



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

Políticas públicas en salud mental para los damnificados por fenómeno El Niño costero del
Caserío Pedregal chico – Catacaos, 2019

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestra en Gestión Pública

AUTORA:

Br. Noblecilla Saavedra, Judith Nataly (ORCID:0000-0002-2182-2041)

ASESOR:

Mg. Torres Mirez, Karl Friederick (ORCID:0000-0002-6623-936X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de Políticas Públicas

Piura – Perú

2019

Dedicatoria

A mi madre por su amor incondicional y por motivarme a seguir creciendo personal y profesionalmente.

A mis queridas hermanas, por brindarme su apoyo constante y por ser mi soporte en los momentos más difíciles de mi vida.

Agradecimiento

A los profesionales de salud mental por brindarme un poco de tiempo en su recargada agenda.

A los damnificados por permitirme ingresar a sus hogares y compartir conmigo sus vivencias.

A mi asesor por todos los conocimientos brindados.

Sin ellos nada de esto sería posible.

Página del Jurado



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS


Siendo las 16:00PM del día 11 de diciembre de 2019, se reunió el Jurado evaluador para presenciar la sustentación de la tesis titulada: POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD MENTAL PARA LOS DAMNIFICADOS POR FENÓMENO EL NIÑO COSTERO DEL CASERÍO PEDREGAL CHICO - CATACAOS, 2019, presentada/o por el /la bachiller NOBLECILLA SAAVEDRA JUDITH NATALY.

Luego de evidenciar el acto de exposición y defensa de la tesis, se dictamina: _____

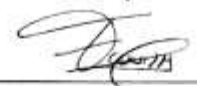
Aprobar por Unanimitad

En consecuencia, el/la/ graduando se encuentran en condición de ser calificado/a/ como *Apta* para recibir el grado de MAESTRO EN GESTIÓN PÚBLICA


Piura, 11 de diciembre de 2019



Dr. CORDOVA PINTADO MANUEL JESÚS
PRESIDENTE



MG. CASOSOL MORENO FERNANDO ELÍAS MANUEL
SECRETARIO



MG. TORRES MIREZ KARL FRIEDERICK
VOCAL



Declaratoria de Autenticidad

Yo, Noblecilla Saavedra Judith Nataly, estudiante del Programa de Maestría en Gestión Pública de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo, con DNI 02898284, con la tesis titulada **“Políticas públicas en salud mental para los damnificados por fenómeno El Niño costero del Caserío Pedregal chico – Catacaos, 2019”**.

Declaro bajo juramento que:

- 1) El proyecto de tesis es de mi autoría
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por tanto la tesis no ha sido plagado ni total ni parcialmente.
- 3) El proyecto de tesis no ha sido autoplagiado; es decir no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por lo tanto los datos que se presentan en el proyecto de a tesis constituirán aportes a la realidad investigada.

De identificarse fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a sus autores), autoplagio (presentar como nuevo algún trabajo de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros) asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a la normatividad vigente de la Universidad Cesar Vallejo.

Piura, Junio de 2019



Judith Nataly Noblecilla Saavedra.

DNI: 02898284

Índice

Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del Jurado.....	iv
Declaratoria de Autenticidad.....	v
Índice.....	vi
Índice de Tablas.....	viii
Índice de Figuras.....	viii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MÉTODO.....	16
2.1. Tipo y Diseño de investigación.....	16
2.2. Escenario de Estudio.....	19
2.3. Participantes.....	20
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	21
2.5. Procedimiento.....	24
2.6. Método de análisis de la información.....	24
2.7. Aspectos Éticos.....	25
III. RESULTADOS.....	26
IV. DISCUSIÓN.....	34
V. CONCLUSIONES.....	38
VI. RECOMENDACIONES.....	40
REFERENCIAS.....	41
ANEXOS.....	45
Matriz de Consistencia.....	46
Instrumentos.....	48
Consolidado de resultados.....	53
Material teórico.....	64
Acta de aprobación de originalidad de la Tesis.....	77
Pantallazo del Software Turnitin.....	78

Formulario de Autorización para la Publicación de la Tesis	79
Autorización de la versión final del Trabajo de investigación.....	80

Índice de Tablas

<i>Tabla 1 Pre categorización de variables</i>	19
--	----

Índice de Figuras

<i>Figura 1</i> Primer nivel de intervención	28
<i>Figura 2</i> Segundo nivel de Intervención	30
<i>Figura 3</i> Tercer nivel de intervención.....	32
<i>Figura 4</i> Afectación psicológica	33

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar si el Plan de emergencia implementado durante el fenómeno El Niño costero del 2017, ha logrado restablecer la salud mental de los damnificados del Caserío Pedregal chico – Catacaos. Se ha desarrollado bajo un paradigma naturalista y una metodología cuantitativa; fue de enfoque hermenéutico y fenomenológico. Se usó la técnica de la entrevista y la observación; la entrevista se aplicó a 7 damnificados y 3 especialistas en salud mental, la observación se aplicó a los damnificados para determinar el nivel de afectación psicológica. Las pre categorías primer nivel de intervención conto con 4 rasgos, el segundo nivel de intervención contó con 3 rasgos, el tercer nivel de intervención con 4 rasgos y la afectación psicológica contó con 4 rasgos. Los resultados alcanzados mediante las entrevistas y la observación realizada permiten afirmar que el Plan de emergencia implementado durante el fenómeno El Niño costero del 2017, no ha logrado restablecer la salud mental de los damnificados del Caserío Pedregal chico – Catacaos.

Palabras claves: Plan de emergencia, intervención psicológica, afectación psicológica, desastres naturales.

Abstract

The main objective of the present investigation was to determine if the Emergency project implemented during the coastal The boy phenomenon of 2017 has been able to restore the mental health of the victims of populated center Pedregal chico - Catacaos. It has been developed under a naturalist paradigm and a quantitative methodology; It was hermeneutic and phenomenological. The technique of interviewing and observation was used; said instruments passed by judges' criteria. The interview was applied to 7 victims and 3 specialists in mental health, the observation was applied to the victims to determine the level of psychological affectation. The pre-categories first level of intervention counted with 4 traits, the second level of intervention had 3 traits, the third level of intervention with 4 traits and emotional involvement had 4 traits. The results obtained through the interviews and the observation made allow to affirm that the Emergency Plan implemented during the The boy coastal phenomenon of 2017, has not been able to restore the mental health of the victims of populated center Pedregal chico - Catacaos.

Keywords: Emergency plan, psychological intervention, emotional involvement, natural disasters.

I. INTRODUCCIÓN

La humanidad se muestra preocupada ante la intensidad y frecuencia de las amenazas causadas por los desastres naturales. En los años 90 varios países de América Latina fueron afectados por éstos (Vargas, 2002), esa situación empeora a causa de las singularidades de la Región, que se manifiestan en el entorno económico, social, cultural y ambiental, (Ramos, 2000). Debido a ello cada vez se evidencia mayor interés por parte de los países para aplicar políticas legales, económicas, técnicas, e institucionales que disminuyan el impacto destructor que puede generar consecuencias nefastas en las personas y comunidades.

Las Naciones Unidas comprometidos en plantear acciones para minimizar el peligro de desastres, aprobaron un lineamiento llamado Marco de Hyogo (MAH) para mitigar la fragilidad ante las amenazas naturales, el objetivo de este instrumento es desarrollar la capacidad de afrontamiento de los estados y sociedades frente a los avatares de la naturaleza. Por su parte la OMS y OPS se percataron que la atención del estado emocional antes estos casos era fundamental debido a la angustia, desesperanza, impotencia, enojo, tristeza y ansiedad que traen consigo, hasta eventos más graves como adicciones (principalmente alcohol), depresión, trastorno por estrés post-traumático, etc. (Villamil, 2014); por ello, en el año 2002 publican una guía para direccionar el “qué hacer” en situaciones de emergencia, la guía plantea procedimientos prácticos para el reconocimiento y manejo de las distintas expresiones psicosociales que muestran algunas víctimas de desastres.

Nuestro país también responde a esta necesidad impulsando la formulación y adopción de políticas públicas para la Gestión del Riesgo de Desastres, consecuencia de lo cual se aprobó la Ley 29664, Ley de creación del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres – SINAGERD. La Ley 29664, considera al Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres como una de las primordiales herramientas de SINAGERD; que compone diferentes fases, y tiene por objeto determinar procesos, estratégicas, protocolos, y acciones indispensables para puntualizar lo fijado por la Ley.

Durante el devastador fenómeno ambiental que golpeó al Perú en el 2017, el ministerio de salud implemento la atención en salud mental mediante campañas de salud en poblaciones vulnerables y la conformación de equipos multidisciplinarios que a su vez durante su intervención fue preparando a nivel nacional profesionales en salud mental, el MINSA implementó normas técnicas a favor de las víctimas, para atender la salud colectiva.

Debido a que Piura fue una de las regiones más seriamente afectadas por el fenómeno, con 45 mil afectados, y 15 mil damnificados en Catacaos (COER, 2018), el Ministerio de Salud implementa un plan de recuperación y rehabilitación en salud mental designado a los pobladores de Piura; abarca actividades de apoyo psicosocial en los albergues temporales, también se realiza la detección de casos mediante el tamizaje y el diagnóstico a través de las baterías de pruebas. Las actividades promovidas por la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud, propone el ordenamiento de la comunidad y la formación de promotores, que logren sensibilizar y educar a la población que se encuentra en los albergues y detectar trastornos mentales y problemas psicosociales. De esa forma, se proporcionar personal de salud para brindar atención a las personas que lo requieran. (Zapata, 2018).

En base a lo establecido anteriormente, se hace necesario indagar ¿qué tan eficiente ha sido el plan establecido por el MINSA para la intervención en salud mental de los damnificados por El Niño costero del 2017? ¿Se siguieron los protocolos planteados en las guías de intervención integral? Como profesional de esa área de la salud y preocupada de la repercusión en el bienestar psicológico de los pobladores del caserío Pedregal el tema se presenta como necesario de abordar.

Con la finalidad de adentrarnos en el tema de investigación se consideró necesario consultar a diferentes fuentes, entre ellas investigaciones realizadas en universidades, así como también artículos científicos. Por ello en el ámbito internacional podemos citar a Gaeta (2015) quién realizó la investigación denominada “*La Intervención Comunicativa para la Reducción del Riesgo de Desastres. Análisis de las políticas y las prácticas comunicativas en tiempos normales*”. La finalidad de la investigación fue minimizar el peligro generado por los desastres naturales, generando mejores prácticas para las comunidades. Como objetivos específicos

plantea: 1) Conocer y explicar los planes de reducción del riesgo de desastres naturales expresados en políticas públicas internacionales y nacionales; 3) Conocer y explicar la función de la comunicación en los planes de reducción del riesgo de desastres naturales y 4) Conocer y explicar las principales estrategias comunicativas nacionales para la reducción del riesgo de desastres. El estudio responde a un tipo cualitativo con enfoque etnográfico. El método de investigación un estudio de caso y para ello se eligió al Consejo Popular Vedado-Malecón del municipio capitalino Plaza de la Revolución circunscripción n° 62, ya que ésta circunscripción se encuentra en riesgo de inundación durante todo el año. Se aplicaron entrevistas individuales a informantes y actores, entrevistas grupales a actores comunitarios, cuestionario a líderes informales, revisión documentaria y observación. Concluye: hay una evidente preocupación internacional y nacional por reducir el riesgo de desastres; sin embargo, aún predomina la percepción de que debemos prepararnos para el desastre en vez de desarrollar estrategias que permitan reducir la vulnerabilidad.

Abeldaño (2014) en su artículo *“Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad”*; desarrolló un estudio narrativo, cuya finalidad fue investigar sobre los modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre. Se consideraron escritos recuperados de diversas revistas científicas en tres idiomas diferentes; también se exploraron algunos sitios web de organizaciones internacionales y gubernamentales. El artículo muestra los siguientes resultados: 1) Los modelos de abordaje analizados fueron creados desde diferentes enfoques; 2) Son pocos las guías que plantean intervenciones de tipo comunitaria como instrumento principal; 3) Es necesario crear y sostener planes que consideren intervenciones de tipo psicosocial, que se centren en la participación de la comunidad y su empoderamiento; 4) Las guías de abordaje psicosocial aún presenten varias deficiencias las cuales se deben subsanarse, para que así los organismos, los profesionales y la propia comunidad cuente con documentos que sean de apoyo; 6) Los gobiernos son los responsables de la aplicación de las estrategias, y que estas prosperen depende principalmente de su mantenimiento en el tiempo.

Soares y Murillo (2013), realizaron un artículo denominado *“Gestión de riesgo de desastres, género y cambio climático percepciones sociales en Yucatán, México”*; cuyo

objetivo fue buscar la reflexión sobre la articulación que se debe establecer entre la equidad de género y la gestión de riesgo de desastres. La investigación es de tipo cualitativa con estudio de casos, se realizó en algunas localidades de Yucatán - México. Se utilizó como instrumentos entrevistas y encuestas; se desarrollaron 399 encuestas y 23 entrevistas de las localidades de Celestún, San Felipe, Ixil y Sisal. Los resultados muestran: 1) En San Felipe existe aceptación del trabajo institucional realizado sobre la atención de desastres; 2) En la municipalidades de Celestún e Ixil, los ediles sin incapaces de ayudar a las comunidades ante los problemas originados por los desastres naturales; 3) En Ixil, solo el 42% aprueba el quehacer institucional; 4) La constante rotación de personal de las municipalidades origina gastos innecesarios, ya que el nuevo personal debe ser capacitado, y esa capacitación no logra fortalecer capacidades de prevención y respuesta; y 5) Referente a la aproximación de protección civil al enfoque de equidad de género, se afirma que sólo San Felipe está cumpliendo dicho objetivo. Los autores concluyen que: Las municipalidades presentar falencias para gestionar riesgos ante desastres, así como también para promover la igualdad de género.

Zapata (2019), en su investigación denominada “*Evaluación de la Implementación de las Políticas Públicas de Reparaciones en Salud Mental, para atender las Secuelas de la Violencia Política en el Perú, del periodo 1980 al 2000 en regiones priorizadas*”, plantea como objetivo principal analizar las políticas públicas sectoriales de salud mental y el presupuesto público para reparar las secuelas de la salud mental de las víctimas del periodo de violencia política 1980-2000. Sus objetivos específicos fueron: 1) evaluar si el Estado ha reparado la salud mental en el plano individual en las víctimas de la violencia del periodo 1980-2000; 2) demostrar que el Estado ha reparado la salud mental en el plano familiar en las víctimas de la violencia del periodo 1980-2000; y 3) comprender los motivos por los cuales el Estado aún no ha reparado la salud mental en el plano comunal en las víctimas de la violencia del periodo 1980-200. Se realizó a través de una investigación cualitativa; asimismo, se consideró la etnografía, el estudio de casos, las entrevistas a profundidad, la observación a participantes y revisión de leyes, decretos y resoluciones. El escenario de estudio fueron las regiones de Ayacucho, Apurímac y Cusco donde habitan las víctimas del periodo de la violencia de los años 1980 al 2000 que están alistados en el registro único de víctimas (RUV).

Los sujetos del estudio han experimentado situaciones traumáticas; fueron torturados, desalojados de su zona de origen, algunos sufrieron la pérdida de familiares debido a que se oponían a las nuevas ideologías, alistados en el RUV del consejo de reparaciones. Se estudio llegó a los siguientes resultados: 1) El gobierno establece políticas para la atención en salud mental, pero el plan de reparación prioriza más por la reparación económica colectiva e individual; 2) Se logra evidenciar mediante la página amigable del Ministerio de economía y finanzas que las regiones mediante las unidades ejecutoras, trasladan los presupuestos a otros productos sin solicitar autorización al Ministerio de Salud por ello no se cuenta con el presupuesto necesario para poder lograr la recuperación de las víctimas; 3) El Ministerio de Salud a través de sus unidades ejecutoras deben incorporar presupuesto en el producto de Comunidades con poblaciones víctimas de la Violencia Política, con el fin de contratar profesionales especializados en salud mental para el trabajo comunitario con las familias; 4) Las Direcciones Regionales de salud deben realizar el monitoreo constante en las unidades ejecutoras, respecto a la ejecución presupuestal, la calidad de gasto a través del cumplimiento de metas, para ello los gestores deben capacitarse para conocer los procesos administrativos de la gestión pública.

