



La demanda de ayuda de los hombres afectados tras el terremoto de 2010 - Pencahue, Chile: reflexiones para la intervención psicosocial

Resumen de investigación

Fecha de realización de la investigación

2016-2017

Fecha de publicación

Septiembre 2018

Investigador responsable

Dr. Oscar Labra, Universidad du Quebec
En Abitibi-Témiscamingue (UQAT)

Equipo de investigación

Dr. Oscar Labra, UQAT; Dra. Robin Wright, Universidad de Windsor, Dr. Gilles Tremblay, Universidad Laval; Dra. Danielle Maltais, Universidad du Quebec, Chicoutimi (UQAC).

Agradecimientos

Este esquipo de investigación tiende a agradecer de forma muy especial a todos los hombres que aceptaron voluntariamente de participar en la investigación.

Así mismo agradecemos a las siguientes autoridades municipales de la comuna de Pencahue que permitieron que este estudio pudiera ser realizado: Sra. Lucy Lara Leiva, Alcaldesa Ilustre Municipalidad de Pencahue; Juan Ignacio Farías Elgueta, Director del Departamento de Salud Comunal.

Nuestros agradecimientos por la valiosa labor prestada en la recolección de datos se hacen extensivos a la Sra. Alejandra Gonzalez Castro, Asistente social sector 1, Departamento de salud comunal Pencahue, Sra. Antonieta Rojas Rocco, Enfermera, sector 3, Departamento de salud comunal Pencahue, Paulo Avaca Ramírez, Paramédico posta de Batuco, Gabriel Oróstiga Contardo, Poste de Corinto, Gabriela Núñez Vargas, posta de Palma de Toconey, Sr. Raúl González, chofer de terreno.

Table des matières

1. Problematica de la investigacion.....	4
2. Metodología de la investigación	5
2.1 Características sociodemográfica de los participantes	6
3. Principales resultados.....	6
3.2 Actitudes de los hombres frente a la demanda de solicitar ayuda psicosocial	7
3.3 Proximidad con los servicios de salud y servicios psicosociales	9
3.4 La consulta profesional.....	9
3.5 La salud de los participantes.....	11
4. Discusión de los resultados	12
5. Conclusión y recomendaciones.....	16
Límites del estudio	17
Bibliografía.....	18
Anexo 1: Impact of Event Scale Revised (IES-R) (versión español).....	21
Anexo 2: Encuesta (versión español).....	23
Anexo 3: Guía de entrevista (versión español)	32

1. Problematica de la investigacion

Partamos precisando que la demanda de ayuda se define como el hecho de recurrir a otros (red de apoyo personal o instituciones) en busca de ayuda (Barney et al., 2006, Sullivan, Marshall y Schonert -Reichl, 2002). La ayuda que puede recibir una persona, familia, comunidad puede ser de naturaleza psicológica, social o material. Para una persona en dificultad, la demanda de ayuda puede ser limitada por obstáculos como actitudes culturales, experiencias negativas previas con profesionales, situaciones relacionadas con la confidencialidad y la falta de conocimiento de los recursos disponibles en la comunidad (Gould et al., 2002, Wilson y Deane, 2001).

Para Roy et al. (2013), las creencias en la autoeficacia arraigadas en la masculinidad tradicional de los hombres tienen consecuencias negativas que inhiben la demanda de ayuda. Cabe señalar que, la masculinidad tradicional en las áreas rurales se asocia con prácticas que brindan orgullo y autonomía a los hombres (Robertson, Elder y Coombs 2010, Sturgeon y Morrissette 2010). En este sentido, la autosuficiencia y el sentimiento de independencia son algunas de las razones por las que los hombres son reacios a buscar ayuda para terminar o sanar de problemas de salud mental que afectan su calidad de vida (Berger et al., 2013). Esta noción de autonomía sería un freno a la demanda de ayuda; la cual estaría más presente entre los hombres que habitan en comunidades de tipo rurales (Hull et al., 2017). En este sentido, estudios recientes confirman la negativa de los adultos mayores en sectores rurales a pedir ayuda (Berry et al., 2011, Hull et al., 2017, Polain et al., 2011, Roy, 2014), así como en la población más joven masculina (Labra et al., 2018, Roy y Tremblay, 2015, Tremblay et al., 2016).

Por su parte Polain, Berry y Hoskin (2011), indican que las prácticas institucionales y culturales no están adaptadas a las necesidades de los hombres mayores, lo que es un problema significativo para sus demandas de ayuda. A esto se suma el hecho de que los servicios de apoyo psicosocial son limitados en las áreas rurales (Fragar et al., 2010). En este sentido, una revisión de la literatura de Seidler et al. (2016), concluye que es más probable que los hombres soliciten ayuda si ésta es accesible, apropiada e interesante para

ellos. Por otro lado, existen varios factores de protección que facilitan, el proceso de pedir ayuda en los hombres, frente a su salud física y mental luego de la exposición a un evento traumático (Labra y otros, 2018). En este sentido, el apoyo matrimonial, la percepción de que se necesita orientación profesional y la disponibilidad de servicios en salud y en ayuda social son factores que pueden motivar o disuadir a los hombres a buscar ayuda. De hecho, a menudo son las mujeres que los rodean (generalmente las cónyuges) quienes piden ayuda en su lugar (Rondeau, 2004). Sin embargo, el apoyo social disponible para muchos hombres es relativamente débil y, a menudo, agrava los problemas de salud mental y física (Alston 2012, Berry et al., 2011). Este aislamiento social sería más pronunciado entre los hombres adultos mayores en áreas rurales (Polain et al., 2011).

2. Metodología de la investigación

Un estudio mixto fue desarrollado para abordar la demanda de ayuda en un pequeño número de hombres entrevistados ($N= 45$). Lo anterior para poder profundizar sobre esta temática en hombres de comunidades rurales expuestos al terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile.

La muestra se constituyó de acuerdo a un procedimiento no probabilístico. Los primeros participantes fueron derivados por profesionales del Departamento de salud comunal Pencahue, de la Posta de Batuco, de la Posta de Corinto et de la Posta de Palma de Toconey. Los otros participantes fueron reclutados utilizando la técnica de "bola de nieve", así referidos por los primeros entrevistados.

La recopilación de datos se realizó por el investigador principal entre diciembre de 2016 y enero de 2017. Para ello se utilizó un cuestionario y una entrevista semi-dirigida. Estos dos instrumentos abordaron una variedad de temas, con el propósito de tener la mayor cantidad posible de información de los hombres entrevistados sobre la demanda de ayuda, los valores de los hombres y la relación de los hombres con los servicios. La entrevista incluye varias preguntas de un estudio sobre las percepciones de los hombres de Quebec sobre sus

necesidades psicosociales y de salud de Tremblay et al., (2016). Para el propósito de este estudio, la adaptación española del cuestionario de entrevista se llevó a cabo utilizando el doble principio de traducción inversa.

Para medir la presencia o ausencia de síntomas de estrés postraumático, se utilizó el Impacto de la Escala de Eventos Revisada (IES-R) (Weiss, 2007).

Esta investigación fue aprobada por los comités de ética de la Universidad de Quebec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT), por la Universidad de Quebec, Chicoutimi et por la Universidad Laval.

