

REVISION SISTEMATICA DE INTERVENCION PSICOSOCIAL: APOYO AL APOYO.

FASE II

Sara Ramírez Ríos

Iván Hernández Niño

Mario Andrés Navarro Araújo



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Atención Pre hospitalaria Urgencias Emergencias y Desastres

Medellín, Antioquia.

2017



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto Laboral Tecnológico: "Guía de intervención Psicosocial: apoyo al apoyo, fase 2", elaborado por los estudiantes: SARA RAMÍREZ RIOS, MARIO ANDRÉS NAVARRO y IVAN DAVID HERNÁNDEZ del programa de TECNOLOGÍA EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- BUENO

Medellín, 25 de octubre de 2017

MG. JOSE CHÁVEZ
Coordinador Investigación FCS

MG. LINA MARIA ORTIZ
Asesora

SARA RAMÍREZ RIOS
Estudiante

MARIO ANDRÉS NAVARRO
Estudiante

IVAN DAVID HERNÁNDEZ
Estudiante

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos primeramente a Dios por permitirnos realizar este proyecto, a nuestros padres por su constante apoyo y dedicación, a nuestros asesores por compartir sus conocimientos con nosotros y guiarnos en este proceso.

DEDICATORIA

Este proyecto está dedicado para todo el personal de salud y primera respuesta, con el fin de aportar conocimientos comparativos de los avances de la intervención psicosocial en el área de apoyo al apoyo en el Valle de Aburrá, Colombia y el resto del mundo.

RESUMEN

Múltiples referencia bibliográficas y cibergráficas hablan de como se ha manejado la intervención psicosocial en el personal de primera respuesta ya sean bomberos, personal de salud, grupos de socorro, ejército, fuerza pública o voluntarios en puntos específicos del mundo, como países, ciudades o localidades, mostrando cuales fueron los métodos de ayuda y de intervención psicológica y cuáles fueron los resultados, otros reafirman que no hay suficientes recursos en el medio para tener una base de partida para prestar esta ayuda a los primeros respondientes y personal de apoyo.

Mientras tanto, en Colombia hay una alta tasa de morbimortalidad en accidentes de tránsito, y se presentan muchas emergencias, tanto ambientales, medicas, etc. Por consiguiente las situaciones de crisis son constantes, la carga emocional que tiene el personal de salud es grande y se hace necesaria una intervención para mantener la estabilidad de la salud mental. El ministerio de salud tiene una guía de intervención psicosocial para el tratamiento de los pacientes, y aunque en la misma se establece la importancia de una salud mental en el personal respondedor, no existe una herramienta clara y accesible para el personal.

Finalmente, Se hace necesaria la investigación de los estudios existentes en Colombia, para saber con qué material se cuenta hasta el día de hoy, y compararlo con los avances en el mundo, así se podrá lograr un panorama más claro, sabiendo que existe nacional e internacionalmente y lo que hace falta para llegar a tener una atención oportuna y adecuada logrando así la salud mental en los trabajadores del área de la salud, especialmente de los primeros respondientes.

CONTENIDO

1. CAPITULO UNO: PANORAMA DEL PROYECTO	8
1.1 INTRODUCCION	8
1.2 JUSTIFICACION	8
1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	9
1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	9
1.5 OBJETIVOS DEL TRABAJO	9
1.5.1 Objetivo General	¡Error! Marcador no definido.
1.5.2 Objetivos Específicos.....	¡Error! Marcador no definido.
1.6 VIABILIDAD DEL PROYECTO	10
1.7 LIMITACIONES DEL PROYECTO	10
1.8 IMPACTO DEL PROYECTO	10
2. CAPITULO DOS: MARCO TEORICO	12
2.1 MARCO CONCEPTUAL	12
2.2 MARCO REFERENCIAL.....	13
2.3 MARCO INSTITUCIONAL	19
2.4 MARCO HISTORICO.....	24
2.5 MARCO GEOGRAFICO	26
2.6 MARCO LEGAL O NORMATIVO	27
2.7 MARCO TEORICO	28
3. CAPITULO TRES: DIAGNOSTICO O ANALISIS	38
4. CAPITULO 4: DISEÑO METODOLOGICO.....	47
4.1. ALCANCE DEL PROYECTO.....	47
4.2. METODOLOGIA DEL PROYECTO	47
4.3. PLAN DE TRABAJO	¡Error! Marcador no definido.
5. CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49

5.1. CONCLUSIONES	49
5.2. RECOMENDACIONES	49
6. BIBLIOGRAFÍA	¡Error! Marcador no definido.
7. ANEXOS	¡Error! Marcador no definido.

1. CAPITULO UNO: PANORAMA DEL PROYECTO

1.1 INTRODUCCION

Después de realizar la revisión de artículo, que se hizo en la primera fase, es necesario continuar con la operacionalización de los resultados que se encontraron en la búsqueda bibliográfica; por lo cual en esta fase del proyecto, se procedió a realizar la encuestas y su consiguiente aplicación en los diferentes entornos, en los que se desempeña el personal de la salud, en la ciudad de Medellín, como lo fueron, profesionales del área de la salud, Aphas, bomberos, auxiliares, médicos y otros; los lugares en los cuales se aplicaron, fueron, estaciones de bomberos, clínicas, cruz roja, Modulo 123, Metro, EMI, entre otras instituciones.

La finalidad del presente proyecto, es la creación de una guía, que puede servir al personal del área de la salud, en el apoyo psicosocial, o apoyo al apoyo, para lo cual es necesario, tener no solo la información bibliográfica que se puede encontrar en los diferentes artículos, libros o investigaciones, sino, a partir de la contextualización de la realidad actual de la ciudad, para lo cual se procedió a la aplicación de las encuestas, buscando así obtener información, pertinente, contextualizada con las necesidades de la población encuestada.

1.2 JUSTIFICACION

Tal y como se investigó en la primera etapa del proyecto, existe una amplia cantidad de bibliografía y cibergrafía referente al apoyo al apoyo en otros países o de manera general. Teniendo en cuenta la necesidad que representa el conocer las particularidades locales para implementar un proyecto en una región determinada se pretende operacionalizar los resultados obtenidos en la primera parte del proyecto mediante la aplicación de encuestas en instituciones locales reconocidas dedicadas a labores que incluyen la primera respuesta. Durante esta fase del proyecto se aspira recopilar información sobre las perspectivas que tienen los primeros respondientes regionales con respecto al tema del apoyo al apoyo y sus necesidades psicoemocionales particulares al momento de enfrentar situaciones de crisis.

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La población padece una serie extensa de problemas de salud mental durante y después de situaciones de emergencias.

Esta idea surge a través de la problemática que se vive día a día en los primeros respondientes, donde vemos la necesidad de intervenir en nuestra sociedad, adquiriendo información sobre lo que piensan y conocen frente a esta investigación.

Se pretende que tras el presente proyecto, los primeros respondientes tengan como primera opción ayuda psicológica bajo la supervisión de profesionales en el tema. Con el objetivo de dar apoyo al apoyo y así lograr un mejoramiento en la condición mental de cada uno de ellos.

Aunque existen muchas bibliografías y textos del tema, es importante ubicarnos en la realidad social que el mundo está viviendo, contextualizarnos a partir de la percepción de cada uno de los primeros respondientes los cuales vivencian situaciones de crisis día a día.

1.4 PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Se podría creer, que el personal de primera respuesta en Medellín-Colombia se ve afectado por la salud mental en cualquier tipo de emergencia?

1.5 OBJETIVOS DEL TRABAJO

1.5.1 Objetivo General

Realizar encuestas del tema apoyo en salud mental al primer respondiente (apoyo al apoyo) en el área de atención de crisis dirigidas al personal primer respondiente.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Realizar un numero de encuesta significativo que nos permita extraer datos para el desarrollo de la guía
- Diseñar una guía de apoyo al apoyo que responda a las necesidades psicoemocionales al primer respondiente.
- Analizar las encuesta para desarrollar la guía.

1.6 VIABILIDAD DEL PROYECTO

Este proyecto es viable a causa del impacto que tiene el aspecto psicoemocional en la sociedad, y la importancia que se le otorga a éste en el oficio que desempeñan los primeros respondientes, que se ven frecuentemente involucrados en situaciones de crisis, poniendo en riesgo su salud mental, haciéndose vulnerables al desarrollo de patologías y trastornos que afectan su calidad de vida.

Un análisis de datos se extraerá de encuestas de tipo mixto que serán realizadas en diferentes entidades del área metropolitana del Valle de Aburra que están legalmente autorizadas para desempeñarse en la primera respuesta y cuyos trabajadores se enfrentan a eventos críticos con frecuencia. La accesibilidad de los estudiantes del área de la salud de una Universidad reconocida y con convenios con tales entidades permite que el proyecto sea más viable de ser llevado a cabo.

Este proyecto se considera viable, puesto que cuenta con una población alta significativa, la cual permite poder desarrollar una guía de apoyo al apoyo.

1.7 LIMITACIONES DEL PROYECTO

- Este proyecto podría verse limitado a la espera de los permisos en algunas instituciones
- El poco tiempo disponible para realizar las encuestas
- Algunas instituciones que no se muestren muy colaboradoras, disminuye la cantidad de primeros respondientes encuestados.

1.8 IMPACTO DEL PROYECTO

La implementación de estas encuestas será de utilidad como base para conocer las necesidades y propuestas del personal de primera respuesta sobre sus expectativas de una

guía de apoyo al apoyo satisfactoria. Se espera que en el futuro los datos recopilados sirvan para implementar diferentes estrategias que respondan a tales necesidades expresadas por los primeros respondientes incorporándolas en una guía de apoyo al apoyo para personal de primera respuesta.

Impacto esperado	Plazo (años) después de finalizado el proyecto: corto (1), mediano (2-3), largo (3 o más)	Indicador verificable	Supuestos*
Se espera llevar a cabo una investigación de tipo cualitativo basada en una encuesta mixta dirigida a primeros respondientes que permita recopilar suficiente información sobre las necesidades y perspectivas de los tales.	Corto Plazo	Encuestar personal de primera respuesta de diferentes instituciones reconocidas del Valle de Aburrá.	Realizar el proyecto en base a los datos extraídos de las encuestas aplicadas.
Evaluar la utilidad que ofrecen las diversas propuestas de los encuestados para satisfacer sus necesidades psicoemocionales y la viabilidad de aplicarlas en el área metropolitana del Valle de Aburrá.	Mediano Plazo		Encontrar escenarios que permitan realizar los respectivos estudios necesarios para llegar a conclusiones significativas.