Berrocal (2016) investiga sobre las dificultades presentadas al implementar el programa de reparación en la salud mental (PRSM) de los afectados por el conflicto armado interno (CAI) en Ayacucho entre el 2006 y el 2014. El objetivo de la investigación radicó en registrar los sucesos en la región de Ayacucho. La metodología fue cualitativa, y el nivel fue exploratorio. Se utilizó como técnica la entrevista, las cuales fueron semiestructuradas y se aplicó a las personas vinculadas a la implementación del PRSM; así también realizó una guía documentaria para analizar las fuentes secundarias. El estudio logró determinar que: 1) Se realizó un tipo de intervención comunitaria bajo un arquetipo de atención clínico; se evidencia que el modelo comunitario o psicosocial está planteado teóricamente; 2) El programa no logro reconstruir las redes de apoyo social, no fortaleció las capacidades y no recuperó la salud mental y física de los afectados; 3) Los EESS de la Red de la región Ayacucho, no han accedido realmente a la atención; 4) El deficiente tratamiento para el estrés postraumático pudo haber sido el causante de que algunas personas todavía muestren síntomas psicóticos y trastornos ansiosos. Como conclusiones relevantes se destaca: 1) El PRSM en Ayacucho, se

crea con la finalidad de reparar el daño generado por el conflicto armado interno; 2) Ese programa se implementa desde el enfoque clínico originándose inconvenientes debido al incorrecto diagnóstico, esto dificulta alcanzar resultados adecuados; 4) No disponer de profesionales especializados, la falta de equipos, las limitadas instalaciones y las guías inadecuados en las redes de salud de Ayacucho son el origen de los resultados poco favorables; 5) Los protocolos existentes no permiten separar a los que tienen problemas de SM y los que no; 6) Los profesionales deben ser quechua hablantes.

Neuhaus (2013), realizó una tesis donde busco identificar factores que limitan una implementación efectiva de la gestión del riesgo de desastres (GRD) a nivel local, en distritos seleccionados de la región de Piura. Sus objetivos específicos fueron: 1) Conocer si hay predisposición política para la implementación del enfoque de gestión del riesgo; 2) Determinar si el personal responsable de implementar dicho enfoque posee las competencias necesarias para la labor; y 3) Determinar si hay y se usan procedimientos para hacer el seguimiento a la implementación de la GRD local. La metodología fue cualitativa de tipo exploratoria – descriptiva. Realizó la entrevista, evaluación de saberes y verificación de documentos. La unidad de análisis fueron los trabajadores responsables de la GRD, los expertos y los alcaldes de las localidades de Buenos Aires, Morropón y San Juan de Bigote; el muestreo fue no probabilístico por conveniencia. La muestra fue constituida por 9 colaboradores, 2 expertos, 4 funcionarios y 3 alcaldes. El estudio obtuvo los siguientes resultados: 1) Los políticos, funcionarios y la población en general no conocen bien el enfoque de GRD; 2) La GRD no es políticamente atractivo, ya que no es visible el trabajo, y por lo tanto no generará votos; por el contrario las acciones para prepararse y atender situaciones de desastres son visibles y se pueden aprovechar políticamente; 4) Los pobladores manifiestan tener varias necesidades por cubrir, por ello los gobernantes se centran en ello, y no ven como prioridad la GRD. Como conclusiones relevantes se destaca: 1) Los funcionarios evidencian un comportamiento a corto plazo, esto explica la causa de que la GRD no se implementa correctamente; 2) Los gobiernos locales mediante la secretaría de Defensa Civil están a cargo del elemento reactivo, sin embargo, el elemento correctivo y prospectivo no cuentan con unidad de ejecución; 3) La experiencia evidencia que localmente falta responsabilidad con la GRD.

Con la finalidad de brindar sustento teórico se recurren a algunos autores que nos brindan variada información en cuanto a las políticas públicas en salud mental, salud mental y desastres naturales. Así, la organización mundial de la salud (OMS, 2013), conceptualiza la salud mental (SM) como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La SM se vincula al desarrollo de las diferentes capacidades humanas en las diversas circunstancias de la vida. Está relacionada a la oportunidad de gozar y sentir placer de lo que hacemos, sea grande o pequeño. Supone construir y desarrollar vínculos activos, transformadores de la realidad, que nos permitan atender nuestras necesidades y responsabilizarnos por nuestro propio bienestar psíquico y el de los demás. (Minsa, 2006).

La salud mental es fruto de todos los aspectos de la vida cotidiana, porque no solo depende de factores físicos sino en gran parte de factores psicológicos y ambientales. En este sentido, se puede decir que las personas son muy vulnerables, ya que están expuestos a sufrir un problema de salud mental en cualquier momento de sus vidas. (Voluntariado de Salud mental, 2015).

Por su parte la Organización mundial de la salud (OMS, 2008) considera que las políticas de salud pública son intervenciones específicas necesarias para hacer frente a los problemas sanitarios prioritarios mediante actividades transversales de prevención y promoción de la salud.

Las políticas públicas en salud son toda política generada o no en el sector, y dirigida a promover la salud y/o prevenir la enfermedad, cuyos objetivos debieran estar orientados a reducir equitativamente en la población los riesgos de enfermar y exponerla equitativamente a condiciones saludables. (Romero, Jiménez, Gonzales y Álvarez, 2009).

La propuesta de *políticas públicas en salud mental* ha sido un tema por mucho tiempo olvidado, sin embargo en los últimos cinco años se han evidenciado cambios significativos, ya que el MINSA ha impulsado algunos instrumentos de política fundamentales, estos son: *Los lineamientos para la acción en SM* que pretende ofrecer una serie de indicaciones que puedan establecerse con apoyo de la planificación de tareas en SM, *El Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Mental y Cultura de Paz* que pretende dirigir el abordaje de los problemas de SM como prioridad en salud y *El Plan Nacional de Salud Mental* que se establece como una herramienta técnica normativa que fomenta iniciativas y tareas sectoriales e intersectoriales de gran impacto que originan ambientes y estilos de vida saludables. Se indica que estos instrumentos pretenden encuadrarse dentro del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) acogido por el MINSA, que considera al individuo como prioridad del modelo de atención; asegura el acceso justo y absoluto a la atención integral en SM, fortalece y desarrolla el potencial humano en SM a través de la formación, la supervisión y el soporte del personal del sector salud y de otros sectores.

El Modelo de Atención integral de salud cuenta con una serie de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos, que podrían avalar la atención y la satisfacción de las necesidades de las personas, familias y comunidad; siempre y cuando se efectúen adecuadamente. (MINSA, 2003). El modelo propone la forma como se deben organizar y desarrollar las actividades y prestaciones, y la forma como los recursos del país son dirigidos para recuperar la salud de la comunidad.

Un modelo de salud integral considera criticar el modelo moderno establecido en niveles binarios utilizados en el entendimiento de las personas y, consecuentemente de su salud. Hablar de salud física y de salud mental supone un concepto de sujeto fragmentado y dividido. Hoy se sabe que una no se encuentra aislada de la otra; pero esa errada percepción ha limitado el abordaje de las enfermedades y, por tanto, no ha coadyuvado a una intervención acorde con las demandas.

Este modelo es comprendido mediante tres definiciones: 1) dimensiones de abordaje.- propone la dimensión de gobierno y la operativa; la primera, considerada como un espacio de

gestión de políticas, planes y programas en los diferentes niveles de gobierno; la segunda representada por los EESS y los organismos sociales; 2) Los espacios objetivos.- individuos, familias y comunidades; y 3) las situaciones objetivas.- la atención de necesidades y el tratamiento específico de la salud.

Los *modelos basados en el tipo de intervención comunitaria*, según Osorio y Díaz (2012), busca mejorar las habilidades de individuos y comunidades perjudicadas por desastres, con el fin que sean partícipes de las actividades de ayuda y desarrollo, fomentadas por los profesionales y las organizaciones. Se halló gran tendencia a dirigir la intervención psicosocial hacia la participación de la comunidad y a fortalecer al individuo.

Una manera de ayudar a las personas o familias que han sufrido un evento traumático es realizando *intervención psicológica*, de esta forma se puede disminuir las repercusiones en la SM de los afectados. Las cuatro fases de las intervenciones planteadas por la OPS (2006) son: Fase pre-crítica, fase crítica, fase post-crítica y fase de recuperación.¹

Las principales intervenciones que se deben desarrollar según la Asociación de capacitación e investigación para la Salud Mental (ACIPLSM, 2001) son: 1) *Comunitarias preventivas*; orientar e informar a la comunidad, realizar labores con adolescentes y niños, formar grupos para soporte emocional y ayuda. 2) *Preventivas con personas que presentan reacciones emocionales*; se realizan en caso de duelos o comportamientos violentos, empleando procedimientos en grupo o individuales, y 3) *Individuales y grupales con personas que presentan trastornos*; se aplican a personas con ataques de pánico, somatización, estrés postraumático, ansiedad, etc.

Para el caso de intervención en situación de desastre tenemos al Comité Permanente entre Organismos (IASC) (2007) que plantea *unos lineamientos guía para la intervención en salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*: 1) **Organización comunitaria y apoyo a la comunidad**: Lograr que la comunidad se movilice y controle las

¹ Revisar en anexos la Guía Práctica de salud mental en situación de desastres.

respuestas de emergencia, brindar el apoyo psicosocial a los niños y sus cuidadores, brindar espacios adecuados para el ejercicio terapéutico, cultural y religioso; **2) Servicios de salud:** Proveer la atención en salud, proveer los servicios de salud a individuos que presenten problemas graves de SM, atender y cuidar a sujetos con trastornos mentales graves, minimizar los daños originados por el consumo de sustancias alcohólicas y psicoactivas; **3) Educación:** Permitir que la población afectada acceda a una educación segura; y **4) Difusión de información:** Brindar toda la información necesaria sobre la emergencia a la comunidad afectada, así como proporcionar recursos y estrategias que les permitan enfrentar la situación.

La intervención comunitaria propone acciones de promoción, prevención, atención y recuperación, a nivel individual y grupal, de las comunidades afectadas por los avatares de la naturaleza. El Manual de apoyo y guía de procedimientos en salud mental también incluye componentes pedagógicos; la guía de recursos pedagógicos para el apoyo socioemocional frente a situaciones de desastre, habla de apoyo socioemocional a la población infantil y a la comunidad por parte de los centros educativos. (Osorio y Díaz, 2012).

El *Ministerio de Salud* (2009), plantea una *guía de SM* en donde unifica criterios de intervención en SM para casos de emergencia y desastre; ahí se consideran acciones vinculadas a impulsar la promoción, prevención e intervención en SM. Esta guía se ajusta a lo planteado por el IASC (2007). La guía plasma un perfil para los participantes del equipo: experiencia mínima de 4 años ejerciendo la profesión, experticia en desmovilización emocional, técnicas psicoterapéuticas, práctica en salud mental comunitaria y conocimiento sobre técnicas de rescate y supervivencia.

En esta guía también se consideran *tres niveles de intervención en salud mental* que se plantean como las pre categorías de la investigación; el *primer nivel de intervención* brinda la primera respuesta de atención en salud mental a miembro y/o miembros de la población, determina las acciones que deberán realizarse durante los primeros 30 días de ocurrido el desastre; entre ellas tenemos la desmovilización de la persona afectada (a través de protocolos

según grupo etario²) y detección de casos de estrés u otro problema de salud mental. El **segundo nivel de intervención** se realiza 30 días post evento se establece cumplido los 30 días post evento, en este nivel encontramos el monitoreo y seguimiento de las movilizaciones realizadas (se aplica una ficha de monitoreo); detección de personas con trastornos mentales (aplicación de pruebas psicológicas); e intervención específica en casos detectados (tratamiento ambulatorio en centros de salud y hospitalización en centros especializados). Y el **tercer nivel de intervención** se realiza en los doce meses posteriores al desastre; en donde realizan acciones de supervisión del primer y segundo nivel (a través de ficha de supervisión), detección de casos nuevos (aplicación de pruebas psicológicas), intervención específica en casos nuevos y seguimiento de casos (revisión de historias clínicas en pacientes con tratamiento ambulatorio).

Otro pre categoría propuesta es la afectación psicológica, que implica la evidencia de algún tipo de afectación o alteración de ciertas funciones o capacidades mentales de algún individuo, lo que podría generar un deterioro provisional o definitivo del funcionamiento general de la persona. (Comisión de trabajo IML/CAPS/MR/PUCP 2008).

El 27 de Marzo del 2017, el SENAMHI lanzó una alarma, donde se avisa de gran probabilidad de lluvias y tormentas eléctricas en varios sectores. Por ello se declara prioridad regional el estado de emergencia; en consecuencia se aprueba una política articulada de atención integral en la Región Piura dando énfasis en cuanto a compromisos orientados hacia la atención en Salud Mental.

En base a ello la Dirección de Salud de Piura (DIRESA Piura, 2017) crea un **Plan de emergencia en salud mental** cuyos objetivos fueron: conformar el comité de emergencia en salud mental, convocar a los brigadistas en SM capacitados en atención ante situaciones de emergencia, elaborar un plan de atención, coordinar para brindar un refrescamiento y/o capacitar a aquellos que necesiten conocer acerca de lo que es una atención en SM mental en emergencia y desastres, brindar soporte emocional a la población afectada y pueda identificar

² Revisar en anexos los protocolos.

los problemas de SM que se presenten como secuela del evento traumático; prevenir y minimizar los efectos que las emergencias y desastres producen en la SM de los sujetos afectados, intervenir precozmente en la detección y manejo de reacciones de estrés ante una situación de desastre, detectar, tratar o remitir casos, etc.

Como se puede observar el plan de emergencia en salud mental desarrollado por DIRESA Piura (2017), no solo se centra en actividades ligadas a la intervención, si no también acciones vinculadas a la promoción y prevención en salud mental.

En cuanto a los desastre naturales Britton (como se citó en García, Gil y Valero, 2007) manifiesta que “los desastres, emergencia y accidentes, se pueden considerar como un periodo de crisis social generadores de estrés colectivo”. (p. 29).

Petit y Sepulveda (2018) consideran que los desastres naturales “son aquellos sucesos catastróficos relacionados de alguna manera con procesos naturales”. (p. 11).

Para Gómez-Mascaraque y Corral (2009), los desastres “son consecuencia de las inclemencias de la naturaleza, pueden ser previsibles e imprevisibles”. (p. 37).

Según manifiesta la Organización Panamericana de la salud (2010) *los desastres afectan la salud mental* de las personas que han experimenta estos eventos, ya sea por qué han perdido todos sus bienes materiales o por la pérdida irreparable de algún familiar. La perturbación de la SM se evidencia mediante síntomas psicosomáticos, entre ellos el exceso o la pérdida del apetito, problemas estomacales, problemas para conciliar el sueño, problemas en el entorno laboral y familiar, erupciones en la piel, náuseas y palpitaciones, y otros síntomas.

Bambarén (2011) comenta que las personas afectadas por desastres, así como en personal de la salud se pueden evidenciar algunas manifestaciones, como alteración del sueño, pérdida del apetito, trastornos ansiosos, síndrome de “burn out”; en general, signos y síntomas de estrés postraumático. Los signos y síntomas pueden diferir de persona a persona, todo depende de que tan vulnerable sea.

Según la Organización Panamericana de la salud (OPS, 2006) *los factores que influyen en el impacto psicosocial de los desastres* son: a) El tipo de fenómeno natural; puede ser de arranque repentino (tsunamis o terremotos); o de arranque lento y desarrollo alarmista (inundaciones), b) La personalidad del afectado es un factor que determina el desarrollo de trastornos emocionales.; y c) El entorno y las circunstancias: condiciones ambientales y familiares de las víctimas, y las redes sociales existentes.

Las repercusiones emocionales post desastre obedecen a componentes basados en lo biológico, social o psicológico; estos, afectan al individuo, estableciendo si poseen la habilidad para tolerar situaciones nuevas y extremas que puedan originarse debido a un evento de emergencia. (OPS, 2006).

Se ha considerado pertinente analizar algunos casos de intervención en salud mental; entre ellos tenemos el terremoto ocurrido de Pisco, se ejecutaron actividades educativas, se crearon equipos para ayuda mutua y se capacitó a docentes, representantes de organismos y al personal de salud, se abordaron temas vinculados al cuidado de la SM en casos de desastre. Algunos organismos buscaron prevenir mediante diversas actividades la aparición de stress postraumático y conductas asociadas a consumos de sustancias psicoactivas. (OPS, 2010).