2.1 Características sociodemográfica de los participantes

El 55.6% de la muestra está compuesta por hombres menores de 54 años, el 44.4% restante tiene más de 55 años. El 40% son solteros, el 28.9% son casados y el 11.1% tiene una relación de convivencia. 31% de los participants tiene hijos. Con respecto a su ocupación, un número significativo está jubilado (n= 19), seguido por aquellos que trabajan independientemente (n= 16) y aquellos que están bajo contrato en actividades agrícolas (n= 10). La mayoría de los participantes completaron el equivalente de educación básica (n= 32), ya que solo 10 tenían un diploma de estudios secundarios. La mayoría de los encuestados (n= 34) tienen ingresos mensuales por debajo del salario mínimo, lo que revela una gran fragilidad económica.

3. Principales resultados

Cuando se les preguntó a los hombres, que aceptaron participar en el estudio, acerca de la probabilidad que ellos soliciten ayuda o consejos si se enfrentan a un problema personal o emocional, el 64.4% (n= 29) indica abiertamente una intención de pedir ayuda. Los factores más comúnmente citados que hacen que los hombres se movilicen a pedir ayuda son: tener un trabajo, tener una educación secundaria o superior, tener un ingreso de \$425 000 o más,

y vivir en pareja. La ocupación parece ser una variable que hace una diferencia significativa entre los 29 hombres al dar los primeros pasos hacia la búsqueda de ayuda. Los hombres que están empleados son más propensos a decir que se movilizarían si alguna vez sintieran la necesidad de buscar ayuda. A partir de lo anterior, la variable "tener un trabajo" parece ser más importante entre los hombres que viven en comunidades rurales que participaron en el estudio.

El nivel de educación de los hombres también se analizó en relación con la demanda de ayuda a partir de medidas de frecuencia relativa: la proporción. En este sentido, los resultados muestran que los hombres más escolarizados son favorables a la demanda de ayuda (76,9%). En la misma orientación, el ingreso parece ser otro factor importante en la demanda de ayuda. La demanda de ayuda sería así más aceptada en aquellos hombres con ingresos mensuales superiores al salario mínimo (72.7%), es decir aquellos que no se encuentran en condiciones de gran vulnerabilidad económica. Cuando se trata de ver los datos por estado civil de aquellos que respondieron favorablemente a pedir ayuda, se encuentra que los hombres en pareja tienen una tasa mucho más alta (72.2%) que los hombres que viven solos (59,3). Sin embargo, la edad y tener hijos o no, no serían para los hombres que participaron en el estudio factores para decidir buscar ayuda, dado que no se encontró una diferencia significativa entre los datos obtenidos entre cada una de las variables y la voluntad de movilizarse para pedir ayuda.

3.2 Actitudes de los hombres frente a la demanda de solicitar ayuda psicosocial

Los participantes expresaron sus reservas sobre la búsqueda de ayuda en caso de problemas personales. En particular, varios son los obstáculos para pedir ayuda, especialmente para hombres de 55 años o más. Estos últimos manifestaron en grandes proporciones que: **a)** quieren resolver sus problemas por sí mismo incluso si el hecho de pedir ayuda puede otorgarles algún beneficio (94.7%), **b)** intención de resolver el problema solos (100.0%), **c)** su orgullo se vería afectado si estuvieran obligados a buscar ayuda (94.7%), **d)** deseo de

mantener sus problemas para sí mismos (94.7%) (ver tabla 1). Sin embargo, en materia de salud, los hombres indican en una proporción importante (78.9%) que se sienten cómodos accediendo a la ayuda de profesionales de la salud física; y en menor medida (73,7%) ayuda profesional en salud mental e intervención psicosocial.

Los hombres jóvenes de entre 18 y 24 años (n= 26) estarían más abiertos a recibir ayuda de alguien, y el hecho de movilizarse para ello no se percibe tan negativamente como en los hombres más mayores que participaron en el estudio.

Tabla 1 - Actitudes de los hombres hacia la demanda de ayuda

Preguntas	Edad		Estudios	
	18-24 años (n = 26)	55+ años (n = 19)	Estudios básicos (n= 32)	Estudios secundarios + (n= 13)
Aunque sé que al pedir ayuda podría resolver mis problemas más fácilmente, dudo en hacerlo	50,0 %	94,7 %	71,9 %	61,5 %
Cuando estoy triste o preocupado y alguien trata de ayudarme, me molesta	34,6 %	68,4 %	50 %	46,2 %
Me siento cómodo al consultar ayuda profesional en salud física (médico general, dentista, etc.)	69,2 %	78,9 %	68,8 %	84,6 %
Me siento cómodo al consultar una ayuda profesional en intervención psicosocial (psicólogo, trabajador social, orientador, etc.)	65,4 %	73,7 %	59,4 %	5,0 %
Cuando tengo un problema, intento resolverlo solo	84,6 %	100,0 %	87,5 %	10,0 %
Mis problemas, prefiero guardarlos para mí	88,5 %	94,7 %	87,5 %	5,0 %
Cuando tengo que pedir ayuda, mi orgullo se ve afectado	73,1 %	94,7 %	78,1 %	5,0 %

3.3 Proximidad con los servicios de salud y servicios psicosociales

Los requerimientos más esperados por los hombres de 55 años y más (100%) cuando tienen que consultar son: confidencialidad paciente-profesional, calidad de recepción y profesionalismo. Por otro lado, los hombres jóvenes de entre 18 y 24 años, se inclinan más por tener un clima de confianza y que el organismo que consulten tenga una buena imagen o reputación, seguido por la disponibilidad del servicio en las tardes o fines de semana y la calidad de la recepción. El sexo del profesional representa la característica con la menor tasa de adhesión en ambos grupos de edad, con proporciones de 20.8% entre los jóvenes y 23.5% entre los 55 y más.

Cuando se trata de comparar los datos de los hombres según la escolaridad, aquellos con educación primaria son más propensos a demandar un clima de confianza y una buena imagen o reputación por parte de la organización. Una buena recepción y la disponibilidad de los fines de semana se colocan en un segundo orden de prioridad. Po su parte, los hombres con educación secundaria enfatizan la importancia de la confidencialidad, la calidad de la atención y el profesionalismo de la parte de los funcionarios.

3.4 La consulta profesional

Las informaciones recogidas durante la entrevista indican que hombres participantes en el estudio muestran una baja o débil consultación de los servicios de salud y servicios psicosociales. Esta poca consultación de servicios ofrecidos en las comunidades se observa en los hombres en general (ver tabla 2). Para ser más precisos, señalemos que quienes consultaron a un médico en los últimos tres meses corresponden al 57.8% de los hombres estudiados, durante los últimos 12 meses al 24.4%, durante los últimos 3 años al 4.4%, más de 10 años al 6.7%, y aquellos que nunca han consultado un médico al 6.7% de la muestra.

Con respecto a la consulta de los hombres con un médico especialista, la tasa de visita es aún menor: 33.3% han consultado en los últimos tres meses, 20% en los últimos 12 meses, 13.3% en los últimos 3 años, 4.4% en 10 años y 28.9% nunca han consultado. En lo que se

refiere a visitar un recurso de tipo psicosocial (psicólogo o trabajador social), los hombres muestran en general un comportamiento muy débil de utilización de este tipo de servicios en la localidad de Pencahue y alrededores.