<p>Implementación en instituciones de guías de apoyo al apoyo que mejoren la respuesta a sus necesidades psicoemocionales.</p>	<p>Largo Plazo</p>		<p>Que las respectivas autoridades avalen la implementación de las guías de apoyo al apoyo en las diversas instituciones.</p>
--	--------------------	--	---

2. CAPITULO DOS: MARCO TEORICO

2.1 MARCO CONCEPTUAL

Psicología: La psicología es la disciplina que investiga sobre los procesos mentales de personas y animales. La palabra proviene del griego: psico- (actividad mental o alma) y -logia (estudio). Esta disciplina analiza las tres dimensiones de los mencionados procesos: cognitiva, afectiva y conductual.

Psicosocial: se refiere a la conducta humana y su inserción en la sociedad, el accionar individual analizado desde los aspectos sociales.

Tecnólogo en atención Prehospitalaria: Es la persona capacitada con una subespecialidad de emergencia y desastres que trata el paciente fuera del ámbito hospitalario.

Bomberos: Un bombero es aquella persona que está capacitada conforme para la extinción de incendios y también para asistir a víctimas en cualquier otro tipo de desastre como los terremotos, las inundaciones, entre otros

Guías psicosocial: Una guía es aquel conjunto conformado por técnicas, los cuales encauzan un listado de información, en este caso se trata de una guía para el apoyo psicológico la cual hace énfasis en la parte espiritual, emocional, mental y de conducta de un paciente.

Atención Prehospitalaria: La atención Prehospitalaria es la atención que se realiza fuera del ámbito hospitalario, para evitar la muerte y prevenir la discapacidad, tiene como finalidad prevenir las emergencias con la atención de las urgencias y como objetivo la atención oportuna en el foco, y el traslado asistido al hospital adecuado.

Burnout: síndrome de agotamiento en el personal de salud.

Salud mental: según la OMS es “se define 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”.

2.2 MARCO REFERENCIAL

Se ha trabajado como referencias diferentes artículos de investigación que se han realizado en otros lugares referentes a temas que encierra el apoyo al apoyo:

OCCUPATIONAL MENTAL HEALTH PROMOTION: REVIEW AND PROJECTIONS FOR CHILE:

En Chile, los problemas de SM tienen una muy elevada prevalencia y son la segunda causa de licencias médicas, con una tendencia al alza. En la literatura internacional, el estrés laboral como factor de riesgo de patología mental, es un tema ampliamente investigado desde hace casi dos décadas. En contraste, la escasa literatura nacional, aún en una etapa descriptiva, no se refleja en el diseño, aplicación, evaluación y publicación de intervenciones en SMO. Ante la ley, actualmente debe establecerse una relación de causalidad desde el trabajo para que una enfermedad sea considerada como laboral. Es evidente que asegurar esta causalidad es un proceso complejo y subjetivo, pues existen variados factores no laborales involucrados en la patogenia de los trastornos de SM. No obstante, esta dificultad no equivale a ausencia de efecto, más bien hace necesarios nuevos estudios a nivel local que permitan dilucidar la relación existente entre trabajo y SM, ya que hoy en día la falta de claridad podría estar dejando sin cobertura de salud a miles de trabajadores anualmente. Por su parte, se ha visto que las intervenciones de SMO enfocadas aisladamente en lo organizacional o lo individual, presentan mejorías significativas en los

niveles de SM, pero que las estrategias mixtas debieran obtener aún mejores resultados. Sin embargo, todavía faltan estudios que confirmen esto último.

SUPPORT NEEDS FOR CANADIAN HEALTH PROVIDERS RESPONDING TO DISASTER: NEW INSIGHTS FROM A GROUNDED THEORY APPROACH:

Tres temas fueron identificados en los datos y se utilizaron para desarrollar la teoría de la evolución. Los datos de las entrevistas indican que las experiencias de los respondedores se determinan sobre la base de una interacción entre el individuo "lente" o expectativas personales, así como los soportes que una organización es capaz de proporcionar. Por lo tanto, las organizaciones deben considerar los siguientes factores: experiencia, expectativas y soportes, para adaptar una iniciativa de apoyo exitoso que abastece a las necesidades de la fuerza de trabajo voluntario.

RIESGOS PSICOSOCIALES DESDE LA PERSPECTIVA DE LA CALIDAD DE VIDA LABORAL:

La presente investigación tuvo como objetivo identificar los riesgos psicosociales desde la perspectiva de la calidad de vida laboral de 221 trabajadores pertenecientes a diferentes instituciones santandereanas, a partir de la aplicación del instrumento de Calidad de Vida Laboral. El estudio se desarrolló bajo un diseño no experimental, con enfoque cuantitativo y de tipo descriptivo transversal. El cuestionario utilizado para la recolección de la información está conformado por dos partes: La primera se compone de 14 escalas numéricas y la segunda corresponde a los datos censales de los participantes. Se realizó un análisis bivariado de los datos obtenidos con relación a la práctica profesional y al tipo de institución. Dentro de los resultados encontrados se resalta la afectación de los docentes de instituciones universitarias, propiciada por la influencia de sus condiciones laborales actuales. Por último, como parte del proceso de medición, se sugieren estrategias de mejoramiento encaminadas a minimizar los factores de riesgos psicosociales que hacen referencia a la organización del sistema de trabajo en las diferentes instituciones, es decir, a sus aspectos intralaborales.

ESTRÉS LABORAL, TRABAJO EMOCIONAL Y SALUD EN PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA REHABILITACIÓN:

Introducción: Los profesionales de la salud, entre ellos los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, tienen múltiples exigencias laborales. Este estudio trata de aportar datos sobre algunos de los efectos que sobre la salud de estos trabajadores, pueden producir los riesgos ocupacionales a los cuales están expuestos, en especial la tensión en el trabajo y las exigencias emocionales, riesgos que han sido reportados en otros profesionales de la salud, como en el caso de enfermeros y médicos. Se trata de cuidar la salud de quienes se encargan del bien es tarde otros: ¿quién cuida al cuidador? Objetivo: Determinar la influencia del estrés laboral (bajo el modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa ERI) y el trabajo emocional sobre la salud auto percibida en un grupo laboral muy poco estudiado en Venezuela como son los terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas. Material y método: La muestra estuvo conformada por 339 profesionales -222 fisioterapeutas y 117 terapeutas ocupacionales-, a quienes se les aplicaron los cuestionarios sobre estrés laboral (ERI), trabajo emocional (TREMO), salud auto percibida y autoestima. Resultados: El grupo estudiado presentó altos niveles de recompensa en su trabajo y niveles promedio de esfuerzo e implicación. A través del modelo de regresión lineal, se observó que la dimensión recompensa contribuye de forma significativa a explicar algunas dimensiones de la salud auto percibida y la autoestima. En cuanto al trabajo emocional, variable de la cual no se han encontrado reportadas experiencias en el país, casi todas sus dimensiones logran predecir la salud; evidenciándose que las exigencias emocionales del trabajo tienen un impacto negativo sobre la salud de este grupo de trabajadores.

TALLERES DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL Y APOYO EMOCIONAL EN LUGAR DE TRABAJO:

El equipo de psicología en emergencias y desastres de la facultad de Psicología de la Universidad Central y la consultora CELAPSA apoyó psicológicamente a más de 2000 funcionarios de la salud de los servicios de salud de Ñuble, Maule y Talcahuano afectados por el terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010. Este apoyo nace en respuesta a la convocatoria que realizó en marzo 2010 el Comité Nacional de Salud Mental en Emergencias y Desastres Ministerio de Salud del Gobierno de Chile. El apoyo psicológico

consistió en la aplicación de 79 talleres a la población afectada por parte de un equipo de psicólogos en duplas reclutados, seleccionados y capacitados en las temáticas de Ventilación emocional, Criterios de sintomatologías y cuadros psicológicos derivados del estrés y psicopatológicos graves, Indicadores y Síntomas adaptativos y des adaptativos, Estrés y estrés postraumático, Criterios de derivación a especialista, Medidas de autocuidado individual, familiar, grupal y Trabajo en equipo. Los resultados muestran que se lograron los objetivos propuestos disminuyendo los niveles de ansiedad y normalizando a la población afectada. Se valora la importancia de la existencia necesaria de un alto grado de coherencia entre un adecuada base científica empírica, diagnóstico de necesidades, tipo de metodología interventiva y alta motivación de ayuda al prójimo a la hora de diseñar y aplicar programas de ayuda psicológica para poblaciones afectadas por emergencias y desastres.

FACTORES PSICOSOCIALES INTRALABORALES EN PROFESIONALES CON PERSONAL A CARGO EN LA CIUDAD DE BUCARAMANGA:

Objetivo: Identificar los factores de riesgo psicosociales intra laborales en profesionales de una institución prestadora de salud de III nivel de la ciudad de Bucaramanga. Método: La muestra estuvo conformada por 62 profesionales de la salud con una media de edad de 31,16 años (DT= 8, 359). El estudio es descriptivo, con un diseño transversal, y se aplicó el Cuestionario de factores de riesgo psicosocial intralaboral forma A que compone la Batería de instrumentos para la evaluación de factores de riesgo psicosocial (Ministerio de la Protección Social y la Universidad Javeriana de Cali, 2010). Resultados: El nivel de riesgo psicosocial intralaboral, indica que el 76,06% de la muestra presenta nivel psicosocial muy alto, especialmente en demandas del trabajo. Conclusiones: El alto nivel de riesgo a los que están sometidos los trabajadores implica una intervención inmediata y en especial generan ajustes en función de las demandas del trabajo.

RETOS EN EL DESARROLLO DE INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS Y LA PRÁCTICA ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL:

Aunque hemos avanzado notablemente en el desarrollo de recursos preventivos y especialmente, en la eficacia de los tratamientos psicológicos que intentan paliar los

trastornos mentales, estamos aún lejos de la situación óptima. Este trabajo se centra en dos grandes cuestiones que consideramos retos y necesidades fundamentales en este ámbito: (a) la necesidad de mejorar y extender la prevención, la intervención temprana y la promoción de la salud mental y (b) la necesidad de una mayor divulgación de los tratamientos psicológicos eficaces, el desarrollo de nuevas intervenciones y la mayor comprensión de los mecanismos de acción de los tratamientos psicológicos. El objetivo es promover la discusión entre los agentes implicados y reflexionar sobre las líneas de trabajo que creemos prioritarias.