En el terremoto de Chile, para la etapa post crítica, los equipos de atención de SM buscaron proteger la SM de los ciudadanos que se encontraban en albergues pero también lo de las comunidades más vulnerables; prestando atención primaria a personas con afectación emocional o trastornos mentales provocados por el terremoto. Se realizó visitas domiciliarias a personas con diagnóstico de trastorno mental severo previo al desastre, y se le brindó la medicación necesaria. Así también, los pacientes que se encontraban hospitalizados fueron reubicados, y se brindó información mediante emisiones radiales, televisivas y cuadernillos, a la comunidad para que puedan detectar y reconocer los principales indicadores de afectación emocional y cómo enfrentarlas. (OPS, 2010).

Para estructurar formalmente la idea de investigación se plantean algunas interrogantes; como *pregunta general* tenemos: ¿Se logró restablecer la salud mental de los damnificados del Caserío Pedregal chico – Catacaos mediante el Plan de emergencia implementado durante el FEN del 2017? Como *preguntas específicas* consideramos: 1) ¿Se logró desarrollar correctamente el primer nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN del 2017?; 2) ¿ Se logró desarrollar correctamente el segundo nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN del 2017; 3) ¿ Se logró desarrollar correctamente el tercer nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN del 2017?; 4) ¿Actualmente existe afectación en la salud mental de los damnificados del Caserío Pedregal chico?

El estudio *se justifica de manera teórica, práctica y metodológica*. La investigación presenta valor *teórico* porque realiza el análisis a partir de leyes, teorías y preceptos que serán contrastadas, con el objetivo de responder a las interrogantes planteadas por el investigador. A través de las entrevistas realizadas a los damnificados, se adquirirá datos sobre la necesidad sentida respecto a la atención en SM, y con la información obtenida del responsable regional de SM, se podrá conocer si el plan de emergencia se ha implementado correctamente. Al momento de contrastar la información se logrará determinar las deficiencias en la implementación del plan en salud mental lo cual beneficiará a los damnificados. También adquiere una justificación *práctica*, pues los resultados obtenidos del presente estudio contribuirán a optimizar la implementación de las políticas públicas en beneficio de los damnificados del FEN 2017.

Su justificación *metodológica* radica en que la investigación será sometida a rigor científico; la información compilada mediante las entrevistas aplicadas tanto a damnificados como a los actores involucrados en el desarrollo del plan, no serán sesgadas por ninguna motivación particular de la investigadora; cada entrevista plasmará la opinión brindada por cada entrevistado. La investigación contará con instrumentos que poseen características

imprescindibles como es la confiabilidad y la validez, por ello podrán ser utilizados como antecedentes para otras investigaciones.

Debido a que el estudio es cualitativo, las hipótesis se irán generando en el transcurso de la investigación.

La investigación tiene como *objetivo general* determinar si se logró restablecer la salud mental de los damnificados del Caserío Pedregal chico – Catacaos mediante el Plan de emergencia implementado durante el FEN del 2017.

Los *objetivos específicos* responde a: 1) Establecer si se logró desarrollar correctamente el primer nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN del 2017; 2) Conocer si se logró desarrollar correctamente el segundo nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN 2017; 3) Analizar si se logró desarrollar correctamente el tercer nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN del 2017; 4) Determinar si aún existen afectación en la salud mental de los damnificados del Caserío Pedregal chico – Catacaos.

II. MÉTODO

2.1. Tipo y Diseño de investigación

2.1.1. Tipo de investigación

El estudio se fundamenta en el paradigma naturalista, ya que determinar la efectividad del plan de emergencia en salud mental en el centro poblado Pedregal chico se dio en el marco de demostraciones interpretativas, desde la percepción de la investigadora.

Así también, seguirá una metodología cualitativa; ya que se partirá de la información obtenida de cada uno de los participantes para llegar a una conclusión general. Dichos participantes compartirán relatos, actitudes, creencias, pensamientos, etc.

Martínez (2018) señala que este tipo de investigación precisa en lo particular e individual y se direcciona a encontrar cualidades en lo que se busca comprender, por lo que puede hacer uso de datos subjetivos.

El método de investigación es considerado como fenomenológico, al respecto Rodríguez, Gil y García (1999) sostienen que es un estudio donde se hace hincapié en lo individual y la experiencia subjetiva. La fenomenología es una investigación sistemática y subjetiva, busca conocer el significado que los sujetos le dan a su experiencia, siendo importante el proceso de interpretación que los sujetos le dan a su mundo. Este método de investigación le da una mirada a las cosas desde la perspectiva de otros individuos, detallando, entendiendo y descifrando sus manifestaciones.

Para determinar la efectividad del plan de emergencia se investigó a los habitantes del centro poblado Pedregal chico, así como al ex coordinador de salud mental Diresa Piura y a las brigadistas; de esa forma se recogió y analizó la información. Cada uno de los entrevistados proveyó un “retrato” de los eventos ocurridos después del FEN del 2017; y se

recopiló datos sobre la SM de los pobladores, sus vivencias, ambiente y de qué manera se vinculan estos factores.

Para las entrevistas a los damnificados se visitó el centro poblado y se solicitó la participación de algunos damnificados que se encontraban en las puertas de sus domicilios; la mayoría de las preguntas tuvieron que ser reformuladas debido al bajo nivel cultural de los pobladores. En cuanto a los especialistas en salud mental, se buscó establecer agenda en cuanto a su disponibilidad y a la de la investigadora.

El estudio también tuvo un enfoque hermenéutico ya que a través de una ficha de observación se pudo determinar si los damnificados entrevistados aún presentan algún tipo de afectación psicológica a causa del evento traumático experimentado. Con ayuda de un auxiliar se fueron realizando las observaciones y llenando la guía de observación.

2.1.2. Diseño de investigación

A nivel general el estudio fue no experimental, pues no se realizó manipulación de la variable.

A nivel específico el diseño de la investigación será fenomenológico y hermenéutico, se recogerá información a través del análisis a los habitantes damnificados del centro poblado Pedregal chico; los datos obtenidos brindaran un panorama que permitirá determinar la eficacia del plan de emergencia y también conocer el estado actual de la salud mental de los pobladores; para ello nos agenciaremos de las entrevistas y la observación.

2.1.3. Variables, pre categorización

Bisquerra (como se citó en Soto, 2015) manifiesta: “Una variable es una característica que se modifica según el individuo, un atributo que puede tomar diferente utilidad. Se dice que es apto para observarse o medirse” (p. 37).

Según la Dirección Regional de Salud Piura (DIRESA, 2017) el Plan de emergencia en salud mental comprende acciones de apoyo psicosocial, recuperación y rehabilitación psicosocial para intervención comunitaria post desastres.

Pre categorizaciones

Primer nivel de intervención: Brinda la primera respuesta de atención en salud mental a miembro y/o miembros de la población. Se realiza los primeros 30 días de ocurrido el evento.

Segundo nivel de intervención: Realiza acciones de monitoreo y seguimiento de las acciones realizadas; así como también detección e intervención en los casos identificados. Se realiza 30 días post evento.

Tercer nivel de intervención: Es el seguimiento periódico durante los 12 meses siguientes de ocurrido el evento.

Tabla 1

Pre categorización de variable

Variable	Pre categorías	Rasgos
Plan de emergencia en salud mental	Primer nivel de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención en niños. • Desmovilización emocional. • Manejo de duelos. • Acompañamiento emocional.
	Segundo nivel de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo y seguimiento de las desmovilizaciones. • Detección de individuos y grupos en riesgo, y de casos con psicopatología. • Intervenciones específicas psicosociales individuales y grupales.
	Tercer nivel de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión de acciones realizadas. • Detección de casos nuevos. • Intervención en casos nuevos. • Seguimiento de casos antiguos.
	Afectación psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión corporal. • Aspectos físicos. • Tipo de comunicación. • Expresión de emociones.

Fuente: Elaboración propia.

2.2. Escenario de Estudio

El escenario de estudio fue el centro poblado Pedregal chico que corresponde al distrito de Catacaos, Provincia de Piura, esta comunidad está ubicada a 10 minutos de Catacaos y es reconocida por sus técnicas ancestrales en tejido fino de paja; siendo también la agricultura otra de sus principales actividad productivas. En su gran mayoría la población cuenta con un nivel educativo precario, con índices de pobreza.

Dicho centro poblado fue una de las zonas más afectadas por el desborde del río Piura y por lo mismo declarada en estado de emergencia. Familias enteras se vieron desamparadas y a la deriva, después de que el agua arrasara con sus viviendas. En medio de la desesperación, cientos de personas se refugiaron en los techos de las casas, otros se instalaron en lo alto de una loma para que el agua no les llegue. Algunos pobladores fueron trasladados a refugios; otros, migraron hacia poblaciones cercanas, como la de San Pablo. En todos los casos, las personas carecían de agua, alimentos, útiles de aseo, medicinas, entre otros objetos vitales para cubrir sus necesidades básicas.

2.3. Participantes

Las personas a quienes se les aplicará el cuestionario y el formato de observación serán los habitantes del centro poblado pedregal chico, damnificados del fenómeno El Niño Costero del periodo 2016 – 2017; adultos y adultos mayores, varones y mujeres, víctimas directas, de condición económica media y baja, con educación secundaria y estudios técnicos, que viven en dicha zona. Estas personas vivieron de manera directa situaciones traumáticas; perdieron sus viviendas, sus pertenencias y su medio de vida ya que en la zona la mayoría de los pobladores se dedicaba a la crianza de animales de granja para subsistir. Los daños causados marcaron su historia.

Por otro lado, también se consideró como participante al ex coordinador de salud mental de la Diresa Piura y a las brigadistas de salud mental que colaboraron con la ejecución del plan de emergencia.

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

2.4.1. Técnicas e instrumentos

a) Técnicas

Entrevista

Como refiere Hernández, Fernández y Baptista P. (2014), la entrevista considera a los individuos la fuente proveedora de datos, por ello busca fijar contacto directo con las personas. El objetivo de la entrevista, es adquirir datos de una forma más natural y abierta. Nos permite ahondar en el tema del estudio.

La observación

Martínez (2018) refiere que la observación es un “método que se utiliza para recolectar información independientemente si el participante de la investigación quiera o no colaborar, el investigador registra todo lo observado para analizar e interpretar la información cuidadosamente”.

El estudio se desarrolló a través de la observación de campo, descriptiva detallada durante la entrevista a los damnificados.

b) Instrumentos

Guía de entrevista

La guía de entrevista le sirvió a la entrevistadora como referencia para sacar adelante el proceso de recolección de información.

Se elaboró tres guías de entrevistas diferentes, la primera dirigida al Ex coordinador de salud mental de DIRESA la cual estuvo constituida por 11 preguntas semi estructuras; la segunda para las brigadistas psicólogas que formaron parte del equipo multidisciplinario que ejecuto el Plan de emergencia constituida con 11 preguntas; y la tercera dirigida a los damnificados de

Pedregal chico la cual estuvo constituida por 10 preguntas. Todas ellas fueron enfocadas para evaluar los tres niveles de intervención psicológica.

Guía de observación

Se elaboró una guía de observación en donde se registraron las manifestaciones conductuales en su contexto real, se observó cuidadosamente la expresión de emociones durante los relatos, se conoció más de cerca lo que sienten y quieren expresar.

Según Zapata (2019), para realizar la observación y evidenciar alguna afectación psicológica, se pueden tomar en cuenta los siguientes criterios:

- a) **Aspecto físico:** A través de la observación de la fisonomía de la persona, podemos presumir (su estado de ánimo), su autoestima a través del cuidado de su personalidad física.
- b) **Expresión corporal:** Observando su rostro podremos darnos cuenta si ella o él se siente decepcionada(o) o maltratado(a), si es desconfiado(a), si tiene esperanzas que las cosas puedan cambiar, si tiene temor o miedo a través de la sudoración, si se encuentra ansioso(a) temblor en las piernas y manos o mandíbula.
- c) **Tipo de Comunicación:** Por el tono de la voz, o fuerza de la voz, podremos conocer su nivel de seguridad, su forma de comunicarse agresiva, pasiva o asertiva.
- d) **Expresión de emociones:** Durante la entrevista podremos observar si algunas preguntas le hacen recordar episodios muy dolorosos, que se pueden expresar a través del llanto, el tono de voz, el silencio o la carcajada.

2.4.2. Rigor científico

Se siguieron los siguientes criterios de rigor:

Credibilidad. - Es medir el valor de la verdad, a través de la observación sistemática, corroborando los datos con los entrevistados, la coherencia de lo manifestando, triangulando y comparando con el juicio de expertos.

Consistencia. - Los datos son fiables, al entrevistar a los sujetos (damnificados de, coordinadores de salud mental y brigadistas) se protege la información en el mismo contexto y cuidadosamente se realiza la interpretación de la historia o testimonio. A través de los resultados se podrá llegar a los mismos resultados en investigaciones similares, y encontrar nuevos hallazgos.

Aplicabilidad. - La investigación puede ser aplicada en un contexto similar a otros sujetos con las mismas características, se recogerán cuantiosos datos descriptivos.

Los datos encontrados en la presente investigación serán transferibles a poblaciones con características similares, si fuese el caso.

Neutralidad. - Garantiza que los datos no sean sesgados por la motivación, o el interés del interés del investigador, registrándose solo lo observado.

Veracidad. - Autenticidad en las fuentes de información, obtenida en el dialogo y el análisis racional.

2.5. Procedimiento

El estudio centrará su estrategia en los siguientes pasos:

- 1) El estudio recoge información referente a políticas públicas vinculadas a la salud mental en nuestro país, tales como: leyes, decretos supremos, planes nacionales, guías de intervención y presupuesto
- 2) Con la ayuda de las teorías recabadas, se procede a la elaboración de los instrumentos.
- 3) Los instrumentos son revisados por los expertos para determinar su validez.
- 4) El investigador realiza a los instrumentos los ajustes solicitados por los validadores.
- 5) Se programa la fecha, hora y lugar de las entrevistas para el ex coordinador y las brigadistas, previo acuerdo con cada uno de ellos.
- 6) Se visita el centro poblado Pedregal Chico, y se realiza las entrevistas con algunos damnificados.
- 7) Con ayuda de un auxiliar se va realizando la observación y llenando la guía de observación.
- 8) Se sistematiza la información obtenida en cuadros en base a cada uno de los objetivos planteados.

2.6. Método de análisis de la información

Se examinará cada uno de los testimonios y entrevistas realizadas, los supuestos planteados se triangularán con la información recogida de las distintas fuentes (leyes, planes nacionales, guías de intervención) y la unidad de análisis (damnificados, coordinador y brigadistas) esta información será triangulada, a fin de conocer la situación real de la Implementación del Plan Emergencia en Salud Mental en Piura.

Los datos obtenidos ya estructurados, se analizan de acuerdo a las pre categorías; se describirán las experiencias de los damnificados, del coordinador y brigadistas con su propio lenguaje y expresión; se interpretará los datos recolectados de tal manera que las interpretaciones surgidas en el proceso se dirijan al planteamiento del problema

2.7. Aspectos Éticos

La presente investigación ha planteado información actualizada, en dónde se ha respetado la autoría de cada una de ellas, realizando las citas correspondientes.

Antes de iniciar con las entrevistas, la investigadora explicó de forma detallada y clara la finalidad de la misma. Así también, el trabajo de investigación aplicó el criterio de inalterabilidad de los datos, resumiendo solamente las respuestas brindadas por los diferentes participantes, cuidando de no cambiar el sentido de lo que desean expresar. Para lograr la veracidad de la información brindada, la confidencialidad y el anonimato, fue otro punto que se tomó en cuenta al momento de realizar el estudio, para ello se codificaron los nombres. Existe el compromiso de respetar de manera categórica los derechos de todos los sujetos involucrados en la investigación.

III. RESULTADOS

3.1. Descripción de resultados

3.1.1. Resultados del análisis fenomenológico

Preliminares

Se hizo un compendio de los resultados alcanzados en el estudio partiendo de los datos planteados en la tablas que se observan en los anexos; en dichas tablas se ha colocado las respuestas de los 10 participantes a quienes se les realizó la entrevista.

