *Marco de Acción de Hyogo*. Yokohama: Organización de las Naciones Unidas.
- Fouce, J. G. (2006). Voluntariado y psicología: Límites y cuestiones profesionales. *Revista electrónica de intervención psicosocial y psicología comunitaria*, 23 - 33.
- Fritz, C. (1961). *Contemporary social problems*. New York: Harcourt.
- García - Bendejú, L. (15 de Agosto de 2017). 10 años después: 5 aspectos que debes conocer del terremoto en Pisco. *El Comercio*, págs. 4 - 5.
- García, M. A. (2012). *Aplicación del inventario de funciones del voluntariado a los voluntarios en Colombia*. Medellín : Universidad Nacional de Colombia - sede Medellín.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. d. (2010). *Metodología de la investigación - Quinta Edición* . México D.F.: McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.
- Kohan, I., & et al. (2010). Las emergencias humanitarias y catástrofes como oportunidades estratégicas de cambio en los sistemas de salud mental. El caso del Plan Regional de Salud Mental de Huancavelica (Perú). *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 49 - 57.
- Kukley, L. (2010). Transformative experiences for Hurricanes Katrina and Rita disaster volunteers. . *Disasters*, 44 - 56.
- Latham, G., & Pinder, C. (2005). Work motivation theory and research At the dawn of the twenty-first century. *Annual Review of Psychology*, 485-516.
- López, M. (1997). Formación del Policía para Situaciones de Emergencia. *Pápeles del Psicólogo*, 35 - 37.
- López, P., & Fachelli, S. (2015). *Metodología de la Investigación Social Cuantitativa* . Barcelona : Universitat Autònoma de Barcelona.
- Matarazzo, J. (1980). *Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology*. New York: American Psychologist.
- Medina, M., Bernal, B., Galeano, M. d., & Puerto, C. (2007). Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Tendencias y Retos*, 180.
- Méndez, M., Leiva, M., Bustos, C., Ramos, N., & Moyano, E. (2010). Mapa Exploratorio de Intervenciones Psicosociales frente al Terremoto del 27 de Febrero de 2010 en la Zona Centro-Sur de Chile. *Terapia Psicológica*, 193 - 202.
- Ministerio de Salud del Perú [MINSAL]; Universidad Peruana Cayetano Heredia [UPCH]. (2005). *Módulo de Atención Integral en Salud Mental, dirigido a trabajadores de primer nivel de atención*. Lima: Ministerio de Salud del Perú.

- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2016). Guía de Salud Mental Comunitaria. En MSP, *Guía de Salud Mental Comunitaria* (pág. 6). Quito: Proyecto Creación e Implementación de Servicios de la Red de Salud Mental Comunitaria y Centros Estatales de Recuperación de Adicciones.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2017). *El terremoto del 16 de abril de 2016 - Sistematización de la respuesta del sector salud*. . Quito : Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España. (2015). *Ley 45/2015, de 14 de octubre, de Voluntariado*. Madrid: Estilo Estigraf Impresores, S.L.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública [CONACE]. (12 de Febrero de 2005). *Ministerio del Interior y Seguridad Pública*. Obtenido de Ministerio del Interior y Seguridad Pública.: www.conace.cl/archivos/9272e40371dea81aa620d19014369b5a.pdf?PHPSESSID=c93f524e1977c74719550ed86a732a6d.
- Minoletti, A., Grandón, P., Jiménez, A., & Saldivia, S. (2010). Estrategias de intervención en salud mental post terremoto y tsunami de Chile 2010: aprendizajes y desafíos desde la atención primaria. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*., 35 - 47.
- Mitchell, T. (1982). Motivation: New Directions for Theory, Research and Practice. . *The Academy of Management Review*. , 80 - 88.
- Morales, F. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. Hermosillo: Editorial UniSon.
- Navarro - Góngora, J. (2010). Reflexiones sobre la crisis de Haití: del individuo a la comunidad. *Cuaderno de Psiquiatría Comunitaria*, 9 - 21.
- Nicolás, L., Artetxe, A., Jáuregui, A., & López, S. (2000). *Intervención Psicológica en Situaciones de Emergencia*. Vitoria: Servicio de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres [UNISDR]. (2009). *Terminología sobre Reducción del Riesgo de Desastres*. Ginebra: Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres.
- Oficina Internacional del Trabajo [OIT]. (2011). *Manual de Medición de Trabajo Voluntario*. Ginebra: OIT.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura [FAO]. (2011). *Ecuador: El Ecuador un país con elevada vulnerabilidad*. Quito: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2001). *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013 - 2020*. Ginebra: Ediciones OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (30 de Marzo de 2018). *World Health Organization*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (14 de Marzo de 2019). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/social_determinants/es/#
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2010). *El Terremoto y Tsunami del 27 de Febrero en Chile, Crónica y Lecciones Aprendidas en el sector salud*. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).
- Osorio, C., & Díaz, V. (2012). Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 73 - 75.
- Palomino, P., Grande, M., & Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista internacional de Sociología (RIS)*, 71-91.
- Pérez, G., García, M. A., & Sepúlveda, L. Y. (2012). La motivación en los voluntarios: Una aplicación del inventario de funciones al caso Colombia. *Entramado*, 50 - 63.
- Piña, J., & Rivera, B. (2006). Psicología de la salud: Algunas Reflexiones críticas sobre su qué y su para qué. *Scielo*, 670-679.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (13 de Agosto de 2009). *Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo*. Obtenido de Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/presscenter/articles/2009/08/13/two-years-after-the-2007-peru-earthquake.html>
- Real Academia Española [RAE]. (12 de Febrero de 2019). *Diccionario de la Lengua Española*. Obtenido de Real Academia Española: <https://dle.rae.es/rehabilitaci%C3%B3n?m=form>
- Reynaga, J. (17 de Julio de 2019). *Universidad Nacional Autónoma de Mexico*. Obtenido de UNAM: <https://www.unamenlinea.unam.mx/recurso/83050-el-metodo-estadistico>
- Rodríguez, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. Rol de la religiosidad. *Persona y Bioética*, 196 - 204.
- Rodríguez, M. d., & Frías, L. (2005). Algunos factores psicológicos y su papel en la enfermedad: una revisión. *Psicología y Salud*, 169-185.
- Salhi Tomasetti, S. (2016). *Terremotos importantes: El terremoto de Haití 2010*. Málaga: C.E.I.P Alejandro García Garrido.
- Secretaría de Gestión de Riesgos [SGR]. (2016 a). *Informe de Situación N°71-19/05/2016 (20h30), Terremoto 7.8 ° - Pedernales*. Quito: Secretaria de Gestión de Riesgos.
- Secretaría de Gestión de Riesgos [SGR]. (2016 b). *Informe de los Resultados del taller de Lecciones Aprendidas de las Operaciones de Búsqueda y Rescate Urbano - Terremoto 16 de abril de 2016*. Montecristi: Secretaría de Gestión de Riesgos. SGR.
- Secretaría de Gestión de Riesgos [SGR]. (2018). *Plan Nacional de Respuesta ante Desastres*. Quito: Secretaría de Gestión de Riesgos.
- Secretaría de Salud de México. (2014). *Programa de acción Específico en Salud Mental 2013 - 2018*. Mexico DF: Secretaría de Salud.

- Silverman, W., & La Greca, A. (2002). Children experiencing disasters: Definitions, reactions, and predictor of outcomes. *American Psychological Association*, 11 - 33.
- Tavera, H., Bernal, I., & Salas, H. (2007). *El Sismo de Pisco del 15 de Agosto, 2007 (7.9Mw) Departamento de Ica - Perú*. Lima: Instituto Geofísico del Perú, Dirección de Sismología - CNDG.
- Thormar, S., Gersons, B., Juen, B., Djakababa, M., Karlsson, T., & Olf, M. (2013). Organizational factors and mental health in community volunteers. The role of exposure, preparation, training, tasks assigned, and support. *Anxiety, Stress & Coping*. 2013 Sep;26(6):624-42., 24 - 42 .
- Thurow, L. (1978). *Inversión en el capital Humano*. . México DF: TRILLAS.
- Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 161.
- Universidad Técnica Particular de Loja [UTPL]. (18 de Julio de 2009). *Revista Institucional de la Universidad Técnica Particular de Loja*. Loja: Editorial UTPL. Obtenido de UTPL: <https://www.utpl.edu.ec/es/acercade>
- Universidad Técnica Particular de Loja [UTPL]. (28 de Noviembre de 2019). *UTPL Alumnos*. Obtenido de Universidad Técnica Particular de Loja: <https://presencial.utpl.edu.ec/psicologia/malla-curricular>
- Valero, M., García Renedo, M., & Gil Beltrán, J. (10 de Enero de 2001). Conceptualización y Delimitación del término Desastre. Castellón de la Plana, Castellón, España.
- Villalibre, C. (1 de Junio de 2013). Concepto de Emergencia, Urgencia, Desastre y Catástrofe: Revisión Histórica y Bibliográfica . Oviedo, Asturias , España .
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of Health. The solid facts*. Madrid: Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud.