TRANSTORNOS MENTAIS ENTRE TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE NO BRASIL (TRASTORNOS MENTALES ENTRE TRABAJADORES DE LA SALUD EN BRASIL):

Se trata de un estudio descriptivo transversal que involucra a la población objetivo de trabajadores del Centro de Salud Comunitaria y Psicosocial, vinculados al Departamento Municipal de Salud de Pelotas, en el Estado brasileño de Rio Grande do Sul. La presencia de trastornos mentales comunes se consideró cuando el Self Report Questionnaire (SRQ) fue > 7 y la aparición de la depresión cuando BDI > 12 . En total, 257 profesionales participaron en el estudio. Entre los profesionales de la salud mental ($n = 119$), la prevalencia de CMD fue del 25,2% y la depresión del 23,5%, mientras que la prevalencia de los CMD fue del 48,6% y la depresión del CHA fue del 29% ($n = 138$). La proporción de CMD entre los dos grupos de profesionales fue estadísticamente diferente ($p < 0,001$). En este estudio se observó que los profesionales del CAPS están más adaptados a los problemas de trabajo, con menos problemas de salud percibidos por el trabajo y con menor prevalencia de trastornos mentales en comparación con el CHA.

PERCEPCIONES Y ACTUACIÓN DEL AGENTE COMUNITARIO DE SALUD EN SALUD MENTAL:

Investigación cualitativa con datos recolectados mediante entrevista semiestructurada, analizados según análisis de contenido. Fueron entrevistados 45 Agentes Comunitarios de Salud de la Estrategia Salud de la Familia, pertenecientes a las 21 unidades primarias de salud del municipio (Maringá, PR). Los resultados obtenidos demuestran los preconceptos

de estos profesionales, en relación al trastorno mental. Los Agentes reconocen la importancia de trabajar tanto con el afectado como con su familia, pero no se sienten capacitados para brindar una atención adecuada. Por formar parte del mismo contexto social y conocer de cerca la dinámica comunitaria, vislumbramos a los agentes como importantes facilitadores en el cuidado de la salud mental.

LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS TRABAJADORES DE SALUD COMUNITARIOS:

Varios aspectos de la salud de los trabajadores de salud comunitarios sufren influencias negativas. La carga de trabajo excesiva, la exposición al cuidado de los individuos, el dolor músculo-esquelético, la exposición al sol, entre otros, generan efectos nocivos y, por lo tanto, afectan la calidad de vida de estos profesionales. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es la percepción individual de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en los que viven y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Por lo tanto, conocer la calidad de vida de los trabajadores comunitarios de salud es esencial, ya que es fundamental buscar mejoras en la salud y las condiciones de trabajo de estos profesionales. El reflejo de los aspectos positivos y negativos relacionados con la calidad de vida de los trabajadores comunitarios de salud puede resultar en la revisión o fortalecimiento de condiciones de trabajo satisfactorias.

CARGA RELACIONADA CON LA SALUD FÍSICA Y MENTAL RELACIONADA CON EL WORLD TRADE CENTER ENTRE LOS TRABAJADORES DEL SERVICIO MÉDICO DE EMERGENCIAS DEL DEPARTAMENTO DE BOMBEROS DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK:

En este estudio observacional de cohortes se utilizaron diagnósticos médicos FDNY para estimar la incidencia acumulada de condiciones de salud física incluyendo rinosinusitis, enfermedad de reflujo gastroesofágico (ERGE), enfermedad obstructiva de las vías respiratorias (OAD) y cáncer entre trabajadores de EMS y bomberos demográficamente

similares que estaban activos el 11 Septiembre de 2001 (9/11). Se utilizaron instrumentos de cribado validados para estimar la prevalencia de probable trastorno por estrés postraumático (TEPT), probable depresión y probable uso nocivo de alcohol. También analizamos la asociación entre las condiciones de salud y la exposición al WTC.

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS Y CALIDAD DE VIDA ENTRE LOS RESCATISTAS MÉDICOS QUE RESPONDIERON AL TERREMOTO DE 2010 EN YUSHU: UN PROBLEMA OLVIDADO:

Un estudio exhaustivo se llevó a cabo 8 meses después del terremoto de 2010 en Yushu para evaluar la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (PTSD) entre los rescatistas médicos y la calidad de vida de los rescatistas. Además, el estudio examina las diferencias entre las fuerzas locales y de apoyo, así como la relación entre el TEPT y la menor calidad de vida (QoL), y los factores de riesgo para ambos. Un total de 338 equipos de rescate (incluidos 123 equipos de rescate locales y 215 auxiliares) fueron seleccionados al azar en el condado de Yushu (el epicentro) y en la ciudad de Xining utilizando un muestreo sistemático de varias etapas. Para evaluar la prevalencia del TEPT y obtener la calidad de vida de los socorristas se utilizaron dos instrumentos estandarizados, la Lista de verificación del TEPT-Versión civil (PCL-C) y la versión china del WHOQOL-BREF. Teniendo entre 40 y 50 años de edad, una enfermera, tibetana, que había estado en peligro grave o que había recibido entrenamiento en salud mental antes de este terremoto se asociaron significativamente e independientemente con los síntomas del TEPT. En comparación con los rescatadores de apoyo, los rescatistas locales tenían más probabilidades de desarrollar PTSD y reportar una QoL más baja. Servicios de salud mental y capacitación adicionales deben estar disponibles para los rescatistas y grupos médicos en riesgo para asegurar que estén preparados adecuadamente para los esfuerzos de ayuda y para mantener su salud mental después de la asistencia en casos de desastre.

2.3 MARCO INSTITUCIONAL

RESEÑA HISTÓRICA

El programa de Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres, inicia su historia a partir de la Norma Interna de Creación: Acuerdo N° 001, expedido por la asamblea General de los adventistas del Séptimo día, el 2 de Febrero de 2000.

La idea había surgido previamente en la mente del entonces rector de la universidad, Pr. Gamaliel Flórez quien provoco a un grupo de profesionales de la salud para asesorarle, Dr. Miguel Moreno, Dr. Jairo Castañeda y el especialista Gilberto García con quienes se hizo una primera aproximación al tema. La consecución de un grupo de expertos en la materia, asesorados desde el Ministerio de la Protección social, dio origen a la propuesta final que se presentó al Ministerio de Educación. Este grupo de expertos estuvo conformado por el Doctor German Darío Montoya - médico del CRUE, la Ingeniera Zoraida Delgado S. - Directora del CRUE, la Doctora Martha Herrera – Subdirectora del CRUE, el Doctor Carlos Mario Peña – Oficina de Emergencias del SSSA y el Administrador Jair Flórez – Grupo Garsa.

Durante los diferentes periodos en los que el programa se fortaleció, se buscó la manera de firmar convenios con otros centros de prácticas como son los laboratorios de Morfología de la Universidad San Martín, los espacios de prácticas de bomberos y rescate y los convenios interbibliotecarios con otras universidades que poseen carreras del área de la salud como son la Universidad de Antioquia y la Universidad de San Martín.

Aunque en Antioquia desde 1916 existe el Cuerpo de Bomberos Oficiales del Municipio de Medellín, es a partir de la creación de la Cruz roja Seccional Antioquia y la creación de la Defensa Civil Seccional Antioquia, que se consolida un sistema de atención de primeros auxilios a las personas víctimas de emergencias médicas y/o traumáticas, trabajando cada una de estas instituciones según su ámbito y normatividad, bajo normas dictadas por directivas nacionales de las mismas.

En 19 de Abril de 1999 la Secretaria Seccional de Salud de Antioquia firmo un convenio para desarrollar programas de salud en la UNAC.

El programa fue presentado entonces al ministerio y como resultado, el ICFES incorpora el programa al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior (SNIES) en mayo

21 del 2001. Como consecuencia, el programa inicia sus labores el 2 de Julio de 2001, los estudiantes admitidos en esta cohorte fueron 35.

El programa se organizó para funcionar semestralmente y conto con una afluencia generosa de aspirantes que algunos casos llevo a contar hasta 70 inscritos para primer semestre. En junio 26 del 2004 se llevó a cabo la primera graduación de Tecnólogos en Atención Prehospitalaria.

Para noviembre del 2004 la coordinación del programa decide acogerse al nuevo proyecto Educativo Institucional y hace diferentes sesiones para realizar una reforma curricular. Esta se empezó a ejecutar a partir de enero del 2005 con los nuevos estudiantes.

En el año 2005 se realiza el Primer Simposio Internacional en salud en la universidad con el programa, Avances En Reanimación Neonatal que tuvo como expositor principal al Dr. Amed Soliz, neonatologo del Miami Children Hospital. Desde entonces se vienen realizando eventos nacionales e internacionales con el apoyo de universidades como la Universidad Adventista Loma Linda, California (2007-2009) y teleconferencias con el apoyo de instituciones como la Universidad Adventista de la Plata (Argentina)

En el año 2007 se solicita la visita del Ministerio de Educación para aspirar el Registro Calificado de la carrera el cual se logra en fecha para un periodo de siete años.

En ese mismo año se firma el convenio docente asistencial con el honorable Cuerpo de Bomberos Oficial de Medellín, permitiendo accesos a la gran mayoría de eventos de primera respuesta Prehospitalaria en la ciudad.

Para el año 2009 se cuenta con el primer Grupo de Investigación en Atención Prehospitalaria inscrito en COLCIENCIAS.

En el año 2011 se realiza la celebración de los primero 10 años de la Tecnología en Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres, fecha histórica para la Facultad de Ciencias de la Salud y para la Universidad Asistieron egresados, docentes fundadores y se hizo un reconocimiento al equipo de expertos que configuro la carrera.