A continuación se muestran algunos aspectos relevantes observados durante la recolección de datos:

- Se ve reflejado en la recolección de datos las contradicciones que existen entre la información brindada por el ex coordinador de salud mental de la DIRESA - Piura y lo expresado por las brigadistas que formaron parte del equipo multidisciplinario que prestó servicios durante la ejecución del Plan de emergencia.
- De los 7 damnificados entrevistados, solo en uno de ellos se evidenció cierto grado de formación académica; por esto resulto algo complicado la aplicación de la entrevista; en varias ocasiones se tuvieron que reformular las preguntas para que pudieran ser comprendidas, los participantes estuvieron temerosos y evasivos al momento de emitir sus respuestas.
- Se pudo conocer que no todos los damnificados de la zona fueron evacuados a albergues, varios de ellos se refugiaron en sus techos hasta que bajara el nivel del agua, otros se instalaron en lo alto de una loma; o, migraron hacia poblaciones cercanas, como la de San Pablo.
- El plan de emergencia solamente se aplicó en los albergues o refugios temporales.

Respecto al objetivo específico 1

Para establecer si se logró desarrollar correctamente el primer nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico, se formularon múltiples interrogantes, destinadas a damnificados y personal especialista de SM.

Mediante las respuestas brindadas por los participantes se aprecia que sí se realizaron actividades con los niños, y que de alguna manera estas actividades estaban vinculadas a los protocolos de intervención en situaciones de emergencia y desastres. Una de las brigadistas manifestó: “Se realizaron varias actividades con los niños; se realizaba juegos, dibujo libre y se les contaba cuentos”. Por otro lado un damnificado refirió al respecto: “Yo estuve en un albergue en Piura, y ahí sí hacían juegos con los niños. Me han dicho que después que hubo pase ya llegaron psicólogos acá”.

De las respuestas obtenidas en relación a las actividades de desmovilización realizadas con los adolescentes, jóvenes y adultos; los participantes especialistas en S.M manifiestan que no se siguieron protocolos pero sí se aplicaron los primeros auxilios psicológicos, entre ellos escuchar a las personas que se encontraban angustiadas, técnicas de respiración y detección de necesidades básicas, todo esto se hizo con los jóvenes y adultos. Sin embargo, esta información no coincide al 100% con lo comentado por los damnificados.

Ante la pregunta ¿Qué actividades se realizaron para manejo de duelo en adolescentes y adultos?, una de brigadistas responde: “No se aplicaron protocolos ya que en el sector Buenos aires ninguna de las personas había perdido a familiares o amigos”. El ex coordinador manifiesta algo similar: “Entre las personas que se encontraban en los albergues, ninguna de ellas había perdido a un ser querido; por ello no fue necesario realizar actividades al respecto”. Sin embargo, la totalidad de los damnificados entrevistados refieren que sí hubo pérdidas humanas, pero que los familiares o amigos de los fallecidos nunca recibieron ayuda psicológica para sobrellevar el duelo.

Respecto a cómo se procedió para el acompañamiento en situaciones de reconocimiento de un cadáver, todos los entrevistados manifestaron que no fue necesario ese procedimiento.

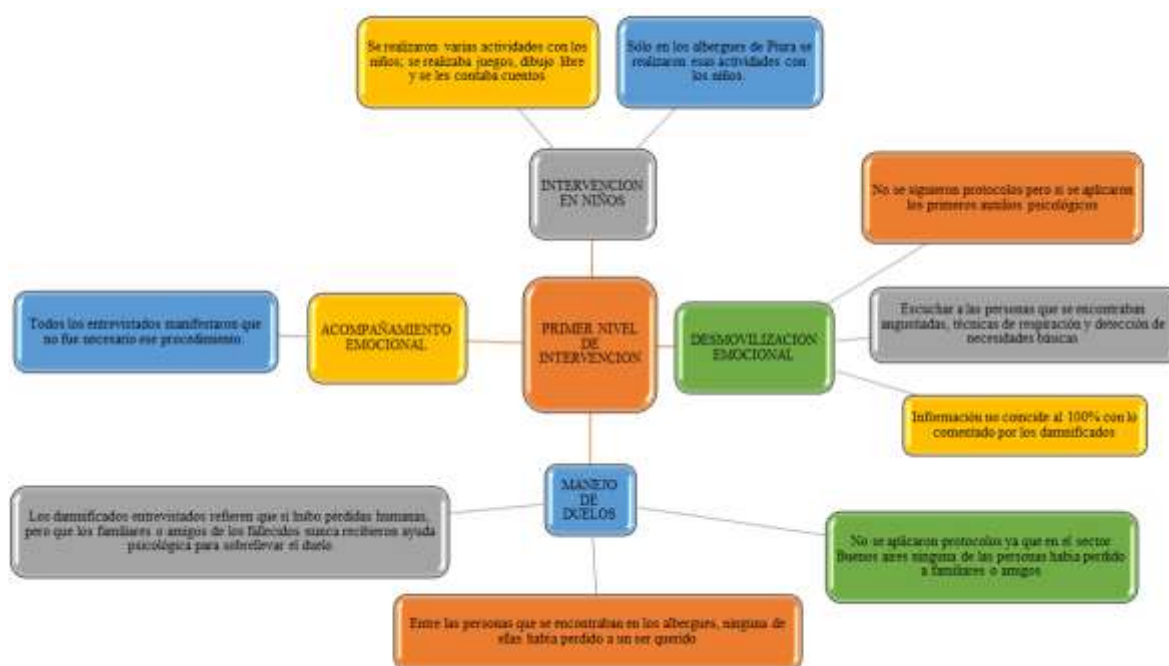


Figura 1 Primer nivel de intervención

Respecto al objetivo específico 2

Para conocer si se logró desarrollar correctamente el segundo nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico, se formularon múltiples interrogantes, planteadas para damnificados y personal de S.M.

Respecto a lo manifestado por los participantes en cuanto a si se le aplicaron instrumentos psicológicos a los damnificados para determinar el estado de su salud mental;

uno de ellos comenta:” Llegaron unos brigadistas, pero, después de un mes, y nos hicieron preguntas para saber cómo nos encontrábamos”: Así también, el ex coordinador refiere: “Claro, se inició aplicando el tamizaje mediante el SRQ y VIF, y para diagnosticar se aplicaron baterías de pruebas entre ellas el Hamilton para depresión y ansiedad y el AUDIT para consumo de drogas o alcohol”, esta información coincide con lo manifestado por los brigadistas.

Se solicitó también la opinión con respecto al tratamiento psicológico brindado a las personas que se les detectó algún problema de SM, o si alguna persona conocida fue hospitalizada debido a un problema de SM, a lo que los damnificado entrevistados afirmaron que no se les dio ningún tipo de tratamiento y que nadie fue hospitalizado debido a un problema psicológico. “No se les dio tratamiento; algunos fueron a Santa Rosa con algún familiar para que los vea un doctor, pero no por psicólogo”; otro de ellos dice: “No se les dio tratamiento, ellos mismo tuvieron que recuperarse. Nadie fue hospitalizado por ese motivo”. Una de la brigadistas comenta con respecto a eso que: “Para los casos de depresión se trabajaba en la misma comunidad y con la colaboración de sus familiares y amigos; no hubo terapia individual. Se formó comités que realizaban actividades de integración, se presentaron dificultades debido a la escasez de medicamentos para casos de esquizofrenia o psicosis, así también la psiquiatra derivó a Santa Rosa a una persona debido a un intento de suicidio, sin embargo en el hospital rechazaron referencia aludiendo falta de personal de S.M y de cama”.

El ex coordinador de S.M comenta que para los casos detectados de depresión se les atendía en el mismo albergue ya que se aplicó la modalidad ambulatoria y no intrahospitalaria. En el caso de detectar casos con psicopatologías anteriores al desastre se pedía la intervención del psiquiatra para que le brinde la medicación”

Ante la pregunta ¿se realizó algún tipo de monitoreo y seguimiento de las desmovilizaciones realizadas?, los especialistas en S.M comentan: “Por supuesto, los brigadistas presentaban informes sobre su trabajo a la DIRESA, y “sí, mediante informes que se presentaban a la DIRESA, pero en realidad no solo de las desmovilizaciones sino de todas las actividades realizadas”.

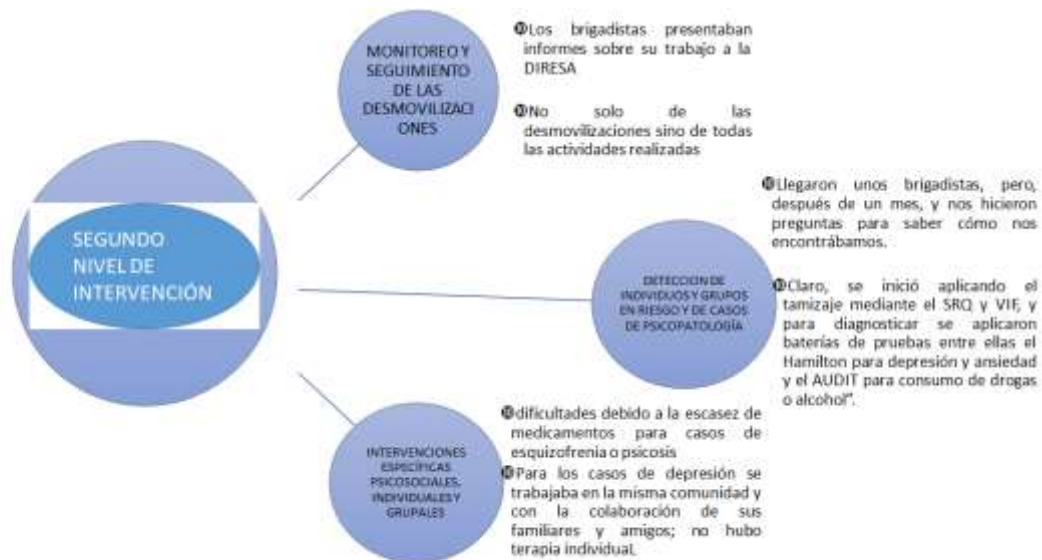


Figura 2 Segundo nivel de Intervención

Respecto al objetivo específico 3

Para analizar si se logró desarrollar correctamente el tercer nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico; se formularon múltiples interrogantes, planteadas para damnificados y personal de S.M.

Ante la pregunta ¿Los brigadistas volvieron a aplicar algún cuestionario durante los 12 meses posteriores al evento?, los damnificados coinciden respondiendo que no, pues a los brigadistas solo se les vio durante dos meses y de manera esporádica, ello estuvieron más tiempo en los albergues. Una de las brigadistas con respecto a esto refiere: “No hubo continuidad de la atención en los albergues, se les prometió que regresaríamos pero no se pudo hacer debido a falta de recursos. Nosotras ya no renovamos contrato y el personal que

fue contratado después se tenía que volver a capacitar, y muchos de ellos no hacían el trabajo de campo solo el trabajo en el centro de salud comunitario; y muchas de las personas damnificadas no contaban con los medios para ir hasta allá”.

El ex coordinador de S.M comentó: “Se seguían detectando casos con la ayuda de los promotores, que eran personas de la misma comunidad, seleccionados por su capacidad de liderazgo, y a los nuevos casos detectados se les aplicaba instrumentos para determinar depresión, ansiedad o algún otro trastorno.

Al indagar sobre si se brindó algún tratamiento a las personas que presentaban problemas mentales durante los 12 meses posteriores al evento, los damnificados en su totalidad refieren que jamás se les dio tratamiento en caso de problemas en salud mental.

Se solicitó también la opinión de los especialistas en salud mental para determinar si se ha ejecutado un seguimiento o monitoreo periódico durante los 12 meses posteriores al evento sobre las acciones realizadas anteriormente, a lo que el ex coordinador refiere: “Yo estuve a cargo hasta el 2018 en la coordinación y aún se hacían seguimientos, después de ello no lo sé”; por otro lado una de las brigadistas manifiesta: “Yo estuve hasta nueve meses después del evento y tenía que presentar informes; después de eso terminó mi contrato y nos manifestaron que nos iban a volver a contratar, pero no fue así mandaron nuestros puestos a convocatoria; no tengo conocimiento si se hizo continuo con el seguimiento después”.

Mediante las respuestas brindadas por el personal de S.M se aprecia que no se realizó la revisión de las historias clínicas para hacer seguimiento de los casos antiguos y determinar si el paciente se había recuperado, debido a que según el ex coordinador los casos detectados fueron tratados en los mismos albergues, se siguió una intervención comunitaria.

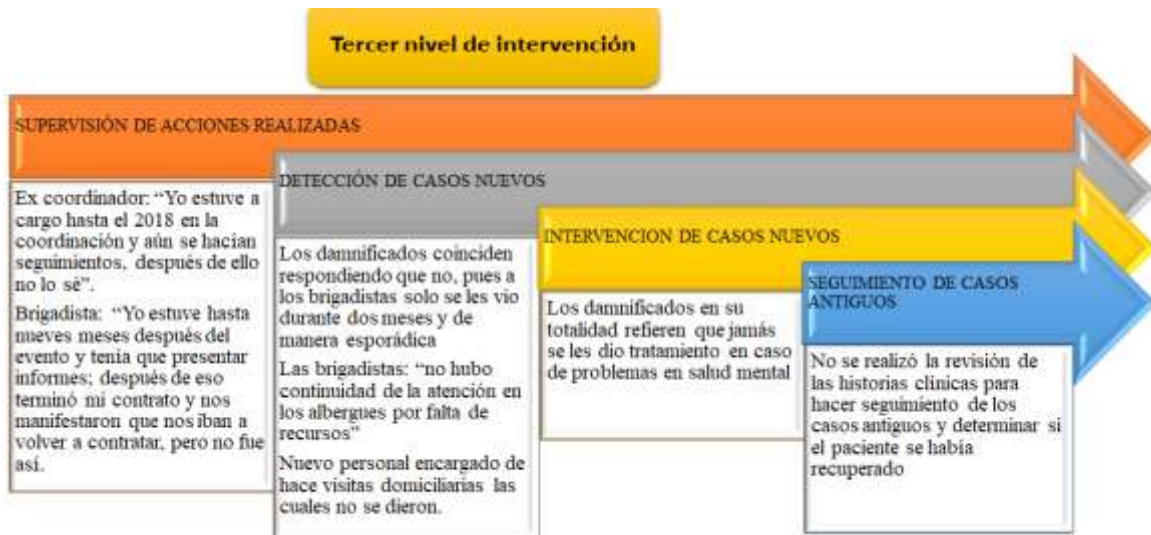


Figura 3 Tercer nivel de intervención

3.1.2. Resultados del análisis hermenéutico.

Respecto al objetivo específico 4

Para determinar si aún existe afectación en la S.M de los damnificados del Caserío Pedregal chico – Catacaos, se aplicó un guía de observación a los damnificados que fueron entrevistados.

Mediante la información recabada por la observación se puede apreciar que el 100% de los damnificados entrevistados aún presentan afectación psicológica debido al evento traumático que tuvieron que vivir a causa del Fenómeno de El Niño Costero. En ellos se pudo observar poco movimiento, sus gestos son mínimos al momento de responder, representan congoja, tristeza, melancolía, no miran a los ojos su mirada es esquiva, o miran al suelo

cuando hablan, su postura es encorvada, mostrándose cabizbajo y tímido, tiene un aspecto desaliñado, son poco comunicativos, responden solo lo que se le pregunta, tiene un tono de voz bajo y entre cortado, se muestran pasivos, excesivamente emotivos, algo distraído e indiferentes y se desaniman fácilmente, no confía en sus propias facultades.