Tabla 2 - Frecuencia de consultación

Pregunta	Medicina general		Medicina especializada		Psicosocial	
	n	%	n	%	n	%
¿Cuándo fue la última vez que usted consultó?						
3 últimos meses	26	57,8 %	15	33,3 %	3	6,7 %
12 últimos meses	11	24,4 %	9	20,0 %	3	6,7 %
3 últimos años	2	4,4 %	6	13,3 %	5	11,1 %
10 últimos años	0	0,0 %	0	0,0 %	2	4,4 %
Más de 10 años	3	6,7 %	2	4,4 %	3	6,7 %
Jamás he consultado	3	6,7 %	13	28,9 %	29	64,5 %

Los hombres entrevistados mencionaron varias razones para no consultar, por ejemplo: no tener el tiempo necesario o que siempre se sienten bien. Precisemos que esta baja en la consulta profesional de los participantes del estudio se puede entender a partir de ciertas barreras relacionadas con sus percepciones sobre los servicios. Por lo tanto, al 90.9% de los encuestados entre 18 y 24 años no les gusta sentirse controlados por otros, el 90.9% considera que el problema se resolverá con el tiempo, el 81.9% se sentiría menoscabado al solicitar ayuda, el 81.8% informa que no tiene idea de la ayuda que está disponible y se siente avergonzado de hablar sobre su situación personal, y el 90.9% indica que, en caso de problemas, tratarían de resolverlo ellos mismos. Para hombres de 55 años y más, estas proporciones son aún más altas.

3.5 La salud de los participantes

Los resultados obtenidos en el IES-R, indica que todos los hombres de 55 años o más (n= 20) sufren un trastorno de estrés postraumático después de siete años de ocurrido el terremoto de febrero de 2010 (resultado igual o superior a 33 en la escala del IES-R). De estos, 28% obtuvieron una puntuación entre 12 y 32, y solamente el 12% se ubican entre 1 et 11, lo que significa que estos últimos presentan pocos síntomas de estrés postraumático.

Tabla 3 - Impacto de la escala de eventos revisada (IES-R)

Edad promedio	IES-R	Total (n = 45)	Edad	
			- 55 (n= 25)	55 y más (n= 20)
25,7	1 à 11 (n=3)	7%	12%	0%
21,3	12 à 32 (n=7)	16%	28%	0%
62,5	33 et plus (n=35)	78%	60%	100%
	Total	100%	100%	100%
	IES-R mediana	52,3	42,2	65,0

Los hombres que obtuvieron una puntuación superior a 33 en la escala IES-R indicaron más evidencia de problemas de salud física y mental cuando se recopilaron datos que los hombres que obtuvieron puntajes más bajos en escala de IER-S. Los hombres de 70 años presentan trastornos de estrés postraumático y al mismo tiempo manifiestan más problemas de salud física, como pérdida de visión, diabetes, osteoartritis, dolor de huesos, problemas cardíacos y presión arterial alta.

4. Discusión de los resultados

Los objetivos que guiaron este estudio fueron de tres tipos. Un primero, es de avanzar en el estado del conocimiento sobre la demanda de ayuda en hombres chilenos en contexto de ruralidad. Un segundo, pretendió describir su relación con los servicios de salud y psicosociales de apoyo local y finalmente el tercer objetivo pretendía describir el estado de salud de la población estudiada después de ocurrido el terremoto del 27 de febrero de 2010.

Con respecto al primer objetivo, encontramos un grupo de hombres que participaron en el estudio tiene una actitud positiva en relación al hecho de pedir ayuda; lo que representa el 64% de los participantes. Por lo tanto, el perfil de estos hombres más inclinados a la solicitud de ayuda sería: tener un trabajo, tener estudios de nivel secundario o superior, tener un ingreso que exceda el salario mínimo, y vivir en pareja. Este perfil de hombre más inclinado a pedir ayuda es de un tipo de hombre menos vulnerable desde el punto de vista socioeconómico. Estos hallazgos se oponen a investigaciones que sugieren que los hombres que viven en áreas rurales serían reacios a buscar ayuda (Berry et al., 2011, Polain et al., 2011, Roy y Tremblay, 2015, Tremblay y al., 2016). Desde el punto de vista del modelo eco-sistémico de Bronfenbrenner (1977), podemos pensar que la intención marcada de los hombres de pedir ayuda podría explicarse por las características de su ontosistema y mesosistema. En este sentido, dos son las variables que facilitarían ello: La primera tiene que ver con el rol ejercido por la mujer (esposa/conviviente) las que ayudarían a que hombres del estudio consulten los servicios de salud y/o psicosociales. La segunda, tiene que ver con el tipo de escolarización (sistema de protección) que poseen los hombres. Esto toma un valor importante en nuestros análisis dado que la educación jugaría un papel importante para romper los estereotipos de la “masculinidad hegemónica” en la que los hombres menos escolarizados - en comunidades rurales como es el caso de participantes - no pedirían ayuda por su proximidad a una masculinidad muy arraigada en términos valóricos. En marco de este trabajo de investigación, definiremos la “masculinidad hegemónica” como el patrón de práctica actual que legitima la posición dominante de los hombres en la sociedad y justifica la subordinación de las mujeres y otras formas marginadas de ser un hombre” (Connell, 1995 citado en Labra y al., 2017, 77).

Bien que lo anterior abre a puerta a ciertas hipótesis que deberán ser verificada en futuras investigaciones, los resultados provenientes del grupo más joven y escolarizado de la muestra nos permiten pensar en la idea todavía optimista de que podemos estar presenciando un cambio de paradigma por parte de los hombres que trabajan en los llamados actividades tradicionales, como la agricultura, en lo que se refiere a la demanda de ayuda. Este cambio de paradigma estaría influenciado por el importante papel que la educación puede desempeñar en la percepción del rol de los hombres (masculinidad) y la demanda de ayuda (Labra, Maltais y Tremblay, 2017). En este sentido, entre los hombres con más escolaridad su ontosistema tendría una influencia clave a la hora de movilizarse en busca de ayuda, ya que su educación sería clave en este proceso.

Cabe señalar que los hombres de 55 años de edad y más serían más reacios a buscar ayuda en caso de un problema, incluso si ello podría traerles beneficios. Estos hombres más mayores prefieren optar por resolver el problema ellos mismos. Esto podría explicarse por el hecho de que ellos son los que presentan un menor índice de escolaridad (ecosistema negativo y frágil), y también debido a las creencias tradicionales arraigadas en la autoeficacia de la masculinidad, creencias a la cuales ellos se aferrarían (Elliot-Schmidt Strong, 1997). Según algunos autores, aceptar ayuda sería una amenaza para la masculinidad o la identidad de los hombres en las áreas rurales (Berry et al., 2011, Morrissey y Reser 2007, Polain et al., 2011).

Desde el modelo eco-sistémico de Bronfenbrenner (1977), podemos argumentar que los valores culturales, así como las normas e ideologías fomentadas en la cultura local de estos hombres, reflejan un macrosistema marcado por códigos de masculinidad a partir de los cuales han sido socializados desde su infancia. Precisemos que para Robertson et al. (2010), Sturgeon y Morissette (2010), la masculinidad en este tipo de comunidad, se asocia con prácticas que brindan orgullo y autonomía a los hombres. Por lo tanto, buscar ayuda se puede interpretar socialmente como un signo de debilidad y de poca masculinidad (Labra et al., 2018), porque pedir ayuda para estos hombres socavaría su autonomía para

resolver sus problemas por sí mismos, y a su identidad masculina dentro de una colectividad modelada por valores diferenciados por género.

Lo anterior, contrasta con la realidad de los hombres más jóvenes (18 a 24 años) del estudio, los cuales muestran una actitud de apertura hacia el hecho de recibir y de pedir ayuda. Esto último es importante, porque los hombres más jóvenes ven en la demanda de ayuda los beneficios que ello puede brindarles. De este modo, ubicarían en el segundo o tercer nivel el aprendizaje social del modelo de "masculinidad hegemónica" teorizado por Perron (2014) y Roy y Tremblay (2012).