ANEXOS

Anexo 1. Encuesta "Identificación de Intervenciones en Apoyo Psicosocial".



"IDENTIFICACIÓN DE INTERVENCIONES EN APOYO PSICOSOCIAL"

La siguiente encuesta tiene como objeto recolectar información para determinar el nivel de involucramiento en actividades de Apoyo Psicosocial de los estudiantes de la UTPL, referentes al terremoto suscitado el 16 de abril del 2016, en provincias de la costa norte de Ecuador.

Asi mismo cabe recalcar que es de carácter anónimo, por lo que se recomienda tomarse el tiempo necesario para completar este instrumento, asi como responder a cada uno de los items con seriedad y sinceridad.

1. Datos Generales:

1.1 Género		1.2 Ciclo Académico	
Masculino		4to	
		6to	
Femenino		8vo	
		10mo	
1.3 Edad			

2. Niveles de Intervención en Apoyo Psicosocial:

2.1	¿Realizó Ud. alguna actividad en apoyo a los damnificados del terremoto suscitado el 16 de abril del 2016, en la costa norte del país? Si la respuesta es NO, pase directamente al apartado 3.	Si	
		No	
2.2	¿Se movilizó a alguno de los sectores que resultaron mayormente afectados (Manabí o Esmeraldas), a realizar actividades en beneficio de los damnificados?	Si	
		No	

Marque con una (X) unicamente las actividades en las que haya participado, cabe recalcar que las mismas no necesariamente se las tuvo que haber realizado dentro de la universidad:

2.3	Dotación de alimentos y abastecimiento de agua.	
2.4	Implementación de albergues .	
2.5	Servicios básicos de salud.	
2.6	Lucha contra enfermedades transmisibles.	
2.7	Rastreo y reunificación de la familia.	
2.8	Asistencia en los duelos y ceremonias comunitarias de reparación.	
2.9	Difusión masiva a través de medios de comunicación sobre posibles métodos de hacer frente a la situación.	
2.10	Programas de apoyo a padres y madres para resolver problemas con los hijos.	
2.11	Actividades de educación escolar y extra escolar.	
2.12	Actividades para proporcionar nuevos medios de vida y activación de redes sociales, por ejemplo, mediante grupos de mujeres y grupos de jóvenes.	
2.13	Apoyo emocional.	
2.14	Primeros auxilios psicológicos.	
2.15	Atención básica en salud mental.	
2.16	Apoyo psicológico para personas que padecen trastornos mentales graves.	
2.17	Apoyo psiquiátrico para personas que padecen trastornos mentales graves.	
2.18	Remisión a servicios especializados.	
2.19	Otros, especifique:	

3. Motivación e impacto											
3.1	Señale las razones por las cuales Ud. no participó en actividades de Apoyo Psicosocial relacionadas al evento del 16 de Abril del 2016.										
3.7	Con respecto a las actividades que realizó en el evento del 16 de abril del 2016 ¿Cual es el nivel de satisfacción generado en ud.?								Muy satisfecho		
									Satisfecho		
									Poco satisfecho		
									Insatisfecho		
									Muy insatisfecho		
4. Preparación académica											
4.1	¿Tuvo Ud. Algún proceso de formación académica referente a la temática de Apoyo Psicosocial, antes, durante o después, del terremoto suscitado el 16 de abril del 2016, en la costa norte del país? Si la respuesta es NO, le agradecemos por su colaboración.								Si		
									No		
Marque con una (X) únicamente los procesos de formación en los que haya participado, cabe recalcar que éstos no necesariamente tuvieron que haber sido realizado dentro de la universidad:											
4.2	Charlas								4.6	Simposio	
4.3	Talleres								4.7	Congreso	
4.4	Cursos								4.8	Foro	
4.5	Seminarios								4.9	Materias universitarias.	
4.10	Otros, especifique:										
4.11	¿Cuál crees que fue tu nivel de conocimiento previo en temáticas de Apoyo Psicosocial con respecto a las actividades relacionadas a este evento?										
	0 (Completamente Insatisfecho)	1	2	3	4	5 (Neutro)	6	7	8	9	10 (Completamente Satisfecho)
4.12	¿Cuál crees que fue tu nivel de conocimiento en actividades relacionadas al Apoyo Psicosocial, posteriores a este evento?										
	0 (Completamente Insatisfecho)	1	2	3	4	5 (Neutro)	6	7	8	9	10 (Completamente Satisfecho)
GRACIAS											