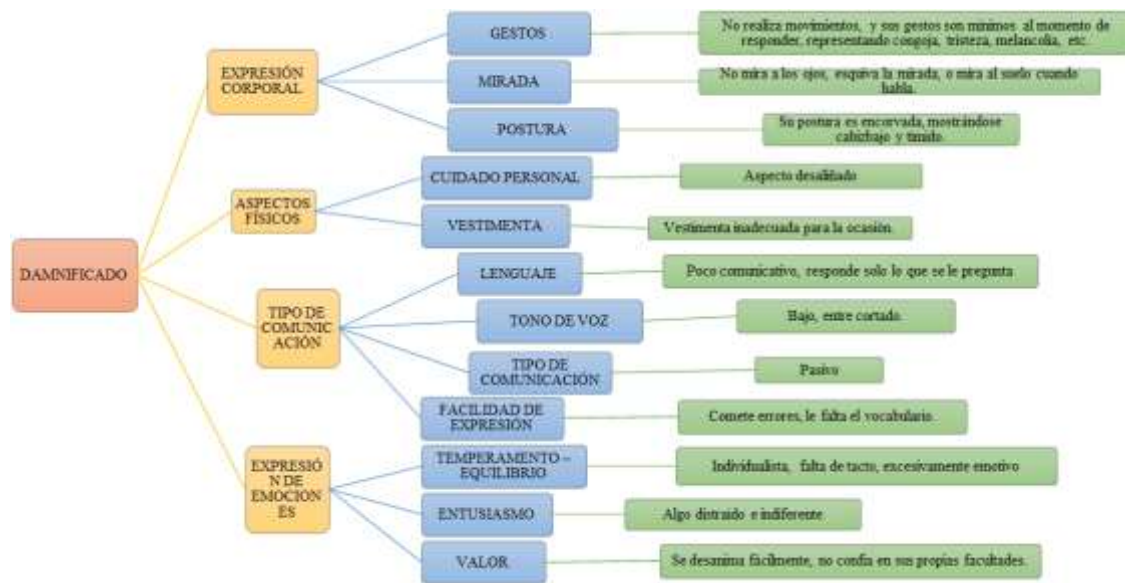


Figura 4 Afectación psicológica

IV. DISCUSIÓN

Tras describir y analizar los diferentes resultados obtenidos, la discusión se va a centrar en aquellos aspectos más relevantes que se han extraído con la aplicación de la entrevista y la observación, aquellos datos que permitan responder a los objetivos planteados.

De acuerdo con la entrevistas y la observación realizada se puede afirmar que el Plan de emergencia implementado, no ha logrado restablecer la S.M de los damnificados del Caserío Pedregal chico – Catacaos; ya que mediante la guía de observación se puede evidenciar que los damnificados aun presentan secuelas en su S.M, pues cuando se abordaba el tema del desastre ocurrido durante el 2017 debido al fenómeno de El Niño Costero, la mayoría de los entrevistados bajaban la mirada, se les entrecortaba la voz y se encogían de hombros, otros se ponían muy nerviosos y temblaban. Por otro lado, algunos damnificados manifestaron que recordar eso les causa mucho dolor y miedo, y que a veces esos recuerdos son recurrentes y les genera problemas de sueño; comentan que ningún poblador de la zona se siente tranquilo debido a que el Gobierno regional aún no les soluciona los problemas de los diques de contención y están propensos a repetir la historia. A lo manifestado por los damnificados se suma lo expresado por las brigadistas quienes comentan que a partir de noviembre del 2017 varias de las instituciones que estaban brindando ayuda en la zona se retiran, mientras tanto se iban identificando más casos, pero debido a que pusieron sus cargos a disposición no pudieron hacer una intervención; así también tienen conocimiento que las personas que actualmente ocupan sus puestos no hacen trabajo de campo. Ante esto Zapata (2019) en su investigación comenta que la rotación del personal de salud a nivel nacional hace que constantemente se deban fortalecer las capacidades del personal de salud, para la atención a la población en general que presente un caso de salud mental. Para la OPS (2010) los desastres afectan la S.M, en la población afectada se observa disminución de apetito, interrupción del sueño, el apetito, agotamientos, depresión y ansiedad; en general, signos y síntomas de estrés postraumático, los síntomas pueden ser variados, pero lo general, los sucesos inesperados originan estrés duradero; pero, los de afectación colectiva generan más impacto en la población.

Con respecto al primer nivel de intervención se determina que no se logró desarrollar correctamente; dentro de todos los rasgos planteados para éste nivel de intervención el único que se ha desarrollado según lo comentado por la mayoría de los participantes es el de intervención con niños. Los damnificados que estuvieron en albergues expresaron que los brigadistas hacían juegos para los niños; por otra parte una de las brigadistas manifestó que se realizaron varias actividades con los niños entre ellos juegos, dibujo libre y se les contaba cuentos. En lo que refiere a la desmovilización emocional solo uno de los damnificados manifestó que con los jóvenes y adultos se formaron grupos de apoyo, el personal de S.M comentó que no se siguieron los protocolos de intervención en caso de desastres, pero sí se aplicaron los primeros auxilios psicológicos, entre ellos escuchar a las personas que se encontraban angustiadas, técnicas de respiración y detección de necesidades básicas, todo esto se hizo con los jóvenes y adultos. Nuestro tercer rasgo en este primer nivel es el manejo de duelos, para ello los damnificados respondieron que no hubo ninguna intervención por parte de los psicólogos, en cuanto a ello el personal de S.M manifiesta que no se aplicaron protocolos ya que ninguna de las personas que estaban en los albergues había perdido a familiares o amigos. El último rasgo de este nivel es referido al procedimiento para el acompañamiento en situaciones de reconocimiento de un cadáver, todos los participantes afirmaron que no fue necesario ese procedimiento. Los especialistas en salud mental no se agenciaron de los protocolos de intervención en casos de desastres, sin embargo Abeldaño y Fernández (2014), en su estudio consideran que los primeros auxilios psicológicos son una excelente herramienta para ayudar de manera inmediata a restaurar el equilibrio psicosocial de las personas. Para ACIPLSM (2001) las principales intervenciones que debe desarrollar el personal incluyen las comunitarias de prevención, que involucra informar y orientar a la comunidad, acciones con niños y adolescentes, brindar soporte emocional y formar equipos de ayuda mutua; también considera intervenciones de prevención para individuos que manifiestan problemas emocionales, duelos o conductas violentas de mayor intensidad.

Los resultados dejan evidencia que el segundo nivel de intervención se logró desarrollar parcialmente. Analizando el rasgo monitoreo y seguimiento de las desmovilizaciones, el personal de S.M manifiesta que el monitoreo y seguimiento se realizó

a través informes que se presentaban a la DIRESA, pero en realidad no solo de las desmovilizaciones sino de todas las actividades realizadas. Para el rasgo detección de individuos y grupos en riesgo y de casos de psicopatología; todos los participantes manifestaron que se aplicaron cuestionarios, se aplicó el tamizaje mediante el SRQ y VIF, y para diagnosticar se aplicaron baterías de pruebas entre ellas el Hamilton para depresión y ansiedad y el AUDIT para consumo de drogas o alcohol. En lo que se refiere a las intervenciones específicas, éstas se trabajaron en la misma comunidad y con la colaboración de familiares y amigos, no se realizaron terapias individuales; cabe recalcar que las intervenciones solo se ejecutaron en los albergues. Ante hallazgos de psicopatología no se ejecutó adecuadamente la intervención debido a la escasez de medicamentos y a la falta de personal en S.M, para los casos que requerían de hospitalización, en Hospital Santa Rosa se rechazaba la referencia ya que no se contaba con camas; se debe enfatizar que este rasgo no se desarrolló correctamente por falta de recursos. Berrocal (2016) explica en su investigación que los resultados poco óptimos también responden a que la implementación se realizó con carencias de profesionales especializados, limitadas condiciones de infraestructura, equipamiento y protocolos inapropiados en las redes y micro redes de salud de la región Ayacucho. Por su parte la defensoría del Pueblo (2009) manifiesta que desde que el MINSA procedió con la creación de la Dirección de Salud Mental y su incorporación en la Dirección General de Salud de las Personas, esta instancia no ha contado con recursos financieros y humanos suficientes para su adecuado funcionamiento.

Los resultados dejan evidencia que el tercer nivel de intervención no se logró desarrollar. Esto se afirma debido a que ninguno de los rasgos planteados en este nivel de intervención se pudo ejecutar durante los 12 meses posteriores al evento. Esto se debe a que no hubo continuidad de la atención en los albergues, los principales motivos fue por falta de recursos y por el termino de los contratos de los brigadistas, colocando MINSA los puestos a convocatoria. El nuevo personal fue capacitado para cumplir con las actividades del plan, sin embargo muchos de ellos no hacían el trabajo de campo, solo el trabajo en el centro de salud comunitario, por ello varios de los damnificados que se encontraban en los albergues no pudieron seguir recibiendo su atención en S.M. Se aprecia que no se realizó la revisión de las historias clínicas para hacer seguimiento de los casos antiguos y determinar si el paciente se

había recuperado, debido a que según el ex coordinador, los casos detectados fueron tratados en los mismos albergues, pues se siguió una intervención comunitaria. Zapata (2019) en su investigación determinó que uno de los factores que no ha permitido reparar la salud mental de las víctimas de la violencia política, es la falta de presupuesto ya que las unidades ejecutoras utilizaron el presupuesto asignado para otras actividades u objetivos. Según el MINSA (2019) en el Perú, se destina menos del 2% del presupuesto del sector, pese a que 2 de cada 10 personas sufren algún trastorno mental, el 70% de potenciales pacientes no accede al tratamiento.

Mediante la información recabada por la observación se puede apreciar que el 100% de los damnificados entrevistados aún presentan afectación psicológica, esto se pudo determinar a través de los rasgos presentados por cada uno de los damnificados. Berrocal (2016) corrobora en su investigación nuestros hallazgos, pues evidencia la persistencia de síntomas de estrés postraumático, trastornos de ansiedad y síntomas psicóticos como producto de un deficiente tratamiento en S.M. Britton (como se citó en García, Gil y Valero, 2007) manifiesta que los desastres, emergencia y accidentes, se pueden considerar como un periodo de crisis social generadores de estrés colectivo. Por otro lado, el estudio de Bambarén (2011) difiere de nuestros hallazgos, ya que él pudo determinar que las personas y comunidades afectadas por inundaciones muestran que las alteraciones psicológicas severas no son frecuentes; lo más común son los problemas emocionales leves y transitorios.

V. CONCLUSIONES

Primera: En base a los datos obtenidos con la entrevista y la observación realizada se puede afirmar que el Plan de emergencia implementado durante el fenómeno El Niño costero del 2017, no ha logrado restablecer la salud mental de los damnificados del Caserío Pedregal chico – Catacaos. Es muy probable que los resultados poco favorables sean consecuencia de la constante rotación del personal de S.M., pocos recursos y la falta de conocimientos de los profesionales especializados sobre el tipo de intervención a realizar.

Segunda: Con respecto al primer nivel de intervención se determina que no se logró desarrollar correctamente; dentro de todos los rasgos planteados para éste nivel de intervención el único que se ha desarrollado según lo comentado por la mayoría de los participantes es el de intervención con niños. La falta de conocimiento sobre los protocolos que se deben utilizar ha originado que no se cumpla correctamente con esta fase. Si la primera fase de intervención no se cumple a cabalidad es poco probable que las siguientes fases cumplan con su objetivo.

Tercera: Los resultados dejan evidencia que el segundo nivel de intervención se logró desarrollar parcialmente. Se realizó el monitoreo y seguimiento de las desmovilizaciones, así como la detección de individuos y grupos en riesgo y de casos de psicopatología; las intervenciones específicas se realizaron en los mismos albergues a misma comunidad y no se realizaron terapias individuales; ante hallazgos de psicopatología no se ejecutó adecuadamente la intervención debido a la escasez de medicamentos y a la falta de personal en salud mental.

Cuarta: Los resultados dejan evidencia que el tercer nivel de intervención no se logró desarrollar. Esto se afirma debido a que ninguno de los rasgos planteados en este nivel de intervención se pudo ejecutar durante los 12 meses posteriores al evento. El seguimiento es una parte muy importante dentro del proceso de recuperación de la SM, con ello se puede determinar la eficacia del tratamiento psicológico; la evaluación de los tratamientos permitirá hacer adaptaciones oportunas y así lograr la recuperación del paciente.

Quinta: Mediante la información recabada por la observación se puede apreciar que el 100% de los damnificados entrevistados aún presentan afectación psicológica, esto se pudo determinar a través de los rasgos presentados por cada uno de los damnificados. La observación permitió dar un diagnóstico actual de la situación de los pobladores de Pedregal chico, por ello se afirma que necesitan aún seguir un tratamiento que les permita recuperar su salud mental.

VI. RECOMENDACIONES

Primera: El Ministerio de salud debe fortalecer a la Dirección de Salud Mental a fin de generar políticas y normas de funcionamiento de los servicios para la atención de SM en el país. Esto se lograría estableciendo funciones claras para la dirección de salud mental como órgano rector; quien se encargaría a su vez de establecer protocolos, guías, manuales o procedimientos que regulen la prestación de los servicios de SM. Regulando la prestación, los profesionales de la SM tendrían más claros que procedimientos seguir.

Segundo: Se recomienda a la Dirección Regional de salud asignar a los EESS actividades dirigidas a los damnificados con la finalidad de empoderarlos a través Talleres de estrategias de afrontamiento ante el estrés, y lograr con esto que el damnificado conozca y practique técnicas que lo ayudarán a controlar y disminuir el estrés. La DIRESA debe también, considerar dentro de las metas del servicio de psicología, las visitas domiciliarias a los damnificados.

Tercero: Se recomienda al Ministerio de Salud mediante su órgano rector actualizar los protocolos y guías para situaciones de emergencia y desastre, y darle un enfoque más comunitario; para ello se debe reunir a los coordinadores regionales, para que brinden sus aportes teniendo en cuenta la problemática de sus regiones. Después de ello, cada coordinador deberá capacitar a todo prestador de salud mental sobre dicha guía, para que cuando se requiera de este tipo de intervención se evite las improvisaciones.

Cuarta: El Gobierno regional debe realizar una asignación presupuestal que sea manejada directamente por la redes de salud Piura, para que por medios de los Establecimiento de Salud se sigan desarrollando actividad con los damnificados y de esa forma lograr recuperar su salud mental.

REFERENCIAS

- Abeldaño, R. y Fernández, R. (2014). Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. *Ciênc. saúde coletiva*. 21(2), 431-442. doi: 10.1590/1413-81232015212.17502014.
- Bambarén, C. (2011). Salud mental en desastres naturales. *Rev Psicol Hered.*, 6 (1-2), 20-25. Recuperado de www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RPH/article/download/.../2058.
- Bernal, C. (2010) *Metodología de la Investigación*. Bogotá, Colombia: Pearson.
- Berrocal, J. (2016). *Problemas en la implementación del programa de reparación en la salud mental de los afectados por el conflicto armado interno: Ayacucho entre el 2006 y el 2014*. (Tesis de maestría). Pontificia, Universidad Católica del Perú. Lima. Obtenido de <http://tesis.pucp.edu.pe:8080/repositorio/handle/20.500.12404/13275>.
- Comité permanente entre organismos (2007). *Lineamientos sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y desastres*. Recuperado de http://bvpad.indec.gov.pe/doc/pdf/esp/doc468/doc468_1.pdf
- Defensoría del Pueblo (2009). *Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables*. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe-defensorial-140-vf.pdf>
- Gaeta, N. (2017). *La intervención comunicativa para la reducción del riesgo de desastres. Análisis de las políticas y las prácticas comunicativas en tiempos normales*. (Tesis

doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Obtenido de <https://eprints.ucm.es/42263/1/T38676.pdf>

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista P. (2014) *Metodología de la Investigación*. México D.F, México: Mc Graw Hill.

Ministerio de Salud (27 de Marzo 2019). Al año, el MINSA invierte solo S/18 por peruano en salud mental. *La República*. Recuperado de <https://larepublica.pe/sociedad/1438956-ano-minsa-invierte-s18-peruano-salud-mental/>

Sistema Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres (19 de Febrero de 2011). Ley N° 29664: Ley que crea el (SINAGERD). *Diario oficial El Peruano*, pp. 8-15.

Martínez, H. (2018). *Metodología de la investigación*. México D.F., México: Cengage Learnign S.A.

Ministerio de salud (2009). *Guía de intervención integral de salud mental para prestadores de servicios de salud en situaciones de emergencia y desastres*. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/776_PROM35.pdf

Neuhaus, S. (2013). *Identificación de factores que limitan una implementación efectiva de la gestión del riesgo de desastres a nivel local, en distritos seleccionados de la región de Piura*. (Tesis de maestría). Pontificia, Universidad Católica del Perú. Lima. Obtenido de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/5460>

OPS (2012). *Mental Health and Psychosocial Support in Disaster Situations in the Caribbean*. Recuperado de http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1647&Itemid=
http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1

647%3Amental-health-andpsychosocial-support-in-disaster-situations-in-the-caribbean&catid=895%3Abooks&Itemid=924&lang=en

Organización Mundial de la Salud (1997). *Rehabilitación Psicosocial: Declaración de Consenso WAPR / WHO WAPR* (8). Recuperado de http://www.wapr.org/wp-content/uploads/WHO_WAPR_Declaracion_de_consenso_esp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2004). *¿Qué es la salud mental? En promoción de la salud mental. Conceptos. Evidencia Emergente – Práctica. Informe compendiado.* Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra pág. 16-19.