FILOSOFÍA INSTITUCIONAL

La Corporación Universitaria Adventista considera y acepta que el desarrollo del ser humano debe comprometer su intelecto, su espíritu, su cuerpo y su sociabilidad. Esta institución se ha preocupado por el arte, la técnica, la tecnología y la ciencia; además el desarrollo del ser humano hace parte de la filosofía institucional y por esta razón la UNAC se adentró en el terreno de la salud. En el país, la demanda de cupos del área de Ciencias de la Salud es elevada; ni el Estado, ni el Sector Privado pueden satisfacer esta demanda en dicha área.

FUNDAMENTACION METODOLOGICA

REFERENTES CURRICULARES DEL PROGRAMA DE APH

El programa de APH tiene como referentes curriculares todos los procesos académicos que incluyen el modelo pedagógico que orienta al programa, las estrategias pedagógicas, los escenarios de aprendizaje, las experiencias prácticas formativas, la evaluación de los aprendizajes, la estructura curricular y el plan de estudios.

MODELO PEDAGÓGICO

Para el desarrollo del programa se ha definido el modelo activista desarrollista que a su vez integra el modelo constructivista. El modelo activista concreta la pedagogía activa. Como su nombre lo indica, se caracteriza por el activismo de sus protagonistas, por lo que la escuela es el espacio donde se aprende a hacer a través del contacto con los objetos de la naturaleza y la sociedad, permitiendo al estudiante pensar y actuar libremente.

El modelo pedagógico se apoya en estrategias didácticas como el aprendizaje basado en problemas (ABP), la exposición del profesor, la investigación formativa, el aprendizaje colaborativo, el aprendizaje por descubrimiento, la enseñanza por proyectos y el pensamiento crítico reflexivo; todas ellas que propugnan por un trabajo activo y participativo de los estudiantes

De acuerdo con su enfoque, el programa muestra coherencia con el fundamento teórico y metodológico del campo en el nivel técnico, tecnológico o profesional universitario y con

las normas que regulan el ejercicio profesional correspondiente, entendiendo esto se consideran pilares fundamentales los siguientes principios y valores:

Integralidad: considera al ser como único y social en interdependencia y reciprocidad permanente con su entorno familiar, natural, étnico y cultural.

Participación: reconoce la organización y el trabajo de grupo como espacio propicio para la aceptación de sí mismo y del otro, en el intercambio de experiencias, aportes, conocimientos e ideales.

Individualidad: permite reconocer el ser propio con valores y características socioculturales, históricas diferentes a los demás. Ser individual es tener una identidad con características que son específicas. **Igualdad:** reconoce a todos con capacidad para adquirir los mismos derechos y oportunidades sin discriminación de ninguna especie.

Libertad: articula la capacidad humana de decir y hacer con responsabilidad. La elección libre es una actitud personal ante un conjunto de circunstancias para decidir su propio camino.

Autonomía: compromete el fortalecimiento de la voluntad y el poder de elección frente a las situaciones cotidianas que vive el ser humano. Ser autónomo es poseer una identidad que lo hace único y distinto.

Liderazgo: desarrolla habilidad para dirigir en forma coherente los actos individuales o sociales. El líder crea oportunidades de progreso y justicia y le devuelve a la condición humana su originalidad.

Espiritualidad: presente en la vida trascendente de los seres humanos que buscan un sentido profundo del desarrollo de la fe basada en Dios.

MISIÓN

La tecnología de Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres como parte de facultad de ciencias de la salud, la Corporación Universitaria Adventista, busca la

formación de profesionales idóneos para la Iglesia Adventista en particular y para la comunidad en general define como su Misión:

Formar profesionales en Atención Prehospitalaria con principios y valores basados en los conceptos de formación cristiana y alta calidad académica. Capacitados para servir a la sociedad en circunstancias extremas que puedan llegar a comprometer la vida, salud o estabilidad personal.

VISIÓN

La facultad de Ciencias de la Salud a través del programa de Atención Prehospitalaria de Urgencias, Emergencias y Desastres, busca ser en cinco años un referente académico, social e investigativo para el aportándole profesionales que se conviertan en soporte para la creación de una verdadera cultura Prehospitalaria en el país

2.4 MARCO HISTORICO

A finales de la década de los ochenta y principios de los noventa del anterior siglo la Psicología como profesión y disciplina todavía estaba buscando un espacio propio donde llevar a cabo análisis e intervenciones basadas en el enfoque psicosocial. Un primer hito histórico puede considerarse la celebración en 1984 del primer Congreso Nacional de Psicología: gracias al impulso de los referentes de la Psicología Comunitaria del momento se organiza con un área de trabajo específica para la Psicología de la Intervención Social.

La puesta en marcha de nuevas líneas de actuación en el desarrollo de las políticas sociales, cuyo mayor exponente fue la aprobación en esa etapa de las primeras leyes de Servicios Sociales de las distintas comunidades autónomas, abrió un inmenso campo de intervención profesional en el que, en la mayoría de los casos, no se contemplaba la figura del profesional de la psicología.

La profesión se encontraba ante el importante reto de intentar cambiar la percepción de los responsables institucionales y de la población destinataria de sus políticas para que pasaran a considerar la figura de los profesionales de la psicología como relevante de cara a prestar los nuevos servicios. Es decir, había que facilitar que surgiera una nueva construcción social que atribuyera a la psicología y a sus profesionales la capacidad de realizar

contribuciones específicas para conseguir las metas que los nuevos marcos de las políticas sociales iban marcando.

Conscientes de esta necesidad corporativa, el Colegio Oficial de Psicólogos y sus distintas Delegaciones (comenzado el proceso de segregación y creación de los Colegios autonómicos) empezaron a movilizarse para demostrar que la Psicología tenía mucho que aportar en las nuevas estructuras sociales que se iban creando.

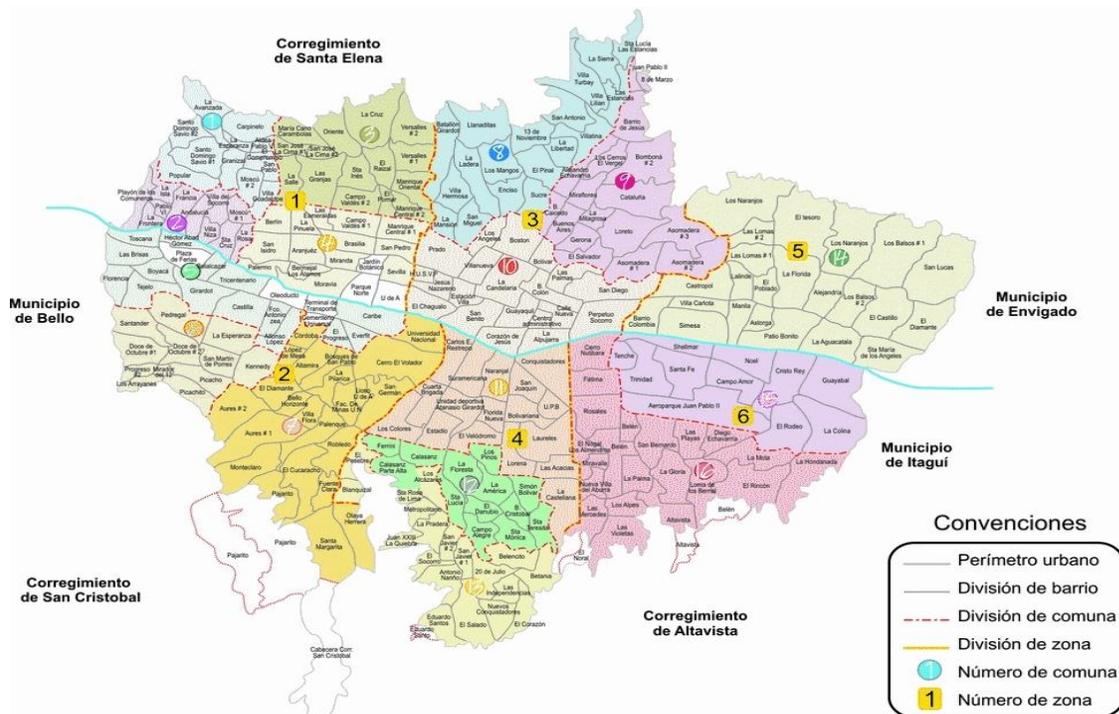
Como resultado de estas inquietudes colectivas la Secretaría Estatal del Colegio Oficial de Psicólogos creó la Coordinadora Estatal de Servicios Sociales, en la que estaban representadas las distintas Delegaciones territoriales. La primera reunión de la Coordinadora tuvo lugar en Santiago de Compostela en octubre de 1989 bajo la presidencia y coordinación de Joan Huerta, Vicedecano de la Secretaría Estatal, funciones a las que se sumó en el siguiente año Santiago Porta en su calidad de Vocal de Servicios Sociales.

El trabajo realizado por los responsables citados fue de gran intensidad y relevancia histórica para el desarrollo de la profesión, proponiéndose como principal objetivo la definición del rol del psicólogo en los nuevos Servicios Sociales. Como forma de concitar mayores implicaciones en las tareas encomendadas, las reuniones de la Coordinadora las convocaban cada vez en una Delegación territorial distinta, lo que permitía conocer de primera mano la implantación de la profesión en el sector.

Junto con la importante labor de la Coordinadora hay que destacar el papel jugado por la Delegación de Madrid del Colegio de Psicólogos, en donde se delegaron las relaciones con los principales organismos relacionados con la política social de la Administración General del Estado. Así, la Delegación de Madrid, y con posterioridad el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid, comenzó a desarrollar desde principios de la década de los años 90 una amplia actividad para intentar conseguir que la figura de los profesionales de la Psicología fuera reconocida y demandada en las actuaciones que implementaban las políticas sociales

2.5 MARCO GEOGRAFICO

Dirección: Carrera 84 #33AA-1, La Castellana, Medellín, Antioquia.



2.6 MARCO LEGAL O NORMATIVO

LEY 1616 DE 21 ENERO 2013: El objeto de esta Ley es garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la Atención Integral e Integrada en Salud Mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, de conformidad con lo preceptuado en el artículo 49 de la Constitución y con fundamento en el enfoque promocional de Calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud. De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

ARTÍCULO 22. TALENTO HUMANO EN ATENCIÓN PREHOSPITALARIA. Las personas que hagan parte del equipo de atención Prehospitalaria en Salud Mental deberán acreditar título de Medicina, Psiquiatría, Psicología, Enfermería o Atención Prehospitalaria. En todo caso, los prestadores de servicios de salud deberán garantizar que el talento humano en atención Prehospitalaria cuente con el entrenamiento y fortalecimiento continuo de competencias en el área de Salud Mental que les permita garantizar una atención idónea, oportuna y efectiva con las capacidades para la intervención en crisis y manejo del paciente con trastorno mental. Este equipo deberá estar en constante articulación con el Centro Regulador del ámbito departamental, distrital y municipal según corresponda.