Anexo 2. "Inventario de Funciones del Voluntariado – IFV, adaptación colombiana"

ENCUESTA DE FUNCIONES DE VOLUNTARIADO																						
<p>Estimado Estudiante,</p> <p>La presente encuesta tiene como objeto identificar que tipo de variables que influyeron para que Ud. participe en actividades de voluntariado, referentes al terremoto suscitado el pasado 16 de abril del 2016 en la costa norte del Ecuador.</p>																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Totalmente en desacuerdo</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> <tr><td>En desacuerdo</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr><td>Un poco en desacuerdo</td><td style="text-align: center;">3</td></tr> <tr><td>Neutro</td><td style="text-align: center;">4</td></tr> <tr><td>Un poco de acuerdo</td><td style="text-align: center;">5</td></tr> <tr><td>De acuerdo</td><td style="text-align: center;">6</td></tr> <tr><td>Totalmente de acuerdo</td><td style="text-align: center;">7</td></tr> </table> <p>Para las siguientes afirmaciones responda en base a la escala que se presentan en la Tabla 1.</p>	Totalmente en desacuerdo	1	En desacuerdo	2	Un poco en desacuerdo	3	Neutro	4	Un poco de acuerdo	5	De acuerdo	6	Totalmente de acuerdo	7	<p>15. La experiencia de ser voluntario se verá bien en mi hoja de vida.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7
Totalmente en desacuerdo	1																					
En desacuerdo	2																					
Un poco en desacuerdo	3																					
Neutro	4																					
Un poco de acuerdo	5																					
De acuerdo	6																					
Totalmente de acuerdo	7																					
1	2	3	4	5	6	7																
<p>1. El ser voluntario mejora mi estado de ánimo, cuando me he sentido mal.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>16. Mis amigos son voluntarios.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>2. El ser voluntario, me hace sentir menos solo/a.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>17. La gente que está cerca de mí quiere ser voluntario.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>3. Hacer trabajo voluntario me libera de culpas por ser más afortunado que otros.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>18. Gente que conozco comparte un interés en el servicio comunitario.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>4. El ser voluntario me ayuda a trabajar hacia mis problemas personales.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>19. Las personas cercanas a mí dan un gran valor al servicio a la comunidad.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>5. El ser voluntario es un buen escape de mis propios problemas.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>20. El ser voluntario es una actividad importante para la gente que más conozco.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>6. Como voluntario me preocupo por los menos afortunados que yo.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>21. Como voluntario puedo aprender más acerca de la causa por la que estoy trabajando.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>7. Como voluntario me preocupo por el grupo al que estoy sirviendo.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>22. El ser voluntario me permite tener una nueva perspectiva de las cosas.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>8. Como voluntario siento compasión hacia las personas necesitadas.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>23. El ser voluntario me permite aprender cosas a través de mi propia experiencia.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>9. Como voluntario creo que es importante ayudar a los demás.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>24. Como voluntario puedo aprender a lidiar con una variedad de personas.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>10. Como voluntario puedo hacer algo por una causa que es importante para mí.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>25. Como voluntario puedo explorar mis propias fortalezas.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>11. El ser voluntario puede ayudarme a entrar en un lugar donde me gustaría trabajar.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>26. El ser voluntario me hace sentir importante.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>12. Como voluntario puedo hacer nuevos contactos que me ayuden en mi negocio o carrera.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>27. El ser voluntario aumenta mi autoestima.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>13. El ser voluntario me permite explorar varias opciones de carrera.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>28. El ser voluntario me hace sentir necesario.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
<p>14. El ser voluntario me ayudará a tener éxito en mi profesión.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7	<p>29. El ser voluntario me hace sentir mejor conmigo mismo.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7							
1	2	3	4	5	6	7																
1	2	3	4	5	6	7																
	<p>30. Como voluntario puedo hacer amigos.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr> </table>	1	2	3	4	5	6	7														
1	2	3	4	5	6	7																
<p>GRACIAS, POR SU COLABORACIÓN.</p>																						