Osorio, C. D., Díaz, V. E (2012). Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia.* 4(2). 65-84. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922012000200005

Romero, R., Jiménez, M., Gonzales, H. y Álvarez., C. (2009). *Gestión en políticas públicas de salud.* Recuperado de http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wp-content/uploads/2015/10/MAT_CAP_G_Diplomado_Políticas_Pub_Salud.pdf

Shepherd, G.; Boardman, J. y Slade, M. (2008). *Hacer de la recuperación una realidad.* Sainsbury Centre for Mental Health. Recuperado de https://www.1decada4.es/pluginfile.php/189/course/section/47/Hacer_Recuperacion_Realidad.pdf

Soares, D. y Murillo, D. Gestión de riesgo de desastres, género y cambio climático. Percepciones sociales en Yucatán, México. *Cuadernos de Desarrollo Rural*, (10)72, pp. 181-199. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11729823008>

Soto, R. (2015). *La tesis de maestría y doctorado en 4 pasos*. Lima, Perú: Nuevo milenio.

Villamil, V. (2014). La salud mental ante los desastres naturales Salud Mental. *Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz Distrito Federal*, (37)5, pp. 363-364. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58232671001>

Zapata, R. (2019). *Evaluación de la Implementación de las Políticas Públicas de Reparaciones en Salud Mental, para atender las Secuelas de la Violencia Política en el Perú, del periodo 1980 al 2000 en regiones priorizadas*. (Tesis doctoral). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Obtenido de <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/27350>

ANEXOS

Matriz de Consistencia

TÍTULO: “Políticas públicas en salud mental para los damnificados por fenómeno El Niño costero del Caserío Pedregal – Catacaos, 2019”.

FORM. PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES / PRE CATEGORÍAS		
<p>Problema General ¿Se logró restablecer la salud mental de los damnificados del Caserío Pedregal chico – Catacaos mediante el Plan de emergencia implementado durante el FEN del 2017?</p> <p>Problemas Específicos 1) ¿Se logró desarrollar correctamente el primer nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN del 2017? 2) ¿Se logró desarrollar correctamente el segundo nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN del 2017? 3) ¿Se logró desarrollar correctamente el tercer nivel</p>		<p>Objetivo General Determinar si se logró restablecer la salud mental de los damnificados del caserío Pedregal chico – Catacaos mediante el plan de emergencia implementado durante el fenómeno El Niño costero del 2017.</p> <p>Objetivos Específicos 1) Establecer si se logró desarrollar correctamente el primer nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN del 2017; 2) Conocer si se logró desarrollar correctamente el segundo nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN 2017;</p>	VARIABLE: Plan de emergencia en salud mental		
			Pre categorías	Rasgos	Escala de medición
			Primer Nivel de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención con niños. • Desmovilización emocional. • Manejo de duelos. • Acompañamiento emocional. 	Nominal
			Segundo Nivel de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo y seguimiento de las desmovilizaciones. • Detección de individuo y grupos en riesgo, y de casos de psicopatología. • Intervenciones específicas psicosociales individuales y grupales. 	
Tercer nivel de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisión de acciones realizadas. • Detección de casos nuevos. • Intervención de nuevos casos. • Seguimiento de casos antiguos. 				

<p>de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN del 2017?,</p> <p>4) ¿Actualmente existe afectación en la salud mental de los damnificados del Caserío Pedregal chico?</p>		<p>3) Analizar si se logró desarrollar correctamente el tercer nivel de intervención en salud mental mediante el plan de emergencia implementado para los damnificados del Caserío Pedregal chico durante el FEN del 2017;</p> <p>4) Determinar si aún existen afectación en la salud mental de los damnificados del Caserío Pedregal chico – Catacaos</p>	<p>Afectación psicológica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expresión corporal. • Aspectos físicos. • Tipo de comunicación. • Expresión de emociones. 	
---	--	--	-------------------------------	--	--

Instrumentos

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO – FILIAL PIURA

ESCUELA DE POST GRADO

FECHA:

CÓDIGO:

GUÍA DE PREGUNTAS PARA COORDINADOR DE SALUD MENTAL

- 1) ¿Para la intervención en niños, cuáles fueron los protocolos de intervención empleados?
- 2) ¿Qué técnicas de desmovilización se realizaron en la población afectada?
- 3) ¿Qué actividades se realizaron para manejo de duelo en adolescentes y adultos?
- 4) ¿Cómo procedió para el acompañamiento en situaciones de reconocimiento?
- 5) ¿Se realizó algún tipo de monitoreo y seguimiento de las desmovilizaciones realizadas por los brigadistas?
- 6) ¿Se aplicaron algunos instrumentos para detectar personas con trastornos en salud mental?
- 7) ¿Cuáles fueron los protocolos de tratamiento para los casos detectados?
- 8) ¿Se ha ejecutado un seguimiento o monitoreo periódico durante los 12 meses posteriores al evento sobre las acciones realizadas anteriormente?
- 9) ¿Se aplicaron instrumentos para detectar personas con problemas de salud mental, durante los 12 meses posteriores al evento?
- 10) ¿Cuáles fueron los protocolos de tratamiento para los casos detectados, durante los 12 meses posteriores al evento?
- 11) ¿Se realizó la revisión de las historias clínicas para hacer seguimiento de los casos antiguos?

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO – FILIAL PIURA
ESCUELA DE POST GRADO

FECHA:

CÓDIGO:

GUÍA DE PREGUNTAS PARA BRIGADISTAS

- 1) ¿Para la intervención en niños, cuáles fueron los protocolos de intervención empleados?
- 2) ¿Qué técnicas de desmovilización se realizaron en la población afectada?
- 3) ¿Qué actividades se realizaron para manejo de duelo en adolescentes y adultos?
- 4) ¿Cómo procedió para el acompañamiento en situaciones de reconocimiento?
- 5) ¿El coordinador realizó algún tipo de monitoreo y seguimiento de las desmovilizaciones que realizaste?
- 6) ¿Se aplicaron algunos instrumentos para detectar personas con trastornos en salud mental?
- 7) ¿Cuáles fueron los protocolos de tratamiento para los casos detectados?
- 8) ¿El coordinador ha ejecutado un seguimiento o monitoreo periódico durante los 12 meses posteriores al evento sobre las acciones realizadas anteriormente?
- 9) ¿Se aplicaron instrumentos para detectar personas con problemas de salud mental, durante los 12 meses posteriores al evento?
- 10) ¿Cuáles fueron los protocolos de tratamiento para los casos detectados, durante los 12 meses posteriores al evento?
- 11) ¿Se realizó la revisión de las historias clínicas para hacer seguimiento de los casos antiguos y determinar si el paciente se había recuperado?

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO – FILIAL PIURA

ESCUELA DE POST GRADO

FECHA:

CÓDIGO:

GUÍA DE PREGUNTAS PARA DAMNIFICADOS

- 1) ¿Los brigadistas que se presentaron después del desborde, realizaron algunas actividades con los niños?
- 2) ¿Qué actividades realizaron los brigadistas con los adolescentes, jóvenes y adultos?
- 3) ¿Ud. o alguien que conoce perdió algún familiar durante el desborde? ¿Cómo le ayudó el brigadista a manejar el duelo?
- 4) ¿Cómo procedió el brigadista para acompañar en situaciones de reconocimiento?
- 5) ¿El brigadista le aplicó a Ud. o a alguien conocido un cuestionario para determinar su estado de salud mental?
- 6) ¿Qué tipo de tratamiento se le dio a las personas que presentaban algún problema en salud mental?
- 7) ¿Ud. o alguna persona conocida fue hospitalizada debido a un problema de salud mental?
- 8) ¿Los brigadistas volvieron a aplicar algún cuestionario durante los 12 meses posteriores al evento?
- 9) ¿Se le brindó algún tratamiento a las personas que presentaban problemas mentales durante los 12 meses posteriores al evento?
- 10) ¿Considera ud. que los brigadistas realizaron un seguimiento de los casos para determinar si los afectados habían recuperado su salud mental?

GUÍA DE OBSERVACIÓN CONDUCTUAL

		1	2	3
Expresión corporal	Gestos	Mueve manos o pies mientras habla, gesticulando de forma exagerada mostrando euforia, alegría, etc	Presenta movimientos en ocasiones de manos o pies, haciendo gestos que acompañan sus respuestas.	No realiza movimientos, y sus gestos son mínimos al momento de responder, representando congoja, tristeza, melancolía, etc.
	Mirada	Mira fijamente a los ojos cuando habla, mostrándose seguro de sí mismo.	En ocasiones desvía la mirada, cuando mira al entrevistador.	No mira a los ojos, esquiva la mirada, o mira al suelo cuando habla.
	Postura	Es erguida, se para con firmeza al momento de la entrevista.	Se coloca en diferentes posiciones al momento de la entrevista.	Su postura es encorvada, mostrándose cabizbajo y tímido.
Aspectos físicos	Cuidado personal	Pulcro en su aseo personal	Aspecto desaliñado	Carece de higiene
	Vestimenta	Se presenta correctamente vestido, de acuerdo a la estación,	Vestimenta inadecuada para la ocasión.	Vestimenta no acorde con la estación.
Tipo de comunicación	Lenguaje	Muy comunicativo, lenguaje fluido, espontáneo y coherente.	Poco comunicativo, responde solo lo que se le pregunta	Responde con monosílabos o asintiendo con la cabeza.
	Tono de voz	Alto, elevado, fuerte	Medio, cambiante.	Bajo, entre cortado.
	Tipo de comunicación	Asertivo	Agresivo	Pasivo

	Facilidades de expresión	Mediocre en gramática, vocabulario limitado.		Comete errores, le falta el vocabulario.		Uso corriente del lenguaje. No es excepcional.	
Expresión de emociones	Temperamento - equilibrio	Rudo, irritable, intolerante, temperamental.		Individualista, falta de tacto, excesivamente emotivo.		Equilibrio moderado, capacidad para enmendarse.	
	Entusiasmo	. Energía normal.		Algo distraído e indiferente.		Lento, abúlico, carente de vitalidad	
	Valor	Moderado, en caso necesario se unirá a otros para defender ciertos principios		Se desanima fácilmente, no confía en sus propias facultades.		Fácil de disuadir.	

Consolidado de resultados

Triangulación respecto a la ejecución del primer nivel de intervención – Damnificados.

Pregunta		Entrevistado N° 1 D1-R	Entrevistado N° 2 D2-M	Entrevistado N° 3 D3-A	Entrevistado N° 4 D4-C	Entrevistado N° 5 D5-ML	Entrevistado N° 6 D6-P	Entrevistado N° 7 D7-S
¿Los brigadistas que se presentaron después del desborde, realizaron algunas actividades con los niños?	CL 1	Algunas personas se las llevaron a Narihualá, mi familia y yo nos quedamos, acá no hicieron actividades, no sé si en Narihualá hicieron, pero sólo vinieron médicos.	Yo me quede acá en la Loma, no fui al albergue llegaron algunas personas pero después de un mes, y no hicieron actividades con niños.	En San Pablo sólo llegaron médicos ya que los niñitos tenían tos, pero fue después de 8 días.				
	CL 2				En San Pablo si hicieron actividades con niños, les hacían juegos.	Yo estuve en el albergue en San Pablo y si hacían juegos con los niños, les traían juguetes.	Yo estuve en un albergue en Piura, y ahí si hacían juegos con los niños. Me han dicho que después que hubo pase ya llegaron psicólogos acá.	Llegaron más o menos después de 20 días que se pudo entrar y si hacían diferentes juegos. La mayoría de los de acá estaban en albergues.

¿Qué actividades realizaron los brigadistas con los adolescentes, jóvenes y adultos?	CL 1	Los psicólogos no hicieron actividades con jóvenes ni adultos, solo los médicos revisaban a algunos.	No hicieron actividades con jóvenes ni adultos.	No hicieron actividades con jóvenes ni adultos, nos abandonaron.	No Srta. no hicieron nada con las personas adultas, solo con los niños, ellos estaban muy asustados.	En San Pablo solo hicieron actividades con los niños, les llevaban shows.		
	CL 2							Formaron unos grupos de apoyo y seleccionaban a uno para que dirija, nos reunían y conversábamos sobre cómo nos sentíamos.
¿Ud. o alguien que conoce perdió algún familiar durante el desborde? ¿Cómo le ayudó el brigadista a manejar el duelo?	CL 1	Unos vecinos que murieron después del desborde, porque quedaron muy asustados. No recibieron ayuda de psicólogos.	No perdí a ningún familiar o amigo, tampoco conozco alguien que haya perdido a algún familiar.	Un vecino murió, después de que se salió el río. No recibieron ayuda de psicólogos.	Si hubieron fallecidos, una persona murió porque no tenían donde quedarse, y no llegaba la ayuda. No recibieron ayuda de psicólogos.	Una vecina murió por la impresión y su hija se quedó huérfana. Solo recibieron ayuda de los vecinos.	Sí hubieron fallecidos, pero después del desborde porque no llegaba la medicina, las personas empezaron a enfermarse. Solo los vecinos los ayudamos.	Una vecina falleció por la presión del agua, su hija está viva pero se ha enfermado porque perdió a su familia, está enferma y no recibió ni recibe ayuda. Es huérfana.
	CL 2							
¿Cómo procedió el brigadista para	CL 1	No tuvieron que acompañar a nadie.	No tuvieron que acompañar a nadie.	No tuvieron que acompañar a nadie.	No tuvieron que acompañar a nadie.	No tuvieron que acompañar a nadie.	No tuvieron que acompañar a nadie.	No tuvieron que acompañar a nadie.
	CL							

acompañar en situaciones de reconocimiento?	2							
¿El brigadista le aplicó a Ud. o a alguien conocido un cuestionario para determinar su estado de salud mental?	CL 1	Después de un mes llegaron los brigadistas a hacer preguntas, pero después de ello ya no regresaron.	Llegaron unos brigadistas, pero, después de un mes, y nos hicieron preguntas para saber cómo nos encontrábamos	No nos hicieron preguntas.			No, no nos preguntaron nada.	
	CL 2				Sí hacían unas preguntas y ellos anotaban en una hoja	Sí hacían preguntas		Sí hacían preguntas. Que ellos marcaban en unas cartillas

Pregunta		Entrevistado N° 1 PSM-ECR	Entrevistado N° 2 PSM-BNC	Entrevistado N° 3 PSM-BDA
¿Para la intervención en niños, cuáles fueron los protocolos de intervención empleados?	CL1	Se realizaron dinámicas para minimizar el impacto generado por el evento.	Se realizaron varias actividades con los niños; se realizaba juegos, dibujo libre y se les contaba cuentos.	Se realizaron diversos juegos con los niños; así como también se le reunía y se les contaba cuentos.
	CL2			
¿Qué técnicas de desmovilización se realizaron en la población afectada?	CL1	Se realizaron los primeros auxilios psicológicos, que implica brindar soporte emocional, estrategias para lograr la adaptación y prevención de desarrollo de psicopatologías.	No se siguieron protocolos pero sí se aplicaron los primeros auxilios psicológicos, entre ellos escuchar a las personas que se encontraban angustiadas, técnicas de respiración y detección de necesidades básicas, todo esto se hizo con los jóvenes y adultos.	Solo se aplicaron los primeros auxilios psicológicos, para minimizar reacciones emocionales debido a evento traumático.
	CL2			
¿Qué actividades se realizaron para manejo de duelo en adolescentes y adultos?	CL1	Entre las personas que se encontraban en los albergues, ninguna de ellas había perdido a un ser querido; por ello no fue necesario realizar actividades al respecto.	No se aplicaron protocolos ya que en el sector Buenos aires ninguna de las personas había perdido a familiares o amigos.	No hubieron
	CL2			
¿Cómo procedió para el acompañamiento en situaciones de reconocimiento?	CL1	No fue necesario este procedimiento.	No fue necesario este protocolo.	No fue necesario este protocolo.
	CL2			

Respecto a la ejecución del primer nivel de intervención – Damnificados.