Con respecto al segundo objetivo, los hombres entrevistados de 55 años y más expresan su deseo de que los servicios de salud y psicosociales les brinden un buen servicio, profesionalismo y confidencialidad en la relación cliente-profesional. En este último punto, los hombres entrevistados hacen hincapié en que las condiciones de confidencialidad estén garantizadas por los servicios cuando ellos consulten. Esta aprehensión de confidencialidad en los hombres del estudio es comprensible, dada la proximidad que los habitantes de la localidad donde este estudio fue realizado tienen entre ellos.

En lo concerniente a la consulta de los hombres con los servicios locales, observamos una baja tasa de consultación en medicina general, así como en medicina especializada o en los servicios psicosociales. Sin embargo, donde la consulta es lo más preocupante, es a nivel de la solicitud de ayuda psicosocial. Este último hecho es importante de considerar, especialmente porque estos hombres han estado expuestos al terremoto más poderoso de los últimos 50 años en Chile; por lo tanto, podemos suponer que no recibieron apoyo psicosocial para superar el impacto de este evento en su salud mental. En este sentido, Tremblay et al. (2016) argumentan que la baja consultación de los hombres en los servicios de salud o psicosocial se debe en gran medida a factores estrechamente relacionados con la socialización masculina tradicional. Entonces, volvemos aquí al papel que desempeña el macrosistema en la esfera cultural de los hombres y que influye en su comportamiento y en sus formas de actuar dentro de las comunidades rurales a las que pertenecen. Esta forma de resolver los problemas por ellos mismos en las áreas rurales les da orgullo y autonomía

a los hombres (Robertson et al., 2010, Sturgeon y Morissette, 2010). Esta autonomía debe ser entendida en el ejercicio de los roles de los hombres que buscan una libertad en sus relaciones con los demás, así como en su percepción de soluciones a sus problemas (Tremblay et al., 2016). Esto explicaría, al menos en parte, el fenómeno observado de la baja tasa de consulta entre algunos hombres con respecto a los servicios que se les ofrecen. Cabe señalar que los hombres más escolarizados mostrarían una actitud más abierta hacia los servicios, con actitudes menos aferradas al principio de autonomía o al "orgullo masculino".

Lo anterior, augura una buena esperanza para las nuevas generaciones de hombres que tendrán acceso a un mayor nivel de estudios. Sin embargo, la red de servicios en salud y psicosocial este cambio de paradigma, le va demandar nuevos desafíos en el sentido de adaptar su oferta de servicios a una clientela masculina potencialmente creciente en las próximas décadas.

Finalmente, en lo que se refiere a la salud de los hombres nuestros resultados muestran que el deterioro en la salud mental de los hombres entrevistados se confirma con los resultados IES-R (tabla 3) que indica que todos los hombres de 55 años o más de edad (20 de 45), con una edad promedio de 62,5 años, muestran altos niveles de síntomas de estrés postraumático, en comparación con el resto de la muestra. Remarquemos que este subgrupo, declaró una gran cantidad de problemas de salud física, por ejemplo: arritmia cardíaca, artritis, pérdida de visión, etc. Estos resultados son similares a los de Labra et al. (2018), lo cual nos conduce a dos observaciones principales:

- ✓ Las consecuencias perjudiciales de un desastre natural sobre la salud física y mental de los hombres del estudio aumentan, así como aumenta su edad etaria.

- ✓ a partir del modelo de “**Salud Positiva**” de Macdonald (2005), estos hombres vivieron los últimos seis años del pues del terremoto (periodo de realización del estudio) en entornos desfavorables para su salud: una oferta de servicios que no motiva la consulta psicosocial y una ausencia posible de programas de intervención psicosocial post-desastre pensados a mediano y largo plazo, lo que explicaría los resultados negativos del IES-R.

5. Conclusión y recomendaciones

Este informe presenta los resultados de una investigación sobre la demanda de ayuda que va más allá de las historias individuales de hombres que viven en comunidades de Pencachue, Chile expuestos al terremoto del 27 de febrero de 2010. Nuestros resultados nos permiten de afirmar que el perfil de los hombres con mayor probabilidad de buscar ayuda sería: tener un trabajo, educación secundaria o superior, ingresos por encima del salario mínimo y vivir en pareja. Sin embargo, sugerimos que estas variables se estudien con una muestra más grande para confirmar o refutar estos hallazgos.

Constatamos también una baja tasa de consultación de servicios en salud y psicosocial que podrían venir en su ayuda. Sin embargo, donde la consulta es preocupante es a nivel de la solicitud de ayuda psicosocial posterior al terremoto. La reticencia a consultar manifestada por ciertos hombres estaría influenciada por percepciones provenientes de la socialización tradicional de la masculinidad que les impediría dar ese paso: de “pedir ayuda” o consultar un profesional del área psicosocial. Esto refleja un macrosistema de los hombres marcado por códigos de la masculinidad con los que han sido socializados desde su infancia. Lo que sería especialmente el caso de los hombres de 55 años y más de edad, así como aquellos menos escolarizados.

En oposición a lo anterior los hombres más escolarizados participantes en el estudio, tienen un discurso que sugiere una actitud de apertura hacia los servicios. Este cambio en la

mentalidad estaría determinado por el rol principal que jugaría la educación (ontosistema positivo) en la percepción de los roles de los hombres y la demanda de ayuda.

Finalmente, una adaptación de la intervención psicosocial con los hombres en la oferta de servicios, debe invitar a los profesionales y personas que trabajan en los distintos programas dirigidos a la población masculina a un análisis ecosistémico de la realidad de los hombres en contexto de ruralidad. Lo anterior, con el propósito de no focalizar la comprensión de un problema de salud psicosocial - ya sea por la exposición a un desastre natural, tecnológico, perdida de un ser querido, etc. - solo en los hombres que se ven afectados. La mirada profesional e interdisciplinaria debe ir más allá de la simple focalización individual, ella debe incorporar un análisis global de los diversos entornos (culturales, sociales, gubernamentales) que contribuyen a la manifestación y/o permanencia del problema en los hombres. En este ámbito se sugiere prestar atención particular a los procesos de socialización de la masculinidad.

Límites del estudio

Este estudio presenta algunas limitantes con respecto al uso de los datos. En este sentido, bien que las entrevistas individuales han recogido una gran cantidad de información sobre la demanda de ayuda en las zonas rurales, esto no permite una generalización debido al tamaño de la muestra. Por lo tanto, el estudio sigue siendo específico para la comunidad estudiada. Esta generalización también está limitada por el hecho de que solo los hombres han sido estudiados. El método de análisis utilizado en este estudio tiene debilidades en lo que se refiere a la subjetividad de los investigadores en el tratamiento de los datos recogidos durante la investigación, datos que podrían estar influenciados por sus elecciones en el análisis de contenido temático, así como un problema de fiabilidad relacionado con el proceso de codificación de datos. La consideración de estas limitaciones debería ayudar en la implementación de otras investigaciones similares, y quizás confirmar los hallazgos que surgen en este estudio.