RESOLUCIÓN 2646 DEL 2008: La Resolución 2646 de 2008 tiene como objetivo dar los parámetros en la identificación de los riesgos psicosociales en el trabajo, esto como producto del estrés ocupacional, el presente artículo presenta de una forma concisa y entendible para el empleado en general, el significado de los factores de riesgo psicosocial y las repercusiones que estos puedan llegar a tener en su salud. El Ministerio de Protección incluye en la tabla de Enfermedades Profesionales las patologías derivadas por el estrés laboral, y para esto se apoya en el protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés y en la batería de instrumentos para evaluar los factores de riesgo psicosocial y contribuir en la toma de decisiones a los profesionales laborales en la determinación del origen de las enfermedades derivadas del estrés ya sean estas de origen

común o profesional. Para tal caso las empresas deben destinar recursos humanos y económicos para la identificación, evaluación, prevención, intervención y monitoreo de dichos riesgos psicolaborales, es responsabilidad del empleador velar por la salud de sus empleados, el incumplimiento a lo establecido por el Ministerio será objeto de sanción de conformidad con lo dispuesto en los literales a y c del Artículo 91 del Decreto – Ley 1295 de 1994.

LEY 1575 DEL 21 AGOSTO 2012: Es la ley que rige a los bomberos, especifica las condiciones físicas, psicológicas y de salud en las que se debe encontrar el bombero para llevar a cabo su labor de la mejor manera; además, determina que la labor bomberil es de alto riesgo, por lo cual se debe hacer seguimiento frecuente de cada uno de los entes ya mencionados.

2.7 MARCO TEORICO

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL: APOYO AL APOYO.

RESUMEN

Este proyecto tuvo tres objetivos principales: i) determinar si existe en Colombia directrices de apoyo al apoyo ii) identificar en literatura virtual nacional e internacional que cantidad de información hay disponible con respecto al apoyo que se le brinda a los voluntario, socorristas, bomberos, primeros respondientes en emergencias o personal de la salud que se desempeñan en el área de emergencias, después de un evento catastrófico o en el día a día de sus labores, viviendo continuo estrés y acumulando emociones, iii) Comparar las herramientas que hay en Colombia y las que hay en otros lugares. Fue realizada una revisión de artículos y revistas en los motores de búsqueda Scielo, Pubmed, Medline, Dialnet y Ebsco, publicados durante el periodo en los años 2012 al 2017, dando la opción de artículos más antiguos segun su mayor aporte a la investigación. Se encontraron 60 artículos con relación al tema propuesto, los grupos donde se identificaron más agravios fueron enfermeros, bomberos y tecnólogos del área de la salud. Los agravios psíquicos y/o mentales a tratar identificados en más artículos fueron, estrés laboral y el Síndrome de Burnout. Se concluyó que aunque existen en los medios diversos artículos sobre el estrés

que se vive después de una emergencia y desastre o de la carga laboral en los servicios de salud, no existe una guía concluyente de cómo debe ser tratados estos agravios de la salud mental y por qué deben ser tratados oportunamente.

Palabras clave: Estrés Psicológico, Agotamiento Profesional, Personal de Salud, Apoyo al apoyo.

ABSTRACT

This project had three main objectives: i) to determine if support guidelines exist in Colombia; ii) to identify in national and international virtual literature how much information is available regarding the support given to volunteers, first responders, firefighters, First responders in emergencies or health personnel who perform in the emergency area, after a catastrophic event or in the day to day of their work, living continually stress and accumulating emotions, iii) Compare the tools that are in Colombia and Those that are in other places. A review of articles and journals was conducted in the Scielo, Pubmed, Medline, Dialnet and Ebsco search engines, published during period of 2012 to 2017 years, giving the option of older articles see their greatest contribution to research. We found 60 articles in relation to the proposed topic, the groups that identified more grievances were nurses, firefighters and health technologists. The psychic and / or mental grievances to be identified identified in more articles were, work-related stress and Burnout Syndrome. It was concluded that although there are several articles on stress that are experienced after an emergency and disaster or the work load in the health services, there is no conclusive guide on how these mental health injuries should be treated and Why they should be treated in a timely manner.

KEYWORDS: Psychological Stress, Professional Exhaustion, Health Personnel, Support for support.

INTRODUCCIÓN

El personal de salud se enfrenta diariamente a emergencias y a situaciones de crisis los cuales representan una carga emocional para ellos; se han realizado estudios que han demostrado la baja calidad de vida laboral que tiene el personal de salud. Por su parte en el área de Prehospitalaria ha estado en crecimiento, siendo los primeros respondientes, y enfrentando las situaciones más críticas.

En el caso particular de los primeros respondientes, bomberos, paramédicos enfermeras y médicos de urgencia como una de las profesiones más riesgosas, ya que deben someterse a situaciones inesperadas, donde arriesgan su vida por salvar la de otros, enfrentando diariamente situaciones muy complejas derivadas de la responsabilidad en el trabajo, de las condiciones físicas donde el mismo se ejerce, de las relaciones con los compañeros de trabajo, con las víctimas y sus familiares conjugado con su vida particular, todos estos hechos inducen a pensar que es necesario que los paramédicos deban tener el conocimiento que les permita afrontar todas las exigencias laborales y por ende el estrés que estas tensiones pueden generar.

Cuando el personal de salud se enfrenta a la carga emocional que genera el estrés se producen afectaciones tanto físicas como psicológicas, que crean la necesidad de una intervención inmediata, ya que se deben disminuir la tasa de síndromes postraumáticos, como el agotamiento, la depresión, etc. Además todo esto también termina influyendo en la parte física, puesto que en la mayoría de los casos como se han mostrado en los estudios se buscan salidas no saludables para aliviar ese estrés, como por ejemplo, el consumo de alcohol, siendo esta la salida con mayor frecuencia.

Otro factor a tener en cuenta, es que para mejorar la atención de los pacientes, se debe garantizar que el personal esté debidamente capacitado y propicio para realizar dicha atención. Una persona que trabaje en el área de la salud y no se encuentre bien física o psicológicamente, podría acarrear consecuencias tanto para su integridad de su contorno y la personal, y sumado a esto podría presentar un abandono a las labores que tiene que hacer en su trabajo y presentar un absentismo laboral.

Finalmente, Este proyecto se inicia con el pensamiento de desarrollar una revisión de artículos encontrados en múltiples motores de búsqueda para recopilar información que se encuentra en el mundo digital sobre el apoyo que se le ha brindado a los profesionales que han acudido como primera respuesta a los diferentes desastres ocurridos en todo el mundo y

de cómo realizar el apoyo a los primeros respondientes que día a día realizan atenciones que impactan mucho o poco la vida de cada uno. Evidenciando la falta de material referente a este tema y la importancia de que este material exista para la ayuda psicológica en el trabajo a la cual no se le presta atención y puede afectar el desempeño laboral del profesional e impactar drásticamente en su vida personal y social. Teniendo así bases para iniciar la elaboración de un manual de apoyo psicológico al primer respondiente y al personal de la salud local, nacional e internacional después de vivir situaciones que tengan un impacto fuerte sobre las emociones de estos.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión sistemática de literatura no experimental sobre la producción científica relacionada con el tema propuesto. Se desarrolló una investigación en la literatura nacional e internacional, específicamente en revistas del área de la salud sobre el tema y en motores de búsqueda como Scielo, Pubmed, Medline, Dialnet y Ebsco. A partir de los objetivos propuestos se efectuó inicialmente la búsqueda de descriptores apropiados del tema en bibliotecas virtuales. Sin embargo, no se tuvo éxito encontrando guías o artículos directamente del tema, y se optó entonces por la búsqueda de artículos por palabras claves. Se indicó que debieran ser buscados aquellos artículos o documentos cuyo título, texto completo o resumen mostraran las siguientes características:

Contener las palabras burnout y/o ayuda psicológica en primeros respondientes y/o estrés laboral en personal de salud y/o apoyo psicológico;

Presentar temática de estudio relacionada a la cuestión del deterioro mental en los trabajos en el área de la salud;

Presentar al trabajador de esta área presentando/relatando alteraciones/agravios a la salud psíquica/mental como sujeto investigado.

La búsqueda de estos artículos en las bibliotecas virtuales fue realizada entre los meses de febrero a abril de 2017, en sus varios métodos de búsqueda y colecciones. Los que contenían todas estas características mencionadas anteriormente fueron obtenidos y todos los resúmenes fueron leídos. Como la búsqueda se realizó por palabras y no descriptores,

fueron encontrados diversos textos que nada aportaban para este estudio. En caso de tener alguna inquietud o duda con respecto al título encontrado, el texto completo era consultado para evaluar si coincidía con los intereses del tema propuesto en la investigación. No se consideraron todos los artículos cuyo objetivo de investigación no era relacionado con el primer respondiente, voluntarios, personal de emergencia o trabajador de la salud. Se llegó a un total alrededor de 100 artículos analizados. Fueron leídos integralmente para analizar su pertinencia al tema; ese análisis dio como resultado que 60 artículos trataban de agravios a la salud psíquica y/o mental de los trabajadores del área de la salud, voluntario, personal de emergencia y primeros respondientes; a su vez mostraban las alteraciones psicológicas producto de grandes descargas emocionales y de trabajo en exceso realizado por ellos. El período comprendido de los estudios fue de 2012 a 2017 y las publicaciones estaban en idiomas de todo el mundo como por ejemplo inglés, español y portugués.