Pregunta		Entrevistado Nº 1 D1-R	Entrevistado Nº 2 D2-M	Entrevistado o Nº 3 D3-A	Entrevistado Nº 4 D4-C	Entrevistado Nº 5 D5-ML	Entrevistado Nº 6 D6-P	Entrevistado Nº 7 D7-S
¿El brigadista le aplicó a Ud. o a alguien conocido un cuestionario para determinar su estado de salud mental?	CL 1	Después de un mes llegaron los brigadistas a hacer preguntas, pero después de ello ya no regresaron.	Llegaron unos brigadistas, pero, después de un mes, y nos hicieron preguntas para saber cómo nos encontrábamos.	No nos hicieron preguntas.	Sí hacían unas preguntas y ellos anotaban en una hoja	Sí hacían preguntas		Sí hacían preguntas. Que ellos marcaban en unas cartillas.
	CL 2						No, no nos preguntaron nada.	
¿Qué tipo de tratamiento se les dio a las personas que presentaban algún problema en salud mental?	CL 1	No se les dio tratamiento. Algunas personas fueron hospitalizadas, pero fueron llevadas por sus familiares para que los revise un médico y se	No se les dio tratamiento.	No se les dio tratamiento. Algunos fueron a Santa Rosa con algún familiar para que los vea un doctor, pero no por	No se les dio tratamiento, ni hospitalización	No hubo tratamiento ni hospitalización por ese motivo.	A las personas afectadas no se les dio tratamiento, y tampoco podían ir al centro de salud por que también estaba inundado. Nadie fue hospitalizado.	No se les dio tratamiento, ellos mismo tuvieron que recuperarse. Nadie fue hospitalizado por ese motivo.

¿Ud. o alguna persona conocida fue hospitalizada debido a un problema de salud mental?		quedaron.		psicólogo.				
	CL 2	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna	Ninguna

Respecto a la ejecución del segundo nivel de intervención – Personal de salud mental

Pregunta		Entrevistado N° 1 PSM-ECR	Entrevistado N° 2 PSM-BNC	Entrevistado N° 3 PSM-BDA
¿Para la intervención en niños, cuáles fueron los protocolos de intervención empleados?	CL1	Se realizaron dinámicas para minimizar el impacto generado por el evento.	Se realizaron varias actividades con los niños; se realizaba juegos, dibujo libre y se les contaba cuentos.	Se realizaron diversos juegos con los niños; así como también se le reunía y se les contaba cuentos.
¿Qué técnicas de desmovilización se realizaron en la población afectada?	CL1	Se realizaron los primeros auxilios psicológicos, que implica brindar soporte emocional, estrategias para lograr la adaptación y prevención de desarrollo de psicopatologías.	No se siguieron protocolos pero sí se aplicaron los primeros auxilios psicológicos, entre ellos escuchar a las personas que se encontraban angustiadas, técnicas de respiración y detección de necesidades básicas, todo esto se hizo con los jóvenes y adultos.	Solo se aplicaron los primeros auxilios psicológicos, para minimizar reacciones emocionales debido a evento traumático.
¿Qué actividades se realizaron para manejo de duelo en adolescentes y adultos?	CL1	Entre las personas que se encontraban en los albergues, ninguna de ellas había perdido a un ser querido; por ello no fue necesario realizar actividades al respecto.	No se aplicaron protocolos ya que en el sector Buenos aires ninguna de las personas había perdido a familiares o amigos.	No hubieron
¿Cómo procedió para el acompañamiento en situaciones de reconocimiento?	CL1	No fue necesario este procedimiento.	No fue necesario este protocolo.	No fue necesario este protocolo.

Respecto a la ejecución del segundo nivel de intervención – Damnificados.

Pregunta		Entrevistado N° 1 D1-R	Entrevistado N° 2 D2-M	Entrevistado N° 3 D3-A	Entrevistado N° 4 D4-C	Entrevistado N° 5 D5-ML	Entrevistado N° 6 D6-P	Entrevistado N° 7 D7-S
¿El brigadista le aplicó a Ud. o a alguien conocido un cuestionario para determinar su estado de salud mental?	CL 1	Después de un mes llegaron los brigadistas a hacer preguntas, pero después de ello ya no regresaron.	Llegaron unos brigadistas, pero, después de un mes, y nos hicieron preguntas para saber cómo nos encontrábamos.	No nos hicieron preguntas.	Sí hacían unas preguntas y ellos anotaban en una hoja	Sí hacían preguntas		Sí hacían preguntas. Que ellos marcaban en unas cartillas.
	CL 2						No, no nos preguntaron nada.	
¿Qué tipo de tratamiento se les dio a las personas que presentaban algún problem	CL 1	No se les dio tratamiento. Algunas personas fueron hospitalizadas, pero fueron llevadas por sus familiares para que los revise un médico y se	No se les dio tratamiento.	No se les dio tratamiento. Algunos fueron a Santa Rosa con algún familiar para que los vea un doctor, pero no por psicólogo.	No se les dio tratamiento, ni hospitalización	No hubo tratamiento ni hospitalización por ese motivo.	A las personas afectadas no se les dio tratamiento, y tampoco podían ir al centro de salud por que también estaba inundado. Nadie fue hospitalizado.	No se les dio tratamiento, ellos mismo tuvieron que recuperarse. Nadie fue hospitalizado por ese motivo.

a en salud mental? ¿Ud. o alguna persona conocida fue hospitalizad a debido a un problema de salud mental?		quedaron.						
	CL 2							

Respecto a la ejecución del tercer nivel de intervención – Personal de salud mental

Pregunta		Entrevistado N° 1 PSM-ECR	Entrevistado N° 2 PSM-BNC	Entrevistado N° 3 PSM-BDA
¿Se realizó algún tipo de monitoreo y seguimiento de las desmovilizaciones realizadas?	CL1	Por supuesto, los brigadistas presentaban informes sobre su trabajo a la DIRESA.	Sí, mediante informes que se presentaban a la DIRESA, pero en realidad no solo de las desmovilizaciones sino de todas las actividades realizadas	Claro, teníamos que presentar informes sobre todas las actividades que realizábamos.
¿Se aplicaron algunos instrumentos para detectar personas con trastornos en salud mental?	CL1	Claro, se inició aplicando el tamizaje mediante el SRQ y VIF, y para diagnosticar se aplicaron baterías de pruebas entre ellas el Hamilton para depresión y ansiedad y el AUDIT para consumo de drogas o alcohol.	Se aplicaron los instrumentos de tamizaje del MINSA como SRQ y VIF, y los test de Hamilton para depresión y ansiedad.	Se empezó con los de tamizaje y después dependiendo el caso se aplicaban algunas pruebas psicológicas.
¿Cuáles fueron los protocolos de tratamiento para los casos detectados?	CL1	Se le atendía en el mismo albergue ya que se aplicó la modalidad ambulatoria y no intrahospitalaria. En el caso de detectar casos con psicopatologías anteriores al desastre se pedía la intervención del psiquiatra para que le brinde la medicación.	Para los casos de depresión se trabajaba en la misma comunidad y con la colaboración de sus familiares y amigos; no hubo terapia individual. Se formó comités que realizaban actividades de integración. Se presentaron dificultades debido a la escasez de medicamentos para casos de esquizofrenia o psicosis.	Se desarrolló una intervención de tipo comunitaria, es decir se trabajaba con grupos. Se hacían conversatorio y se formaron grupos de apoyo.

			Así también la psiquiatra derivó a Santa Rosa a una persona debido a un intento de suicidio, sin embargo en el hospital rechazaron referencia aludiendo falta de personal de salud mental y de cama.	
--	--	--	--	--

Material teórico

El rol rector del Ministerio de Salud en salud mental

La intervención de la Defensoría del Pueblo con su informe defensorial N° 102 puso de manifiesto que el MINSA no contaba con un órgano para liderar y conducir las políticas de salud mental en el país; por lo que le recomendó crear una unidad rectora con competencia para generar, centralizar y analizar información epidemiológica, así como para establecer políticas, reglamentos, protocolos de tratamiento médico, manuales de procedimientos e instrumentos que regulen la prestación de servicios en salud mental, incorporando de manera explícita, indicaciones que garanticen el respeto de los derechos de los pacientes, debido a esto el MINSA procedió con la creación de la Dirección de Salud Mental y su incorporación en la Dirección General de Salud de las Personas. Sin embargo, se debe señalar que, desde su constitución, esta instancia no ha contado con recursos financieros y humanos suficientes para su adecuado funcionamiento. En ese sentido, resulta necesario fortalecer la Dirección de Salud Mental de modo que pueda adoptar las acciones necesarias dirigidas a cumplir los objetivos contemplados en la Estrategia de Salud Mental y el Plan Nacional de Salud Mental.

Las acciones de la Dirección de Salud Mental han buscado descentralizar la atención de la salud mental a través del Plan Integral de Reparaciones en Salud Mental, el Servicio de Atención Integral y Comunitaria en Salud Mental a Mujeres, Niños y Adolescentes en Situación de Extrema Pobreza – Programa JUNTOS y el Plan de Impacto Rápido en Adicciones, en donde se ha priorizado la atención de los siguientes problemas: violencia familiar, suicidio, depresión y trastornos que son producto del consumo de alcohol, aprobándose las Guías de práctica clínica en depresión, en conducta suicida y en trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicoactivas.

Es fundamental el fortalecimiento de la Dirección de Salud Mental a fin de generar políticas y normas de funcionamiento de los servicios para la atención de salud mental en el

país. Sin una Dirección de Salud Mental con funciones claras como órgano rector, los problemas de salud mental podrían continuar relegados de las políticas sectoriales, con el consecuente retroceso de los logros alcanzados.

PLAN DE EMERGENCIA EN SALUD MENTAL

NIÑO COSTERO 2017

POR: Psi. Mg. Ricardo E. Ross-Morrey Acha
Ing. Ronald Siesquen Revollo

El Niño costero es el fenómeno actualmente en curso que afecta a las naciones de Perú y Ecuador (aunque en este país se rechaza la terminología "Niño costero"). Este fenómeno se caracteriza por el calentamiento anómalo del mar focalizado en las costas de estos países. Este calentamiento produce humedad que desencadena fuertes lluvias causando desbordes, inundaciones y aluviones que afectan a varias localidades.³ El fenómeno fue antecedido en el 2016 por una fuerte sequía que afectó a ambos países.

El 31 de marzo del 2017, el INDECI publicó un reporte mostrando los efectos del Niño costero hasta la fecha. Este muestra un total de 101 fallecidos, 353 heridos, 19 desaparecidos, 141 000 damnificados y casi un millón de afectados a nivel nacional desde diciembre del 2016. En Ecuador las lluvias han causado la muerte de al menos 16 personas.

Perú y Ecuador son países con salida al océano Pacífico y que, desde la época prehispánica, han experimentado el fenómeno de El Niño. El fenómeno actual, conocido como el Niño costero, difiere de El Niño común debido a que este sólo se desarrolla a lo largo de las costas peruanas y ecuatorianas; a diferencia del común, el cual afecta un área mucho mayor del Océano Pacífico.⁸ El doctor Dimitri Gutiérrez Aguilar, vocero oficial de la ENFEN, asegura que hay una diferencia en la génesis del calentamiento anómalo actual en Ecuador y Perú debido a que es distinta a las condiciones típicas del desarrollo del fenómeno de El Niño, aunque su manifestación sea similar.

Los primeros indicios de El Niño costero se comenzaron a dar en Perú a finales de noviembre de 2016. En enero del 2017, los departamentos de Lambayeque, La Libertad, Piura y Tumbes se vieron afectadas por fuertes temporales. La crisis climática también se intensificó y afectó a regiones muy alejadas de la costa como

Cajamarca, Huánuco y Junín. Hasta el momento varias jurisdicciones, que desde el 2016 se encontraban en fuera de riesgo, han sido afectadas por el fenómeno.

ORIGEN

El llamado Niño costero tiene su origen en las aguas cálidas provenientes de Asia y Oceanía que se unen con el aire frío del oeste de América.

Las fuertes lluvias tuvieron origen en el calentamiento del mar que limita las costas del Pacífico de Perú y Ecuador, un fenómeno denominado El Niño Costero. El aumento de la temperatura del mar se vincula con las corrientes de aire, de origen centroamericano, que se mueven con dirección al sur, favoreciendo el calentamiento del mar y con la llegada de aguas cálidas provenientes de Asia y Oceanía. A su paso por las costas de Ecuador y Perú, la corriente de aguas cálidas no encontró una barrera suficientemente fuerte de vientos alisios (ver animación) que impidiera su llegada con tanta fuerza. La masa de aguas cálidas se caracteriza por ser superficial y de fácil evaporación; llegan a alcanzar temperaturas de hasta 29° C, lo que genera una atmósfera inestable y lluvias constantes.

Un sector del distrito de Castilla, Piura, afectado por las inundaciones.

El 3 de febrero se declaró en estado de emergencia las regiones de Tumbes, Piura y Lambayeque. Ese mismo día, el Comité Multisectorial Encargado del Estudio Nacional del Fenómeno de El Niño (ENFEN) informó el establecimiento del estado de alerta de El Niño Costero que se extiende por todos los departamentos del litoral peruano, incluyendo el departamento de Lima.

Los daños más graves se registraron en el norte del Perú: los departamentos de Tumbes, Piura y Lambayeque fueron afectados por lluvias torrenciales que provocaron inundaciones y huaicos, afectando a viviendas y áreas de cultivos.

Reacción en los medios

Los desastres ocurridos en Perú obtuvieron mucha atención mediática nacional e internacional, lo que causó que muchas personas se enteraran de lo sucedido en el país y ofrezcan su apoyo. Muchos canales nacionales dedicaron el cien por ciento de su programación a cubrir el desastre y ofrecieron sus estudios como zonas de acopio de donaciones.

Ante tal situación, la DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE PIURA, a través de la ETRATEGIA SANITARIA REGIONAL DE SALUD MENTAL establece un Plan de Intervención tomando en consideración el muy posible crecimiento paulatino del evento, estableciendo los siguientes objetivos

a. OBJETIVO GENERAL

Ante la advertencia que el SENAMHI expone:

El Servicio Nacional de Meteorología e Hidrología del Perú (SENAMHI) emitió este jueves una alerta, a través de su cuenta oficial en Twitter donde advierte de la alta probabilidad de lluvias y tormentas eléctricas en diversas zonas del país entre las 12:00 y 20 horas.

En su reporte precisa que en el norte del país la peligrosidad de esta alerta es de nivel 4 y se prevén lluvias de moderada a fuerte intensidad, tormentas eléctricas y ráfagas de viento de más de 20 kilómetros por hora.

Declarar Prioridad Regional el estado de emergencia; en consecuencia aprobar una Política articulada de Atención Integral en Salud Mental en la Región Piura dando énfasis en cuanto a compromisos orientados hacia la Atención en Salud Mental, la cual debe reflejarse en el apoyo desde el punto de vista de la legislación, planificación y presupuesto del sector y otros involucrados.

b. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conformar el comité de emergencia en salud mental convocando a las instituciones que se hayan comprometidas e involucradas en cuanto a emergencia y desastres.
2. Convocar a los brigadistas en salud Mental capacitados en la atención en esta situación de emergencia.
3. Elaborar un plan de atención, distribuyendo a todo el personal brigadista de acuerdo a la prioridad de intervención en los lugares donde más lo necesiten.
4. Coordinar para brindar un refrescamiento y/o capacitar a aquellos que necesiten conocer acerca de lo que es una atención en salud mental en emergencia y desastres.
5. La salud mental debe ser considerada como uno de los aspectos relevantes para la recuperación del ser humano, pues, el poder enfrentar y resolver las

situaciones de estrés de manera eficaz y saludable permitirá que las personas afectadas puedan exhibir actitudes positivas y participativas, favoreciendo su desarrollo individual y colectivo.