Bibliografía

- Alston (2012). "Rural male suicide in Australia", *Social science & medicine*, 74,4, 515-522.
- Barney, L. J., Griffiths, K. M., Jorm, A. F. et Christensen, H. (2006). "Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions", *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40,1, 51-54.
- Berger, J. L., Addis, M. E., Green, J. D., Mackowiak, C. et Goldberg, V. (2013). "Men's reactions to mental health labels, forms of help-seeking, and sources of help-seeking advice", *Psychology of Men & Masculinity*, 14,4, 433-443.
- Berry, H. L., Hogan, A., Owen, J., Rickwood, D. et Fragar, L. (2011). "Climate change and farmers' mental health: risks and responses", *Asia Pac J Public Health*, 23,2, 1204-1325.
- Bizot, D., Viens, P. et Moisan, F. (2013). La santé des hommes: Les connaître pour mieux intervenir: Saguenay: Université du Québec à Chicoutimi et ASSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.
- Bronfenbrenner, U. (1977). "Toward an experimental ecology of human development", *American psychologist*, 32,7, 513-531.
- CASEN (2011). *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional: Indicadores de Pobreza*: Gobierno de Chile.
- Elliot-Schmidt, R. et Strong, J. (1997). "The concept of well-being in a rural setting: Understanding health and illness", *Australian Journal of Rural Health*, 5,2, 59-63.
- Fragar, L., Stain, H. J., Perkins, D., Kelly, B., Fuller, J., Coleman, C., et al. (2010). "Distress among rural residents: does employment and occupation make a difference?", *Aust J Rural Health*, 18, 25-31.
- Fuentes Lagos, R. (2014). *Actualización del plan de desarrollo comunal, comuna de pencahue 2014-2018*, : Subsecretaria de Desarrollo Regional y Administrativo. Document consulté le 30 novembre 2017 de <http://mpencahue.cl/transparencia/documents/PLADECO%20PENCAHUE/PLADECO%20PENCAHUE.pdf>.
- Goodman, L. A. (1961). "Snowball sampling", *The annals of mathematical statistics*, 148-170.
- Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., Lubell, K., Kleinman, M. et Parker, S. (2002). "Seeking help from the internet during adolescence", *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41,10, 1182-1189.
- Handcock, M. S. et Gile, K. J. (2011). "Comment: On the concept of snowball sampling", *Sociological Methodology*, 41,1, 367-371.
- Houle, J., Mishara, B. L. et Chagnon, F. (2005). "Le soutien social peut-il protéger les hommes de la tentative de suicide?", *Santé mentale au Québec*, 30,2, 61-84.
- Hull, M. J., Fennell, K. M., Vallury, K., Jones, M. et Dollman, J. (2017). "A comparison of barriers to mental health support-seeking among farming and non-farming adults in rural South Australia", *Australian Journal of Rural Health*, 25,6, 347-353.

- Labra, O., Maltais, D. et Tremblay, G. (2017). "Chilean Men Exposed to the Major Earthquake in 2010: Investigation of the Impacts on Their Health", *American journal of men's health*, 11,2, 392-403.
- Labra, O., Tremblay, G., Ependa, A. et Gingras-Lacroix, G. (2018). "Men's Help-Seeking and Health in Natural Disaster Contexts", *Global Journal of Health Science*, 10,1, 76-87.
- Lajeunesse, S. L., Houle, J., Rondeau, G., Bilodeau, S., Villeneuve, R. et Camus, F. (2013). *Les hommes de la région de Montréal: analyse de l'adéquation entre leurs besoins psychosociaux et les services qui leur sont offerts*, Montréal, Regroupement des organismes pour hommes de l'Île de Montréal
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social (2018). *Reajusta el monto del ingreso mínimo mensual, así como de la asignación familiar y maternal y del subsidio familiar*. Document consulté le 27 juin 2018 de <https://www.camara.cl/sala/verComunicacion.aspx?comuid=23333&formato=pdf;Reajusta>.
- Morrissey, S. A. et Reser, J. P. (2007). "Natural disasters, climate change and mental health considerations for rural Australia", *Australian Journal of Rural Health*, 15,2, 120-125.
- Perron, C. (2014). *Socialisation de genre, individualité contemporaine et détresse psychologique chez l'homme*. Université du Québec à Montréal.
- Pladeco (2013). *Capítulo 1. Introducción*: Municipalidad de Pencahue.
- Polain, J. D., Berry, H. L. et Hoskin, J. O. (2011). "Rapid change, climate adversity and the next 'big dry': older farmers' mental health", *Aust J Rural Health*, 19, 239-243.
- Robertson, S., Elder, R. et Coombs, R. (2010). "Rural men's mental health. " D. Conrad & A. White eds., *Promoting men's mental health* (p. 57-73), Oxon, UK: Radcliff., 57-73.
- Rondeau, G. (2004). "Les hommes: s' ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins", *Rapport du Comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes*. Québec: ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Rousseau, G., Parent, D. et Perrier, J. (2010). *Analyse de l'isolement social, de la sociabilité et de la qualité du soutien social chez les jeunes agriculteurs québécois*. Université Laval.
- Roy, P. (2014). *Pratiques masculines: expérience et adaptation au stress vécues par les agriculteurs québécois*. Université Laval.
- Roy, P. et Tremblay, G. (2012). "Comprendre les masculinités rurales: un portrait basé sur la santé psychologique", *Service social*, 58,1, 68-84.
- Roy, P. et Tremblay, G. (2015). "L'expérience du stress chez les agriculteurs: une analyse du genre masculin", *Nouvelles pratiques sociales*, 27,2, 236-252.
- Roy, P., Tremblay, G., Oliffe, J., Jbilou, J. et Robertson, S. (2013). "Male farmers with mental health disorders: A scoping review", *Australian Journal of Rural Health*, 21,1, 3-7.
- Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L. et Dhillon, H. M. (2016). "The role of masculinity in men's help-seeking for depression: a systematic review", *Clinical psychology review*, 49, 106-118.
- Statistique Canada (2015). *Guide de référence technique pour les estimations annuelles du revenu des familles de recensement, des particuliers et des aînés*: Statistique

- Canada. Document consulté le 27 juin 2018 de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/72-212-x/72-212-x2017001-fra.pdf?st=keLevv-m>.
- Sturgeon, R. et Morrissette, P. J. (2010). "A qualitative analysis of suicide ideation among Manitoban farmers", *Canadian Journal of Counselling and Psychotherapy/Revue canadienne de counseling et de psychothérapie*, 44,2, 191-207.
- Sullivan, K., Marshall, S. K. et Schonert-Reichl, K. A. (2002). "Do expectancies influence choice of help-giver? Adolescents' criteria for selecting an informal helper", *Journal of Adolescent Research*, 17,5, 509-531.
- Tremblay, G., Roy, J., Guilmette, D., Sirois-Marcil, J., Beaudet, L., Bizot, D., et al. (2016). *Perceptions des hommes québécois de leurs besoins psychosociaux et de santé ainsi que leur rapport aux services. Rapport final*, Québec Masculinités et Société,
- Weiss, D. S. (2007). "The impact of event scale: revised" J. P. Wilson & C. So-Kum Tang eds., *Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (p. 219-238), Cleveland: Springer, 219-238.
- Wilson, C. J. et Deane, F. P. (2001). "Adolescent opinions about reducing help-seeking barriers and increasing appropriate help engagement", *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 12,4, 345-364.
- Youaf, O., Grunfeld, E. A. et Hunter, M. S. (2015). "A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men", *Health psychology review*, 9,2, 264-276.

Esta investigación es realizada bajo la dirección del Dr. Oscar Labra y contó con la colaboración de un equipo de investigadores de varias universidades canadienses: Dra. Robin Wright, Universidad de Windsor, Dr. Gilles Tremblay, Universidad Laval et la Dra. Danielle Maltais de la Universidad de Quebec, Chicoutimi, (UQAC).

Anexo 1: Impact of Event Scale Revised (IES-R) (versión español)

Recursos disponibles para Usted...