CLASIFICACIÓN DE ESTUDIOS:

Tipo de estudio	Cantidad encontrado	Continente donde fueron publicados	Numero por continente
Transversales	20	Asia	17
Descriptivos	8	Europa	20
Cuantitativos	4	América	23
Experimental	6		
No experimental	6		
Explicativo	4		
Basado en encuestas	15		
Longitudinal	3		
Sistemático	2		

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

Actualmente las personas están sometidas a un ritmo de vida sumamente acelerado, donde las exigencias de las esferas individual, social y laboral son elevadas. En el caso particular de los primeros respondientes, bomberos, paramédicos, enfermeras y médicos de urgencia, son algunas de las profesiones más riesgosas, ya que deben someterse a situaciones

inesperadas, donde arriesgan su vida por salvar la de otros, enfrentando diariamente situaciones muy complejas derivadas de la responsabilidad, de las condiciones físicas donde se desempeñan, de las relaciones con los compañeros, de las relaciones con las víctimas en el trabajo y sus familiares conjugado con su vida particular, todos estos hechos inducen a pensar que es necesario que los paramédicos deban tener el conocimiento que les permita afrontar todas las exigencias laborales y por ende el estrés que estas tensiones pueden generar.

La mayoría de grupos investigados son equipos de salas de urgencias como médicos, enfermeras y personal de apoyo, también encontramos grupos de emergencia como socorristas, bomberos y voluntarios, por último encontramos el resto de trabajadores de la salud como personal sanitario o paramédicos, siendo todos estos grupos los más afectados sentimentalmente y con cargas laborales mucho mayores a la normales.

A lo largo de los diferentes artículos podemos identificar todos los riesgos que tiene este personal de emergencia tanto física como psicológicamente, siendo el síndrome de burnout una de las patologías que más afecta a los individuos pudiendo llegar al descontrol que no le permita su adaptabilidad con el entorno. También se evidencia en los artículos otra problemática que afecta al personal, y es la falta de recepción de pacientes en centros hospitalarios, las demoras en la atención hospitalaria, la falta de insumos y la capacidad de reacción para enfrentar desastres en diferentes países, son factores que predisponen a diversas enfermedades que ocasionan daños en la relación mente y cuerpo y que se pueden ver reflejados a corto, mediano o largo plazo.

Por síndrome de Burnout podemos encontrar que la definición más aceptada es la de C. Maslach, que lo describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. P. Gil-Monte lo define como: "una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse agotado".

Nótese que ambas definiciones coinciden en apuntar que es una inadecuada respuesta al estrés crónico el detonante de este padecimiento.

Un tipo de agravio a la salud psíquica y/o mental que acomete a los trabajadores de la salud es representado por el sufrimiento ocasionado por el trabajo, lo que favorece la ocurrencia de accidentes de trabajo y enfermedades relacionadas con él. Tanto el sentimiento de placer como el de sufrimiento constituyen vivencias subjetivas del trabajador influenciadas por la actividad laboral. La manera como el trabajo es desarrollado puede ocasionar sufrimiento, también conocido como angustia, tensión de la vida, sufrimiento psíquico/mental, desánimo, insatisfacción, entre otros.

En los estudios se muestra una alta tasa de agotamiento en las personas de la salud, debido a la alta tasa de exigencia que tienen, influyendo factores como la morbimortalidad de los pacientes, la falta de empatía y despersonalización de médico-paciente, la responsabilidad que tiene el personal de salud sobre los pacientes, los estados y niveles de estrés a los que se enfrentan cada día, las situaciones de crisis que se deben de enfrentar, los peligros a los que están expuestos, tiempo de trabajo, más de un trabajo, etc. Son muchos los factores los cuales hacen que el área de las personas que trabajan en la salud sean los que tengan la más baja tasa de calidad de vida laboral.

Existen otros factores que aunque en menor porcentaje también influyen al agotamiento y la inestabilidad de la salud mental en el personal de primer respondientes, estos factores son: la familia, la economía, la edad, el sexo, la relación con los colegas, tipo de contrato, el acoso laboral y sexual.

A su vez los trabajadores del área de la salud para alivianar esa carga emocional, buscan salidas siendo el alcohol principalmente, seguido por antidepresivos, ansiolíticos y por ultimo fumar.

Es necesario evaluar continuamente la presencia de síndromes postraumáticos, no sólo en los servicios críticos, sino también en todos aquellos que presentan problemas organizacionales o conflictos laborales.

Se encuentran diferentes artículos donde todos tratan diferentes temas pero enfocados a los mismos agravios mencionados anteriormente, a continuación mencionaremos algunos de los artículos con datos relevantes:

Un estudio en el que se aplicó el “Cuestionario de Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (cesqt), instrumento validado y que se adquirió para este estudio, con el fin de describir el Síndrome de Quemarse por el Trabajo (sqt) en profesionales de enfermería de los servicios de Urgencias y de la Unidad de Cuidado Intensivo de tres hospitales de Bogotá 2011-2013. Participaron en el estudio 114 enfermeros. El 4,1% de los profesionales de enfermería de Urgencias, presenta sqt, aunque los profesionales de Unidad de Cuidados intensivos (uci) tienen riesgo de desarrollar el síndrome. Entre las conclusiones de dicho estudio se determinó que los profesionales de Urgencias presentan sqt. Se debe profundizar en las consecuencias negativas que este síndrome genera en las instituciones, en los profesionales, en los pacientes, sus familias y en la sociedad en general. De ahí la importancia de generar intervenciones y asegurar ambientes laborales saludables que fortalezcan el cuidado de pacientes y la salud de estos profesionales.

En el South Khorasan se analizó el síndrome en burnout en donde se muestra un alto índice en los trabajadores de la salud en donde se dice que si se realiza una adecuada interacción y intervención el personal de salud puede llegar a superar esa presión.

Por medio de escalas se realizaron cuestionarios a un alto porcentaje de médicos en la india dando como resultado un alto índice de agotamiento mental y físico.

En estudios realizados en Francia y Cracovia en donde se evalúa y analiza la relación burnout-empatía, se muestra que la empatía en relación médico-paciente puede prevenir el agotamiento en el personal de salud, pero a su vez la población con niveles de agotamiento más altos se presencia una despersonalización y pérdida de la empatía.

El estudio realizado en Chile luego del terremoto y tsunami que ocurrieron en Talcahuano en el 2010, se direcciono hacia la salud mental en emergencias y desastres, donde se le realizaba diferentes intervenciones psicosociales al personal de respuesta, y luego de sus diferentes etapas se acogieron las necesidades y se estabilizaron psicológicamente a los funcionarios.

En un estudio descriptivo que se realizó en la ciudad de Bucaramanga a una entidad de III nivel se buscó identificar los factores de riesgo psicosociales, mostro como resultado un alto índice de riesgo en los profesionales de la salud donde se debe implementar una intervención inmediata.

En Madrid España se realizó un estudios que analiza los retos de la intervención psicosocial para la calidad de vida, y se dividió en dos grandes grupos de necesidades: la necesidad de la prevención y la necesidad de la divulgación de los tratamientos frente a las situaciones, las cuales llegaron a la conclusión que se deben diseñar, desarrollar e implementas intervenciones psicosociales a tiempo.

Finalmente, se muestra que en las personas del área Prehospitalaria existe una mayor despersonalización y estrés postraumático en comparación a médicos y enfermeras. Los estudios muestran y tiene en común que se necesita una intervención psicosocial inmediata, temprana y constante para que el personal de salud se mantenga estable psicológicamente, para ellos se aconseja contar con un plan o una herramienta estratégica, ya que los resultados muestran que una adecuada intervención reduce los niveles de consecuencias que afectan las salud y aumentan la calidad de vida laboral.

CONCLUSIONES

Los trabajadores del área de la salud tiene una gran carga he exigencia emocional, lo que causa una baja de calidad de vida laboral.

El personal de salud tiene mayores niveles de despersonalización y de agotamiento en el trabajo.

Se cuenta con poca herramienta para la estabilización de la salud mental de los primeros respondientes.

Aunque existen en el mundo diversos artículos sobre el estrés que se vive después de una emergencia y desastre o de la carga laboral en los servicios de salud, no existe una herramienta concluyente de cómo deben ser intervenidas las consecuencias que se marcan en la salud mental y por qué deben ser tratadas tempranamente.

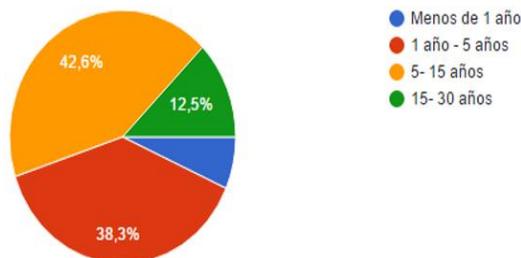
1. CAPITULO TRES: DIAGNOSTICO O ANALISIS

La encuesta que se realizó, fue mixta, presentando preguntas abiertas y cerradas, buscando así, obtener datos cuantitativos que respalden la investigación, como información cualitativa, que servirá para la creación de las estrategias a incluir en el desarrollo de la guía.

La población y muestra encuestada, fueron personas, que contaran con experiencia en el área, los cuales podían aportar información, pertinente para la investigación, a partir de esta.

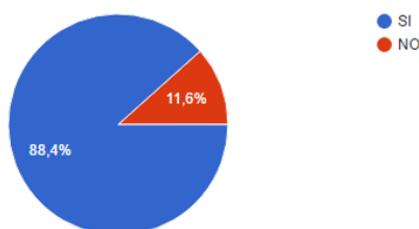


Como se puede observar en la gráfica de un 100 %, la principal población encuestada fue: SOCORRISTAS, con un 25.9%, seguido de BOMBEROS con un 24.3%, seguido de PROFESIONALES DE LA SALUD con un 18.1%, seguido de APHS con un 17.4% y finalizando con OTROS con un 14.3%. Lo cual se puede deber que era una población de fácil acceso, para realizar la encuesta.



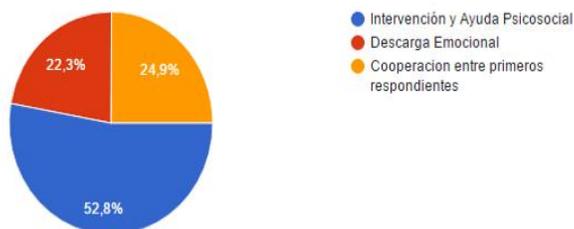
Tiempo de experiencia

Como se puede observar en la gráfica con un 100%, el principal tiempo de experiencia fue: De 5 a 15 años, con un 42.6%, seguido de 1-5 años con un 38.3%, seguido de 15-30 años con un 12.5% y finalizando con Menos de 1 año con un 6.6%. De lo cual se puede interpretar que la población con mayor porcentaje, se debió a que cuentan con un mayor tiempo de experiencia que les permite tener un conocimiento sobre el tema, más disposición y más actitud para colaborar con la realización de la investigación.