6. Por esta razón, es imprescindible que el personal de salud capacitado, brinde soporte emocional a la población afectada y pueda identificar los problemas de salud mental que se presenten como secuela del evento traumático.
7. Prevenir y disminuir las consecuencias que las emergencias y desastres producen en la salud mental de la población afectada.
8. Intervenir precozmente en la detección y manejo de reacciones de estrés ante una situación de desastre.
9. Prevenir la presentación de trastornos psiquiátricos complejos, como consecuencia de la exposición a un evento adverso.
10. Prevenir secuelas a corto y mediano plazo, en especial, las que afecte su capacidad de aprender, su forma de relacionarse con los demás y la manera como enfrenten situaciones difíciles en el futuro.
11. Ayudar a la víctima a enfrentarse y entender su nueva realidad, y a comprender la naturaleza y el significado de sus reacciones (psicológicas y somáticas).
12. Favorecer la expresión de emociones y la elaboración del duelo.
13. Brindar apoyo emocional, aliviando la aflicción y el sufrimiento.
14. Reforzar la autoestima.
15. Detectar y tratar, o remitir los casos.

ENFOQUES DE LA INTERVENCIÓN EN EL CONTEXTO DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

- Enfoque de derechos humanos
- Enfoque de género.
- Enfoque de equidad
- Enfoque de Interculturalidad

METODOLOGÍA

- a) La intervención se realiza mediante la aplicación del protocolo del (MINSa).
- b) Tamizaje psicológico en la población adulta, instrumento SRQ-18 (ansiedad y depresión).
- c) Cuestionario de síntomas para niños (RQC)

- d) Talleres de desmovilización emocional en personal de salud y brigadas.
- e) Talleres psico-educativos para adultos.
- f) Talleres de recuperación emocional para niños y adolescentes (Abordaje individual en los casos detectados).

GRUPOS ETÁREOS A INTERVENIR

- a) Niños y niñas.
- b) Adolescentes mujeres y varones.
- c) Adultos y Adultos Mayores.

INTERVENCIÓN

- a) Intervenir directamente con la población afectada, para restablecer y favorecer su relación e incorporación a su entorno y forma de vida habitual.
- b) Terapia de juego para la recuperación emocional de los niños en albergues, escuelas o centros comunales.
- c) Técnicas de afrontamiento del estrés para la prevención del síndrome de Bournut.
- d) Terapia y dinámica de grupo para adultos en albergues y refugios.
- e) Técnicas de intervención comunitaria orientadas a la recuperación de las redes de soporte social y solución de problemas.
- f) Técnicas de intervención grupal orientadas a facilitar y promover el reconocimiento de expresiones encubiertas de sentimientos a manera de modificaciones de conducta (agresividad, pasividad, aislamiento, consumo de alcohol, etc.) o de síntomas físicos y ayudar a la persona a entender las relaciones y expresar mejor sus sentimientos y/o emociones.
- g) Estrategias psicosociales para la neutralización del rumor y el manejo eficiente de la comunicación.

CAPÍTULO III

Principales problemas psicosociales y principales pautas para su atención

*María Cristina de Taborda**

Las víctimas de desastres, por lo general, han vivido experiencias y pérdidas muy graves. A pesar de todo, inicialmente debe asumirse que sus respuestas emocionales son normales ante una situación anormalmente abrumadora y que tienden a recuperarse espontáneamente en el curso de algunos días o semanas.

La atención psicosocial busca aliviar o controlar los efectos del trauma y restablecer el equilibrio, evitando la revictimización. El objetivo central es facilitar y apoyar los procesos naturales de recuperación y prevenir que persistan o se agraven los síntomas, o que surjan enfermedades. Debe tener un enfoque comunitario, y estar basada en la identificación y el control de los riesgos específicos de las personas afectadas. Los niveles y las modalidades de intervención pueden ser variados: psicológicos o sociales, individuales, familiares o grupales.

El concepto de atención psicosocial a poblaciones afectadas por los desastres trasciende el de la atención clínica psiquiátrica. Debe integrar componentes indispensables de ayuda humanitaria e intervenciones sociales de diferente índole (coherentes con las necesidades básicas de seguridad personal, alimentación,

educación, vivienda, trabajo, etc.) que hagan posible la reconstrucción de la cotidianidad y el desarrollo de nuevos proyectos de vida.

La atención psicosocial no es solamente responsabilidad del sector salud y tampoco se restringe a las acciones de los equipos de salud mental. Compromete a las autoridades, es intersectorial y requiere de la participación activa de la comunidad.

Sin embargo, es importante conocer que la morbilidad psiquiátrica tiende a aumentar en poblaciones víctimas de desastres de gran magnitud, especialmente si la persona era vulnerable, si se presentó una grave pérdida de la estructura familiar y social, o si las necesidades básicas cotidianas no son atendidas oportunamente y existen importantes barreras para el acceso a bienes y servicios indispensables para la reconstrucción de sus vidas.

Los trabajadores de atención primaria y el personal de ayuda humanitaria deben contemplar entre sus áreas de trabajo el componente psicosocial, como parte del abordaje humano de la población afectada por el desastre. Deben ser lo suficientemente sensibles y competentes para utilizar los recursos disponibles en función de intervenciones de apoyo emocional y para detectar a quienes presentan síntomas y signos que sobrepasan los límites de lo "esperado o normal". Esto permite realizar un diagnóstico precoz y una remisión oportuna al profesional especializado, si fuere necesario.

Las víctimas, usualmente, no tienen la necesidad sentida de apoyo psicológico, no aceptan sufrir de una enfermedad mental y no demandan los servicios de salud mental, por el estigma sociocultural que esto significa. Por lo tanto, puede ser útil divulgar, por todos los medios posibles y usando los recursos de la comunidad, que existen alternativas de ofertas de "ayuda para superar las dificultades emocionales y el sufrimiento que pueden estar experimentando muchas de las personas que han vivido el desastre". Para ello, resulta indispensable insertar la atención psicosocial como parte de las acciones cotidianas que prestan los servicios de salud (en especial, la atención primaria) y los organismos de ayuda humanitaria. Además, previendo que pueden aparecer casos complicados que requieran su remisión a una atención más individualizada y especializada, es indispensable contar con posibilidades y mecanismos claros de remisión a otras instancias especializadas.

Este capítulo está dirigido, fundamentalmente, al personal no especializado, como trabajadores de ayuda humanitaria y equipos de atención primaria en salud. En su primera parte, resume los principales problemas psicosociales y los

pautas básicas de actuación por parte del personal de respuesta. La segunda parte trata de los principales trastornos psíquicos que pueden observarse en las víctimas de desastres; los criterios básicos y las herramientas para identificarlos; así como las pautas para la ayuda profesional individual (médico general) en los adultos; igualmente, los criterios que indican la necesidad de intervención o de remisión al especialista.

Principales reacciones psicológicas en poblaciones afectadas por los desastres

En el caso de desastres, el impacto emocional varía con el transcurso del tiempo, pero suele ser muy acentuada y sobrepasar la capacidad de control de los individuos en los primeros momentos después del evento.

El siguiente cuadro ayuda a recordar cuáles son los cambios psicológicos que se pueden esperar y cuáles son las intervenciones psicológicas y sociales destinadas a la más pronta recuperación y, eventualmente, a la detección precoz y el manejo básico de trastornos mentales.

Fase	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primeras 72 horas	<ul style="list-style-type: none"> • Crisis emocionales • Entumecimiento psíquico: se ven asustadas, apáticas, confundidas • Excitación aumentada o "parálisis" por el temor • Ansiedad difusa • Deseo-temor de conocer la realidad • Dificultad para aceptar la dependencia y la situación crítica en la que se encuentra • Inestabilidad afectiva con variaciones extremas • Ocasionalmente, estado de confusión aguda 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Socorro y protección • Satisfacción de las necesidades básicas y más inmediatas • Primera ayuda psicológica
Primer mes	<ul style="list-style-type: none"> • Aflicción y miedo, nerviosismo • Tristeza • Duelo • Equivalentes somáticos (síntomas orgánicos variados) 	<ul style="list-style-type: none"> • Continuación de la evaluación de daños y análisis de necesidades en salud mental • Ayuda humanitaria • Apoyo de la red social

Fase *	Respuestas psicológicas	Intervenciones psicosociales
Primer mes (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Preocupación exagerada, irritabilidad, inquietud motora, alteración en conductas cotidianas, pérdida del sueño y apetito • Problemas en las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañamiento personal a casos en riesgo • Detección de individuos y grupos en riesgo, y de casos con psicopatología • Intervenciones psicosociales individuales y grupales • Atención de casos con trastornos psíquicos
2 a 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad que se va reduciendo • Tristeza que persiste por más tiempo • Tristeza o ansiedad no muy aparentes como tales pero con manifestaciones encubiertas, como agresividad creciente (intrafamiliar, autoagresividad) y conductas evasivas (consumo de alcohol o de psicoactivos) • Desmoralización ante las dificultades de adaptación o si se demoran las ayudas prometidas • Ira creciente que se acentúa si hay discriminación, revictimización o impunidad • Síntomas somáticos que persisten • Ocasionalmente, síntomas de estrés postraumático 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de la red social • Acompañamiento y apoyo emocional a los más vulnerables y maltratados • Intervención psicológica individual • Manejo de grupos (en especial, grupos de ayuda emocional)

A partir de los tres meses. En condiciones normales, se debe esperar una reducción progresiva de las manifestaciones anteriormente descritas. Por ejemplo, una tristeza que se va aliviando y que sólo reaparece temporalmente en los aniversarios o fechas especiales.

Sin embargo, pueden existir señales de riesgo como:

- duelos que no se superen;
- riesgo de suicidio;
- síntomas tardíos: fatiga crónica, inhabilidad para trabajar, apatía, dificultad para pensar claramente, síntomas gastrointestinales vagos, y
- síntomas de estrés postraumático.

Eventualmente, se han observado algunas personas que aparentemente han reaccionado con gran equilibrio y comienzan a presentar síntomas después del año.

En esta etapa, la intervención de salud mental debe estar dirigida a la detección de nuevos casos sintomáticos, la remisión de casos complejos para atención especializada y la inserción de aquéllos que lo requieran en los servicios regulares.

La intervención psicológica individual en adultos

La intervención psicológica individual (en personas adultas) es uno de los componentes de la atención psicosocial; pero, lo esencial es que no se puede visualizar como un trabajo aislado. El éxito de la asistencia psicológica individual depende, en gran medida, de que se ofrezca en el marco de la ayuda humanitaria, así como de un conjunto de intervenciones psicosociales, la mayoría de tipo grupal.

Si bien en situaciones de desastres el eje de las intervenciones psicosociales debe ser grupal, en un número importante de casos es necesaria prestar, también, atenciones individuales, para profundizar en la asistencia de quienes parecen requerirlo así (detección de riesgos, mejor evaluación y ayuda de personas sintomáticas en precario equilibrio o con acentuada vulnerabilidad, y detección de enfermos).

Objetivos de las intervenciones psicológicas individuales

1. Ayudar a la víctima o persona afectada a enfrentarse y entender su nueva realidad, y a comprender la naturaleza y el significado de sus reacciones (psicológicas y somáticas).
2. Favorecer la expresión de emociones y la elaboración del duelo.
3. Brindar apoyo emocional, aliviando la aflicción y el sufrimiento.
4. Reforzar la autoestima.
5. Detectar y tratar, o remitir los enfermos.



Premisas fundamentales de la intervención psicológica

1. Debe estar acorde con las diferentes fases del desastre, recordando que existen "tiempos individuales y culturales" en las comunidades.
2. Adecuarse al contexto social y cultural implica el reconocimiento, la comprensión y el aprovechamiento de las tradiciones y las fortalezas históricas de las comunidades.
3. Debe asumirse que los sobrevivientes muestran reacciones emocionales que pueden ser exageradas pero que, en principio, son normales por haber sido anormalmente vulnerados.
4. Apoyarse en las fortalezas de los sobrevivientes.
5. Tener propósitos lógicos y acordes con las necesidades reales de las personas afectadas.
6. Focalizarse especialmente en los más vulnerables, no sólo en los que en teoría lo son (menores, ancianos, discapacitados, etc.) sino, también, en aquéllos que en la práctica se detectan como tales.
7. Las intervenciones psicológicas se desarrollan por diferentes instancias y actores, y están integradas a lo cotidiano (no como "una receta o un tratamiento"). Deben llevarse a efecto en el escenario comunitario, vinculadas a los programas de apoyo social que se implementan.
8. La implementación de procesos grupales de apoyo mutuo, la socialización y la reconstrucción de proyectos de vida familiares o colectivos complementan la intervención psicológica individual.
9. Debe trabajarse en la identificación de vulnerabilidades y riesgos.
10. Unos de sus objetivos básicos son la detección y la asistencia a los sintomáticos o enfermos, y su oportuna referencia si fuere necesario.



Acta de aprobación de originalidad de la Tesis

 UCV UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	--	---

Yo,

Karl Friederick Torres Mirez, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Piura, revisor (a) de la tesis titulada:

"Políticas públicas en salud mental para los damnificados por fenómeno El Niño costero del Caserío Pedregal chico - Catacaos, 2019" de la estudiante Noblecilla Saavedra Judith Nataly, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 20% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Piura, 19 de Marzo del 2020.



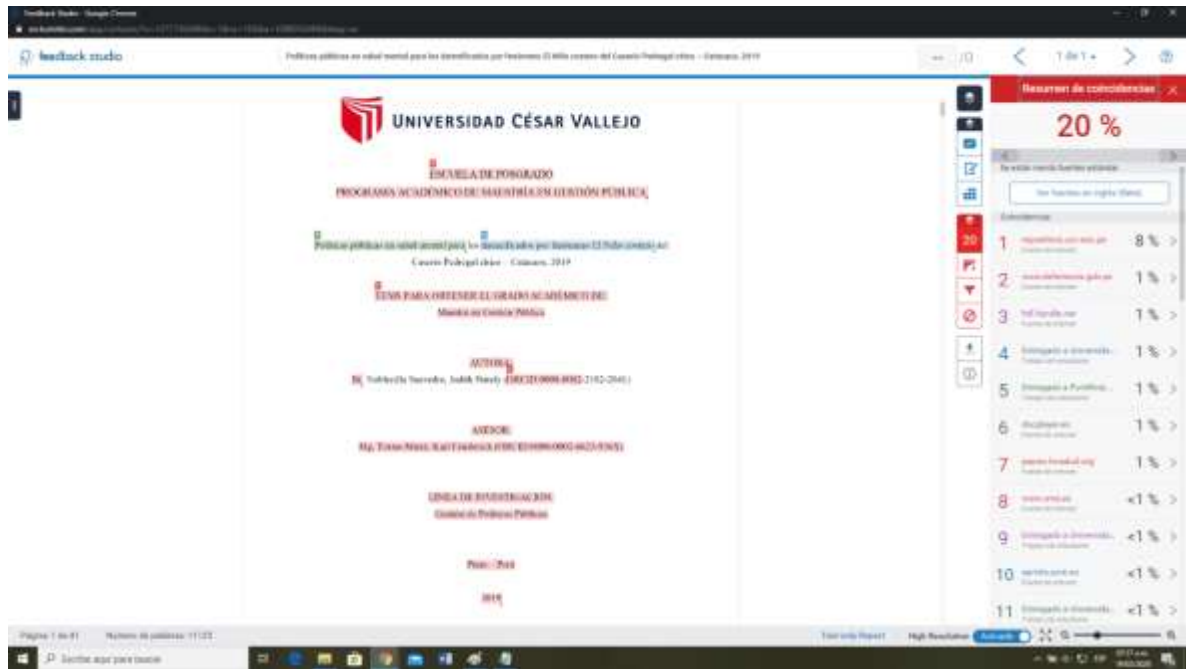
KARL FRIEDERICK TORRES MIREZ

DNI: 46710220



Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Responsable del SGC	Aprobó	Vicerrectorado de Investigación
---------	----------------------------	--------	---------------------	--------	---------------------------------

Pantallazo del Software Turnitin



Autorización de la versión final del Trabajo de investigación



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE
LA UNIDAD DE POSGRADO

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

NOBLECILLA SAAVEDRA, JUDITH NATALY

INFORME TITULADO:

"Políticas públicas en salud mental para los damnificados por fenómeno El Niño costero del
Caserío Pedregal chico – Catacaos, 2019"

PARA OBTENER EL GRADO O TÍTULO DE:

MAESTRO EN GESTIÓN PÚBLICA

SUSTENTADO EN FECHA: 11 DE DICIEMBRE DE 2019

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por Unanimidad



KARL FRIEDERICK TORRES MIREZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN Y GRADOS UPG
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO -PIURA