Si le sucede que al completar la encuesta que usted se pregunta acerca de su estado personal, o que simplemente se siente confundido o incómodo no dude en consultar el Consultorio de salud comunitario de su barrio.

Estas personas están ahí para usted.

Nombre: Fecha:

Debajo hay una lista de dificultades que las personas a veces tienen después de un evento traumático en sus vidas. Por favor lea cuidadosamente cada ítem y luego indique cuan estresante cada {dificultad / situación} ha sido para Ud. (durante los últimos siete días) con respecto a la

Situación..... Ocurrida en.....

¿Cuánto ha sido perturbado por estas situaciones?

	NADA	UN POCO	MODE-RADO	MUCHO	EXTREM O
1. Cualquier recordatorio del hecho me traía sentimientos al respecto.	0	1	2	3	4
2. Tuve problemas para permanecer dormido.	0	1	2	3	4
3. Otras cosas me bañan pensar en el hecho.	0	1	2	3	4
4. Me he sentido irritable y enojado.	0	1	2	3	4
5. Logré evitar sentirme perturbado al pensar en el hecho, o cuando me lo recordaban.	0	1	2	3	4
6. Pensé acerca del hecho sin haberlo querido hacer.	0	1	2	3	4
7. Me sentí como si no hubiera ocurrido o no fuera real.	0	1	2	3	4
8. Me mantuve alejado de todo aquello que me lo recordara.	0	1	2	3	4
9. Imágenes acerca del hecho irrumpían en mi mente.	0	1	2	3	4

10. Estuve alerta y fácilmente sobresaltado.	0	1	2	3	4
11. Traté de no pensar en el hecho.	0	1	2	3	4
12. Estaba consciente de que aún tenía muchos sentimientos al respecto pero no me ocupé de ellos.	0	1	2	3	4
13. Mis sentimientos al respecto estaban como anestesiados.	0	1	2	3	4
14. Me encontré actuando o sintiendo como si estuviera nuevamente en aquel momento,	0	1	2	3	4
15. Tuve dificultad en conciliar el sueño.	0	1	2	3	4
16. Tuve oleadas de sentimientos fuertes acerca del hecho.	0	1	2	3	4
17. Traté de eliminarlo de mi recuerdo.	0	1	2	3	4
18. Tuve dificultades de concentración.	0	1	2	3	4
19. Recordatorios del hecho provocaron en mí reacciones físicas tales como: transpiración, dificultad respiratoria, náuseas, palpitaciones,	0	1	2	3	4
20. Tuve sueños al respecto.	0	1	2	3	4
21. Me sentí vigilante y en guardia.	0	1	2	3	4
22. Procuré no hablar del hecho.	0	1	2	3	4

Anexo 2: Encuesta (versión español)

Recursos disponibles para Usted...

Si le sucede que al completar la encuesta que usted se pregunta acerca de su estado personal, o que simplemente se siente confundido o incómodo no dude en consultar el Consultorio de salud comunitario de su barrio.

Estas personas están ahí para usted.

Antes de iniciar el cuestionario, nos gustaría saber alguna información para nuestro estudio. Identificar la situación que mejor lo representa.

1 ¿Cuál es su edad?

- a) 18-24 años
- b) 25-34 años
- c) 35-44 años
- d) 45-54 años
- e) 55-64 años
- f) 65 años y mas

2 ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Unión de fe
- d) Divorciado/separado
- e) Viudo

3 ¿Tiene usted hijos? En el caso que si

4 ¿Cuantos de sus hijos (biológicos o no) vive con usted?

1 2 3 4 5 6 o más

5 ¿Cuál es la situación que mejor corresponde a su hogar?

- a) Persona viviendo sola
- b) Pareja sin hijos
- c) Pareja con hijos (biológicos o no) en la casa
- d) Pareja con hijos (biológicos o no) que dejaron el hogar
- e) Jefe de familia monoparental (biológico o no)
- f) Arrendatario
- g) Otra (especificar) : _____

1ra parte: Sondaje sobre los valores de los hombres chilenos

Esta parte del estudio se centra en los valores de los hombres de Quebec. Se le pedirá que responder a las preguntas a lo amplio de sus conocimientos.

- 6 ¿En algunas palabras, lo que más cuanta para usted en su vida?
-

Para cada uno de los elementos de la lista, especifique el grado de importancia al seleccionar un número. El grado de importancia varía de 0 (para nada importante) a 10 (muy importante). No hay una respuesta que sea correcta o incorrecta.

	7	El trabajo	PARA NADA			MUY		
			IMPORTANTE	IMPOR	TANTE	IMPOR	TANTE	
	8	La familia	0	1	2	3	4	5
	9	La vida de pareja	0	1	2	3	4	5
	10	Los amigos (as)	0	1	2	3	4	5
	11	El comprar bienes materiales	0	1	2	3	4	5
	12	La plata	0	1	2	3	4	5
	13	El placer	0	1	2	3	4	5
	14	La autonomía	0	1	2	3	4	5
	15	La calidad de vida	0	1	2	3	4	5
	16	La superación de sí mismo	0	1	2	3	4	5
	17	La responsabilidad	0	1	2	3	4	5

2a Parte: Sondaje sobre los roles sociales

Esta parte del estudio se centra en los roles sociales de hombres en Chile. Les pedimos que responda a las preguntas a lo amplio de sus conocimientos.

Para cada uno de los elementos de la lista, especifique el grado de importancia para usted. El grado de importancia de 1 (muy en desacuerdo) a 6 (totalmente de acuerdo). No hay una respuesta que sea correcta o incorrecta.

		MUY EN DESACUERDO					TOTALMENTE DE ACUERDO	
	18	Me resulta difícil expresar mis necesidades emocionales a mi pareja.	1	2	3	4	5	6
	19	Los hombres que tocan a otros hombres me hacen sentir mal.	1	2	3	4	5	6
	20	Es difícil para mí contar con tiempo para relajarse	1	2	3	4	5	6

	MUY EN DESACUERDO					TOTALMENTE DE ACUERDO
21 Es difícil para mí expresar mis sentimientos de ternura/afecto	1	2	3	4	5	6
22 Es difícil para mí de darle un abrazo a otro hombre.	1	2	3	4	5	6
23 Ganar es importante para mí.	1	2	3	4	5	6
24 Mis necesidades de trabajar o estudiar me impiden de pasar más tiempo con mi familia o de divertirme.	1	2	3	4	5	6
25 Yo trabajo duro para llegar más lejos que los demás.	1	2	3	4	5	6
26 No me gusta revelar o manifestar mis sentimientos a los demás.	1	2	3	4	5	6
27 Mi trabajo y mis estudios a menudo tienen la prioridad sobre mis otras actividades (casa, familia, salud, ocio)	1	2	3	4	5	6
28 Abordar temas muy personales con los hombres me pone incómodo.	1	2	3	4	5	6
29 Yo encontró que es importante ser más inteligente o físicamente más fuerte que otros hombres.	1	2	3	4	5	6
30 El exceso de trabajo y el estrés, que resultan del deseo de tener éxito en el trabajo o la escuela, afectan mi vida.	1	2	3	4	5	6
31 Me gusta sentirme superior a los demás	1	2	3	4	5	6
32 El afecto hacia los hombres me hace sentir incómodo.	1	2	3	4	5	6
33 Hablar (de mis sentimientos) después de tener relaciones sexuales es difícil para mí.	1	2	3	4	5	6

En la siguiente sección, le pedimos de identificar la situación que mejor se adapte a su realidad para cada una de las actividades más abajo mencionadas. La escala va de 1 (yo siempre) a 5 (Siempre mi esposa). También puede elegir 6 (Ni yo ni mi esposa) o 9 (No se aplica). No hay una respuesta que sea correcta o incorrecta.