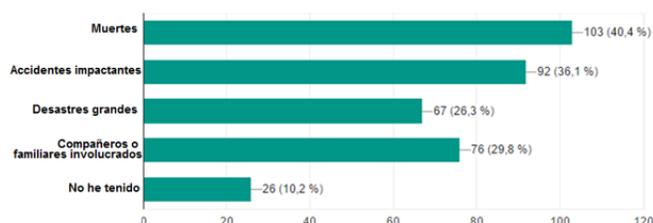
Conoce usted que es el apoyo al apoyo

Como se puede observar en la gráfica, de 270 personas que se encuestaron, que sería un 100%, el 88.4% de la población respondió que SI, lo cual corresponde a 238 personas encuestadas, y el 11.6% respondió que NO, equivale a 32 personas encuestadas. Esta respuesta se puede deber a que la población que respondió que NO, se encuentra en un rango de edad más alto, lo cual nos dice que no están actualizados con los temas que se están tratando en esta investigación; por otra parte también se puede deber a que no han tenido capacitaciones y actualizaciones sobre el tema.



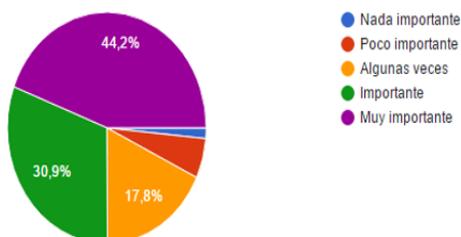
Que entiende por apoyo al apoyo

Como se puede observar en la gráfica, de un 100% la población respondió: Intervención y ayuda psicosocial con un 52.8%, seguido de cooperación entre primeros respondientes con un 24.9% y finalizando con Descarga emocional con un 22.3%. Esto quiere decir que la mayoría de la población encuestada entiende, que el apoyo al apoyo es una intervención y ayuda psicosocial que se brinda a las personas afectadas como primer respondiente, lo cual se puede deber a que es lo que siempre se ha leído o visto en las capacitaciones.



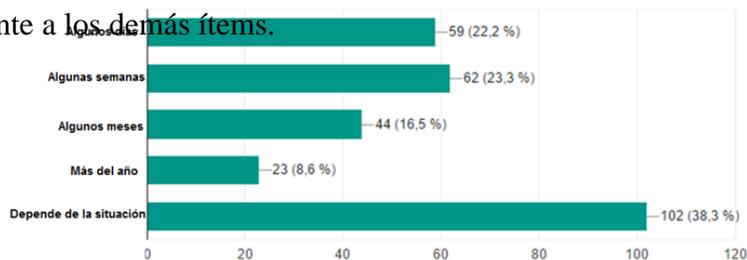
Que experiencias le han hecho sentir, que el apoyo al apoyo es algo necesario

Como se puede observar en la gráfica, de un 100% la población respondió: Muertes con un 40.4%, accidentes impactantes con un 36.1%, desastres grandes con un 26.3%, compañeros o familiares involucrados con un 29.8% y finalizando con la población que no ha tenido crisis con un 10.2%. Se puede interpretar a partir de este resultado, que la población se ve más afectada con las muertes, ya que es un tema que genera más impacto a la población en general.



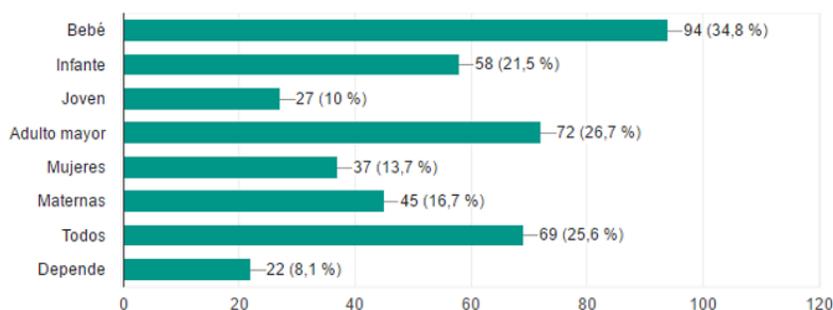
Según su experiencia, que tan importante diría que es el apoyo al apoyo para los primeros respondientes

Como se puede observar en la gráfica, de un 100% la población respondió: nada importante 1.5%, poco importante 5.6%, algunas veces 17.8%, importante 30.9% y finalizando con la población que es muy importante con un 44.2%. Esto quiere decir que la gran mayoría de la población encuestada ven el apoyo al apoyo de muy importante ya que el porcentaje es muy significativo frente a los demás ítems.



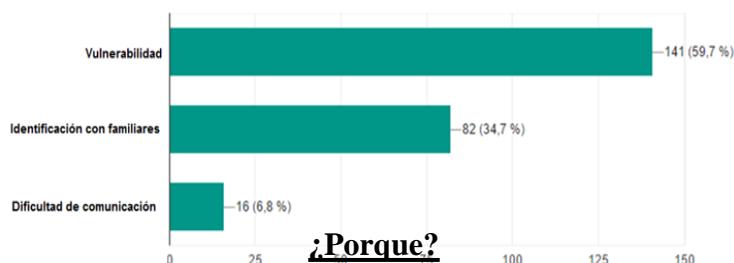
Cuanto tiempo considera usted, que se debe brindar el apoyo al apoyo

Como se puede observar en la gráfica, de un 100% la población respondió: algunos días 22.2%, algunas semanas 23.3%, algunos meses 16.5%, más del año 8.6%, depende de la situación 38.3%. Esto quiere decir que la mayoría de los encuestados dicen que dependiendo de la situación que hayan pasado se brindara el tiempo necesario.

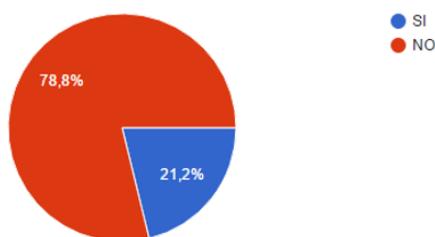


Con que población considera usted que se ve más afectado el primer respondiente

Como podemos observar en la gráfica, de un 100% la población respondió: bebe 34.8%, infante 21.5%, joven 10%, adulto mayor 26.7%, mujeres 13.7%, maternas 16.7%, todos 25.6%, depende 8.1%. Esto quiere decir que para la mayoría de los encuestados, atender los bebes afectaba más al primer respondiente.



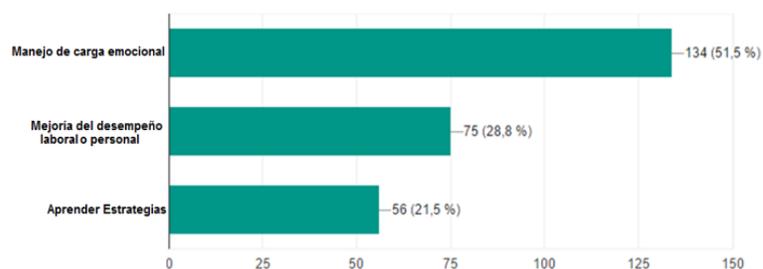
Como podemos observar en la gráfica, de un 100% la población respondió: vulnerabilidad 59.7%, identificación con familiares 34.7%, dificultad de comunicación 6.8%. Para los encuestados, los bebes son la población más vulnerable.



Ha buscado usted apoyo psicosocial de manera independiente

Como se puede observar en la gráfica, de 270 personas que se encuestaron, que sería un 100%, el 21.2% de la población respondió que SI, lo cual corresponde a 58 personas encuestadas, y el 78.8% respondió que NO, equivale a 212 personas encuestadas. Esta respuesta se puede deber a que la población que respondió se encuentra en un rango alto de que no buscan apoyo psicosocial.

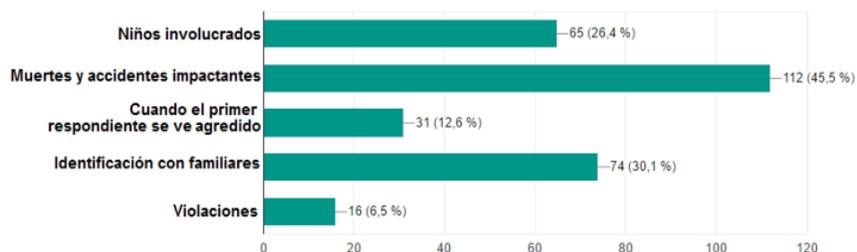
¿Qué beneficios considera usted que puede traer este proceso de intervención psicosocial, para los primeros respondientes?



Como se puede observar en la gráfica, de las 270 personas encuestadas, más del 50% consideraron el manejo de carga emocional como el principal beneficio del apoyo al apoyo.

De aquí podemos deducir que el manejo de carga emocional es una necesidad más generalizada y tenida en cuenta entre los primeros respondientes que el aprendizaje de estrategias y la mejoría del desempeño laboral o personal.

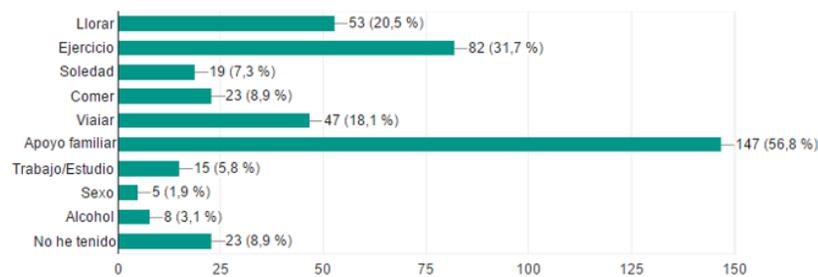
¿Cuáles considera usted que son las principales situaciones de crisis que experimentan los primeros respondientes?



Como se puede apreciar en la gráfica, la situación de crisis más evocada por los encuestados fueron las muertes y accidentes impactantes, nombrada por el 45,5%, seguida por la identificación con familiares, que representa al 30,1% de los encuestados y los niños involucrados, que fue una situación evocada por el 26,4% de los encuestados. Esto puede deberse a que la mayor parte de los encuestados se encuentran más expuestos a presenciar muertes y accidentes impactantes en su labor de primeros respondientes, y que entre ellos era común verse afectados al identificar a los pacientes con sus propios familiares y al

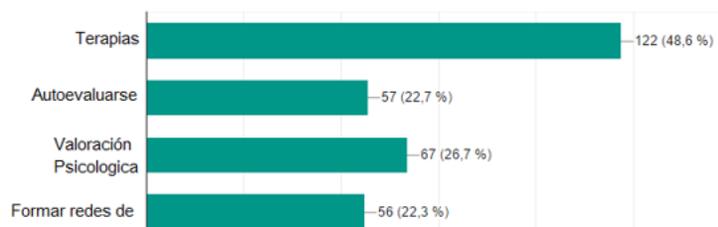
presenciar el sufrimiento de niños involucrados en situaciones de crisis. Por otro lado, las agresiones al primer respondiente y los casos de violaciones no fueron tan comunes entre los encuestados.

¿Cómo ha manejado usted estas situaciones de crisis, cuando ha tenido que enfrentarse a ellas?



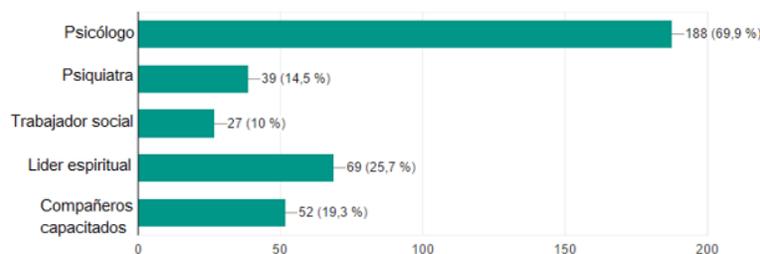
Como se puede apreciar en la gráfica, más del 50% de los encuestados manejan sus situaciones de crisis con el apoyo de sus seres queridos. Otras formas comunes de manejar la crisis entre los encuestados es hacer ejercicio, respondido por el 31,7%, llorar, respondido por el 20%, y viajar, respondido por el 18,1%. Esto puede deberse a que los primeros respondientes encuestados tienen fácil acceso a sus familiares, les tienen mayor confianza, y encuentran su compañía como una gran ayuda para superar la crisis; por otro lado hacen uso de actividades de esparcimiento como el ejercicio y los viajes, o manejan su carga emocional llorando. Otras actividades como comer, consumir alcohol, o buscar la soledad no son tan populares entre los encuestados, y puede deberse a que no las consideran suficientemente útiles para manejar sus crisis.

¿Qué estrategias recomendaría usted para que fueran incluidas en una guía de apoyo al apoyo?



Como podemos observar en la gráfica, la suma del porcentaje de encuestados que respondieron ésta pregunta excede al 120%, de donde se deduce que un porcentaje significativo de encuestados sugirió dos o más estrategias para la guía de apoyo al apoyo, de las que las actividades terapéuticas representaron la estrategia más popular, siendo la respuesta del 48,6% de los encuestados. Esto puede deberse, por un lado, a que cierto porcentaje de encuestados consideran necesario aplicar más de una estrategia en los casos en los que se necesita el apoyo al apoyo, y por otro lado, que consideran diferentes clases de terapia psicosocial como métodos importantes para el manejo de la carga emocional de los primeros respondientes.

¿Qué tipo de profesional considera usted que es el más indicado para brindar un apoyo al apoyo?



Como podemos observar en ésta gráfica, el excedente porcentual de las respuestas con respecto al porcentaje de encuestados se encuentra cerca del 40%, lo que nos lleva a deducir que un porcentaje significativo considera que el apoyo al apoyo no es de dominio

exclusivo de una sola profesión. Sin embargo, es importante resaltar que el 69,9% de los encuestados consideró al psicólogo como el profesional más apto para brindar el apoyo al apoyo, lo cual podría deberse al reconocimiento de que los psicólogos se encuentran con más frecuencia ante casos en los cuales un paciente está en necesidad de manejar su carga emocional. Cabe también señalar la preferencia de los encuestados hacia un líder espiritual, escogido por el 25,7% de los encuestados, y hacia compañeros capacitados, que fue la respuesta del 19,3% de encuestados, ante psiquiatras y trabajadores sociales, los cuales por su profesión podrían estar más en contacto con las psicoterapias llevadas a cabo en los procesos de apoyo al apoyo; este fenómeno podría deberse a que para los encuestados la confianza que pueden sentir hacia un líder espiritual que los conoce o un compañero que experimenta situaciones similares a ellos siempre y cuando estén capacitados es más importante que la preparación profesional de un psiquiatra o un trabajador social.

1. CAPITULO 4: DISEÑO METODOLOGICO

4.1. ALCANCE DEL PROYECTO

El alcance del proyecto es realizar una revisión sistemática de la perspectiva de los primeros respondientes respecto a la intervención psicosocial en situaciones críticas. Esta investigación tiene un alcance **descriptivo-correlacional**, ya que se recogió información de manera independiente sobre variables relacionadas con la intervención psicosocial y relacionan el grado de asociación que existe entre estas variables para sacar conclusiones sobre los conceptos y perspectivas de los primeros respondientes encuestados, que sirvan como base para realizar una guía que sirva como herramienta para un apoyo al apoyo adecuado.

4.2. METODOLOGIA DEL PROYECTO

4.2.1. Enfoque

Nuestra investigación tuvo un enfoque mixto, ya que por medio de preguntas tanto cerradas como abiertas se recolectaron datos cualitativos y cuantitativos con la intención de hacer una interpretación integral que abarcara el análisis de toda la información recopilada.

4.2.2. Unidades de análisis

En nuestro proyecto se elaboraron una serie de encuestas que serían aplicadas a los primeros respondientes tales como APH, bomberos, socorristas, profesionales de la salud entre otros (auxiliares de enfermería, técnicos en el área de la salud y servidores del metro de Medellín).

4.2.3. Población y Muestra

Se aplicaron un total de 300 encuestas en diversas institución tales como, Bomberos Medellín, Bomberos Sabaneta, Bomberos Itagüí, Cruz Roja Seccional Antioquia,

Metrosalud, Metro Medellín, Hospital Marco Fidel Suarez, Hospital San Juan de Dios, Grupo EMI Falck. Los porcentajes encuestados con respecto a la población real de las instituciones no puede extraerse con exactitud a pesar de que algunas instituciones tienen datos claros sobre el personal que pertenece a las tales como el caso de Cruz Roja Seccional Antioquia con 289 voluntarios socorristas, Bomberos Medellín con 219 bomberos, Bomberos Sabaneta 60 bomberos voluntarios 7 APH 22 bomberos de planta, Metrosalud 123 con 8 aph en módulo 4 médicos, Metro Medellín 400 operadores entre auxiliares. Otras instituciones como el Hospital Marco Fidel Suarez y Hospital San Juan de Dios no pueden presentar un informe claro de los profesionales que prestan el servicio en la institución, ya que la mayoría de estos prestan sus servicios por contrataciones y no se encuentran directamente vinculados.

4.2.4. Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyeron en la investigación a todo aquello que fuera primer respondiente perteneciente a las instituciones visitadas. Excluimos a las personas que no tuvieran experiencia laboral, a aquellos que no laboraban actualmente y a los que no trabajaban en el área de la salud o de primer respondiente (principalmente personal administrativo).

2. CAPITULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Los trabajadores del área de la salud tiene una gran carga he exigencia emocional, lo que causa una baja de calidad de vida laboral.

El personal de salud tiene mayores niveles de despersonalización y de agotamiento en el trabajo.

Se cuenta con poca herramienta para la estabilización de la salud mental de los primeros respondientes en Colombia.

Aunque existen en el mundo diversos artículos sobre el estrés que se vive después de una emergencia y desastre o de la carga laboral en los servicios de salud, no existe una herramienta concluyente de cómo deben ser intervenidas las consecuencias que se marcan en la salud mental y por qué deben ser tratadas tempranamente.

Se concluye que las personas encuestadas, presentan un gran interés en el tema ya que más del 75% consideran que el apoyo al apoyo tiene una relevancia significativa.

En las encuestas se ve reflejada la importancia de proceder a realizar una guía de apoyo al apoyo ya que a pesar del interés mostrado por los encuestados el 78,8% no ha acudido al apoyo al apoyo, lo que sugiere que no han tenido accesibilidad a un servicio tan fundamental.

5.2. RECOMENDACIONES

Realizar una evaluación de los factores que intervienen en la afectación de la salud mental de los primeros respondientes.

Realizar una herramienta la cual pueda estar disponible para educar acerca de la intervención psicosocial en el apoyo al apoyo.

Diseñar una guía que este a la mano, tenga un acceso fácil y rápido para el personal de salud en las situaciones de crisis.

La información que se arrojó de este análisis y revisión sirva para realizar una herramienta de ayudas para el personal de salud en situaciones de crisis.

ENCUESTA

El personal que labora en el área de la salud se ve expuesto a situaciones de crisis, tanto con el manejo de los pacientes, como a nivel personal, que pueden llegar a afectar su salud mental.

Con esta encuesta, se pretende identificar, cual es el conocimiento que se tiene sobre el Apoyo al apoyo, y el manejo de las situaciones de crisis.

1. Conoce usted que es el apoyo al apoyo (o apoyo psicosocial)? Si_____ no_____
2. Si su respuesta fue si, que entiende por apoyo al apoyo?
3. En que situaciones considera que se hace necesario el apoyo al apoyo?
4. En su trayectoria, ha observado situaciones en las cuales era necesario este apoyo? Cuales
5. Usted considera que como trabajador (a) del área de la salud, necesita el apoyo al apoyo?
6. Que consecuencias considera usted que puede traer la falta de este apoyo?
7. Por otra parte, que beneficios puede traer un proceso de apoyo e intervención psicosocial, para los trabajadores del área de la salud?
8. Cuáles considera usted que son las principales situaciones de crisis que experimentan los trabajadores del área de la salud, que requieren apoyo al apoyo?
9. Como ha manejado usted, estas situaciones de crisis, cuando ha tenido que enfrentarse a ellas?
10. Que estrategias recomendaría usted para que fuesen incluidas en una guía de apoyo al apoyo (psicosocial).