En general, ¿cómo se comparten las siguientes tareas del hogar con su esposa?

TAREAS	YO SIEMPRE	HABITUALMENTE SOY YO	COMPARTIMOS ESTA ACTIVIDAD DE IGUAL A IGUAL	HABITUALMENTE MI ESPOSA	SIEMPRE MI ESPOSA	NI YO, NI MI ESPOSA	NO SE APLICA
34 Lavar la ropa	1	2	3	4	5	6	9
35 Lavar los platos o ocuparse de ello	1	2	3	4	5	6	9
36 Reparar la casa (interior/exterior)	1	2	3	4	5	6	9
37 Ir al mercado para hacer las compras	1	2	3	4	5	6	9
38 Hacer el aseo	1	2	3	4	5	6	9
39 Cocinar	1	2	3	4	5	6	9
40 Pagar las cuentas	1	2	3	4	5	6	9
41 Cortar el pasto	1	2	3	4	5	6	9
42 Uso de la computadora y otras tecnologías (televisión, etc.)	1	2	3	4	5	6	9
43 Llevar el auto al mecánico y ocuparse de su mantención	1	2	3	4	5	6	9

3a Parte: Sondaje sobre la relación de los hombres chilenos con los servicios disponibles

Esta parte del estudio se centra en la relación de los hombres con los servicios sociales y de salud. Les pedimos que responder a las preguntas a lo amplio de sus conocimientos.

Para cada afirmación de la lista, marque con un círculo el número correspondiente a su situación. La escala va de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo). No hay una respuesta que sea correcta o incorrecta.

¿En qué medida las siguientes afirmaciones se aplican a usted?

	TOTALMENTE EN DESACUERDO	PARCIALMENTE EN DESACUERDO	PARCIALMENTE DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
44 Aun sabiendo que pidiendo de la ayuda yo podría resolver mis problemas con mayor facilidad, no me atrevo a hacerlo.	1	2	3	4
45 Cuando estoy triste o preocupado y alguien trata de ayudarme, eso me molesta	1	2	3	4
46 Me siento cómodo de consultar una ayuda profesional en salud física (médico general, dentista, etc.)	1	2	3	4
47 Me siento cómodo consultar una ayuda profesional en intervención psicosocial (psicólogo, trabajador social, orientador, etc.)	1	2	3	4
48 Cuando yo tengo un problema, intento de resolverlo yo mismo.	1	2	3	4
49 Mis problemas, yo prefiero guardarlos para mí.	1	2	3	4
50 Cuando me veo obligado a pedir ayuda, mi orgullo recibe se va al suelo.	1	2	3	4

51 ¿Tiene usted un médico general?

- a) Si
- b) No
- c) Yo no se

4a Parte: Sondaje sobre la demanda de ayuda

Para cada persona de la lista, dígame cuáles son las probabilidades de que usted le solicite de pedir ayuda u orientación si usted enfrenta un problema personal o emocional en los próximas cuatro semanas. Indique el número que corresponda a su situación. La escala va de 1 (muy poco probable) a 7 (muy probable). No hay una respuesta que sea correcta o incorrecta.

	MUY POCO			MUY			
	PROBABLE			PROBABLE			
	1	2	3	4	5	6	7
64. Yo no pido ayuda a nadie	1	2	3	4	5	6	7
65. Esposa	1	2	3	4	5	6	7
66. Mis padres	1	2	3	4	5	6	7
67. Otro miembro de la familia	1	2	3	4	5	6	7
68. Médico general	1	2	3	4	5	6	7
69. Profesional psicosocial	1	2	3	4	5	6	7
70. Recursos comunitarios	1	2	3	4	5	6	7
72. Consultorio	1	2	3	4	5	6	7
73. Otro (especifique)							

¿Cuándo fue la última vez que consultó...

	3 ÚLTIMOS MESES	12 ÚLTIMOS MESES	3 ÚLTIMOS AÑOS	10 ÚLTIMOS MESES	MÁS DE 10 AÑOS	NUNCA HE CONSULTADO
74. ¿un médico?						
75. ¿un otro especialista de la salud (dentista, Kinesiólogo, naturista, u otros)?						
76. ¿ayuda profesional en intervención psicosocial (psicólogo, trabajador social, etc.) ?						

Si la persona responde a los 3 meses, 12 meses o durante los últimos 10 años a cualquiera de las preguntas 74, 75 y 76, él debería responder a las preguntas de la sección X (más abajo). Si la persona respondió más de 10 años o nunca, él debería responder a las preguntas de la sección Y (más abajo).

X- ¿Qué nivel de importancia le das a los siguientes criterios para determinar la elección del tipo de recurso que ha consultado?

Para cada uno de los siguientes elementos de la sección, introduzca el número correspondiente al grado de importancia que usted le asigna. La escala varía de 1 (nada de importante) a 4 (muy importante).

	NADA DE IMPORTANCIA 1	POCA IMPORTANCIA 2	IMPORTANTE 3	MUY IMPORTANTE 4
X77. Confidencialidad				
X78. Calidad en el recibimiento	1	2	3	4
X79. Disponibilidad en la noche y fines de semana	1	2	3	4
X80. No sentirse juzgado	1	2	3	4
X81. Tiempo de espera	1	2	3	4
X82. Clima de confianza	1	2	3	4
X83. Buena imagen de la institución	1	2	3	4
X84. Profesionalismo	1	2	3	4
X85. Sexo del profesional (hombre / mujer)	1	2	3	4

Y- Si usted no ha visitado en los últimos 10 años, dígame hasta qué medida se aplican los siguientes enunciados a usted? Dígame su nivel de acuerdo con el enunciado. La escala va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 4 (totalmente de acuerdo).

	TOTALMENTE EN DESACUERDO 1	PARCIALMENTE EN DESACUERDO 2	PARCIALMENTE DE ACUERDO 3	TOTALMENTE EN ACUERDO 4
77. No me gusta sentirse controlado por otros.	1	2	3	4
78. Esto va solucionarse con el tiempo	1	2	3	4
79. Yo me sentiría en menos al pedir ayuda	1	2	3	4
80. No tengo ninguna idea de la ayuda que está disponible.	1	2	3	4
81. No tengo confianza en los profesionales de la salud física	1	2	3	4
82. No tengo confianza en los profesionales de la salud psicológica	1	2	3	4
83. La vida privada es importante para mí y no quiero que otra persona sea consciente de mis problemas	1	2	3	4

84. Me da vergüenza hablar de mi situación personal	1	2	3	4
85. Prefiero resolver mis problemas por mí cuanta propia.	1	2	3	4

86. ¿Siente que los servicios de salud y servicios sociales de su comuna son sensibles a las necesidades de los hombres que han estado expuestos a un desastre natural?

- a) Todo el tiempo
- b) Siempre
- c) A veces
- d) Raramente
- e) Nunca
- f) Yo no sé

87. ¿Usted cree que deberían existir servicios específicos para los hombres en caso de terremoto, tsunami (desastre natural)?

- a) Sí (La persona deberá completar la pregunta Z)
- a) No (La persona no pasa directamente a la parte 5)
- c) Yo no sé (La persona pasa directamente a la parte 5)

Z- Si es sí cuales: _____

5a Parte: Características personales de los participantes

¡Nos acercamos al final de la encuesta y eso es genial! Agradecemos la información que usted nos proporciona. Le recordamos que toda la información proporcionada será confidencial y sólo se utilizará para fines de investigación.

Para completar la encuesta, nos gustaría obtener más información acerca de usted.

88. ¿Cuál es su ocupación en el momento de la encuesta (usted puede marcar más de una respuesta)?

- a) Yo tengo un trabajo autónomo
- b) Yo tengo un trabajo contractual
- c) Yo soy estudiante
- d) Yo estoy cesante
- e) Yo soy jubilado
- f) Yo estoy en la casa solamente
- g) Otro (especifique) : _____

89. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?

- a) Estudios básicos
- b) Estudios secundarios
- c) Estudios técnicos
- d) Estudios universitarios

52 ¿Cuál es su ingreso mensual personal?

- a) Menos de 250.000 \$
- b) De 250 000 à 499 000 \$
- c) De 500 000 à 799 \$
- d) De 800 à 9 999 \$
- e) De 1 000 à 1 299 000 \$
- f) 51 300 000 \$ o más

;GRACIAS!

Anexo 3: Guía de entrevista (versión español)

1. ¿Dónde estaba usted al momento del terremoto de febrero de 2010?
2. ¿Qué le viene a la memoria cuando usted piensa en el terremoto de febrero de 2010?
3. ¿Qué situación le ha marcado más luego del terremoto o después de él?
 - En los momentos del terremoto
 - En los meses o en los años que han seguido este terremoto
4. ¿Qué sintió usted luego del terremoto?
 - Que siente usted hoy día, cuando piensa en el terremoto de febrero de 2010
5. ¿Qué sintió usted frente a las perdidas ocurridas luego del terremoto?
 - Que siente usted ahora, al pensar en las perdidas ocurridas

Apoyo y ayuda

6. ¿Entre las personas significativas de su entorno, cuales le han aportado de la ayuda o de apoyo durante y después del terremoto de febrero de 2010 y de qué forma ellos le han ayudado?
 - -Alojamiento
 - - Cuidado de los hijos
 - - Apoyo moral
 - - Transporte
 - - Ayuda financiera,
 - - Ayuda para limpiar, reparación/ reconstrucción, etc.
7. ¿Se siente usted satisfecho(a) por la ayuda recibida por esas personas?
 - Si no, ¿porque?
8. ¿Considera usted que las personas de su entorno le han ayudado suficientemente durante y después del terremoto de febrero de 2010?
 - Si no, ¿qué tipo de ayuda habría deseado recibir de estas personas?

9. ¿Otras personas de su entorno habitual le han ofrecido su ayuda?

- En el caso que sí, ¿quiénes son esas personas y que tipo de ayuda ellas le han aportado?

10. ¿Ha rechazado de la ayuda o de apoyo de la parte de ciertas personas?

- En el caso que sí, ¿por qué razones?

11. ¿Quiénes son las personas significativas de su entorno y en las cuales usted puede contar cuando tiene necesidad?

- Esposo(a)
- Hijos(as)
- Hermanos(as)
- Miembros de la familia (cunados(as) tíos(as) primos(as), etc.)
- Amigos
- Vecinos
- Profesionales,
- Otros: _____

12. ¿Considera usted que cuenta con suficientes personas en su entorno para apoyarla y ayudarle en caso de necesidad?

- Si no, ¿Cuáles son las otras personas que podrían responder a sus necesidades de ayuda?

13. ¿Ha consultado usted algún profesional para poder adaptarse mejor a estos cambios?

- En el caso de si, ¿Qué tipo de profesionales?
 - Médico
 - Psicológico
 - Asistente social
 - Algún religioso (cura)
 - Etc.

14. ¿Ha recibido usted ayuda para sobrellevar esas experiencias de vida?

- ¿En el caso que sí, quienes son las personas que le han ayudado y de qué manera?
- Si no, ¿le habría gustado a usted recibir ayuda? ¿Qué tipo de ayuda le habría gustado recibir?
- ¿Ha consultado usted algún tipo de profesional para ayudarse de esas experiencias de vida?

Cambios experimentados

15. ¿Su vida personas ha sufrido cambios (positivas o negativas) como consecuencia del terremoto del febrero de 2010?

- En el caso de si, ¿Cuáles son estos cambios?
 - Hábitos de vida
 - Creencias
 - Actitudes frente a la vida
 - Valores
 - Cambios de personalidad (humor)
- ¿Estos cambios son aun presentes?

16. ¿Su vida familiar o conyugal ha sufrido cambios (positivas o negativas) como consecuencia del terremoto del febrero de 2010?

- En el caso de si, ¿Cuáles son estos cambios?
 - Relaciones conyugales
 - Relacione parente/hijo
 - Familia que está lejos
 - Aproximación de lazos familiares
 - Peleas, conflictos
 - Alejamiento afectivo
 - Interrupción de visitas familiares
- ¿Estos cambios son aun presentes?

17. ¿Su vida profesional ha sufrido cambios (positivas o negativas) como consecuencia del terremoto del febrero de 2010?

- En el caso de si, ¿Cuáles son estos cambios?
 - Cesantía
 - Jubilación
 - Nuevo trabajo
 - Conflictos
 - Baja de motivación
 - Dificultades de concentración
 - Licencias médicas
- ¿Estos cambios son aun presentes?

18. ¿Su vida ha sufrido cambios (positivas o negativas) como consecuencia del terremoto del febrero de 2010?

- En el caso de si, ¿Cuáles son estos cambios?
 - Relaciones con los vecinos
 - Contacto con la familia en general, cercanía/ alejamiento
 - Nuevas amistades
 - Contacto con los amigos
- ¿Estos cambios son aun presentes?

19. ¿Sus actividades de diversión, esparcimiento, deportivas, etc. han sufrido cambios (positivas o negativas) como consecuencia del terremoto del febrero de 2010?

- En el caso de si, ¿Cuáles son estos cambios?
- ¿Estos cambios son aun presentes?

20. ¿Cuáles de estos cambios o consecuencias le han afectado más fuertemente?

21. Usted ha identificado ciertos cambios ocurridos en ciertas o varias esferas de su vida (personal, familiar, profesional, recreativa y social) desde el terremoto de febrero de 2010.

- ¿En el transcurso de los tres últimos años, de qué forma usted ha reaccionado a esos cambios?
- ¿Qué medidas usted ha utilizado para sobrellevar el estrés que ha producido esos cambios?

22. ¿Usted ha vivido algún acontecimiento de vida significativo (positivo o negativo) después del terremoto de febrero de 2010?

- ¿Qué consecuencias estos eventos han producido en sus vidas?
 - Vida personal
 - Vida familiar y conyugal
 - Vida profesional
 - Vida social
 - Recreación, diversión, etc.
 - Salud física o mental
- ¿Estas consecuencias persisten todavía?

Salud física y mental

23. ¿Después del terremoto, usted presento problema de salud física que usted no había jamás tenido antes? En el caso que sí, ¿Cuáles son estos problemas y cuando aparecieron ellos?

- ¿Esos problemas están presentes aun?

24. ¿Antes del terremoto de febrero de 2010, tenía usted problemas de salud física? En el caso que sí, ¿Cuáles son estos problemas y cuando aparecieron ellos?

- ¿Esos problemas están presentes aun?

25. ¿Ha sufrido o sufre usted actualmente de algún problema de salud mental? En el caso que sí, ¿Cuál o cuáles son este el o los problemas?

26. ¿Algún miembro de su familia ha sufrido algún tipo de problema de salud mental? En el caso que sí, ¿Cuál o cuáles son este el o los problemas?

¡GRACIAS!