

## Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad

Community Mental Health in disaster situations.  
A review of community-based models of approach

Roberto Ariel Abeldaño <sup>1</sup>  
Ruth Fernández <sup>1</sup>

**Abstract** *A review of narrative literature is performed, aimed at exploring psychosocial intervention models in disaster situations. The documents reviewed were retrieved from PubMed, SciELO, GoogleScholar, and Medline, correspond to the period 1980-2014, and are written in Spanish, English and French. Web pages of international and government organizations were also searched. Four types of psychosocial interventions in disaster situations were identified: based on time, centered on a specific type of disaster, by spheres or levels of action, and person-centered. This review detected differences and similarities arising from the theoretical conception of disasters and the integral vision of the phenomena. The importance of creating and supporting programs based on community empowerment and participation as the basis for psychosocial intervention is stressed.*

**Key words** *Mental health, Disasters, Public health*

**Resumen** *Resumen Se realizó un trabajo de revisión de literatura de tipo narrativo, con el objetivo de explorar los modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre. Se incluyeron documentos rescatados a través de PubMed, SciELO, GoogleScholar, y Medline entre los años 1980-2014 en idioma español, inglés y francés. Además se efectuaron búsquedas en sitios web de organizaciones internacionales y gubernamentales para recopilar información relacionada a documentos que reportaban experiencias y resultados. Se identificaron 4 tipos de intervenciones psicosociales en situaciones de desastre: las basadas en el tiempo, las centradas en un tipo de desastre específico, las intervenciones por esferas o niveles de acción y las centradas en las personas. Los modelos de abordaje analizados contaron con diferencias y similitudes, a partir de la concepción teórica del desastre y de la visión integral del fenómeno. Se resalta la necesidad de generar y apoyar programas donde el empoderamiento y la participación comunitaria sean el eje de las intervenciones psicosociales.*

**Palabras clave** *Salud mental, desastres, salud pública*

<sup>1</sup> Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba. Ciudad Universitaria s/n, Enrique Barros. 5000 Córdoba Córdoba Argentina. ariabeldanho@gmail.com

## Introducción

Los desastres han afectado a Latinoamérica a lo largo de su historia, provocando diversos efectos en las sociedades, por ello en toda la región existe la preocupación por prevenir o minimizar sus efectos<sup>1</sup>. Para muchas personas un desastre implica una situación personal trágica en donde se pierden vidas de seres queridos, el hogar, los bienes, la salud, o el empleo. En ese momento resulta necesario el despliegue de una serie de estrategias y de acciones concretas que refuercen los sistemas de soporte individual, familiar y comunitario para incrementar la capacidad de afrontar la situación de crisis por la que puede atravesar la salud mental.

Por diversos motivos, políticos, económicos, de gestión, entre otros, en la actualidad, aún son muchas las comunidades del continente que no están adecuadamente preparadas para hacer frente a un desastre, y por consiguiente se ven afectadas por los diversos efectos de algunos eventos, ya que no pueden responder de una manera rápida y eficaz.

Uno de los enfoques de estudio y abordaje de los desastres que cada día cobra mayor fuerza, es el que se relaciona con los efectos psicosociales sobre los damnificados, en este sentido, los principales desafíos en salud mental se presentan en el orden de cómo enfrentar los efectos psicosociales de los desastres en los países latinoamericanos con sus heterogeneidades, qué experiencias internacionales se han desarrollado en los países de la región y qué modelos de intervención psicosocial en desastres se conocen que se podrían desarrollar y adaptar a la región afectada respetando las características culturales específicas de cada país.

La presente revisión tiene como objetivo explorar los modelos que hasta el momento se conocen para el abordaje de la salud mental en esas situaciones.

## Método

La presente es una revisión de literatura de tipo narrativa, entendiendo este tipo de publicación como una de las más apropiadas para describir y discutir el desarrollo o el estado del arte de un determinado asunto, bajo el punto de vista teórico o contextual<sup>2</sup>; y debido a la especificidad de la temática sobre las intervenciones psicosociales en situaciones de desastre, los documentos fueron seleccionados con criterios intencionales.

Los documentos (artículos, capítulos de libro, reportes, informes institucionales) fueron identificados por medio de diversas fuentes. En lo que respecta a artículos publicados en revistas científicas y capítulos de libros, se hizo una búsqueda en las siguientes base de datos: PubMed, SciELO GoogleScholar y Medline, con palabras clave como “disasters”, “emergencies”, “mental health”, “community mental health”, “mental health services”, “disaster relief planning”, “psychological intervention”. El tiempo seleccionado para la búsqueda de documentos fue entre 1980-2014, este rango de tiempo se fundamenta en la importancia de incluir algunos desastres que por su trascendencia pudieran ser importantes de revisar. Los documentos fueron buscados en idioma español, inglés y francés.

Además se efectuaron búsquedas en sitios web de organizaciones internacionales (OMS, OPS, EIRD) y gubernamentales para recopilar información relacionada a documentos que reportaban experiencias y resultados.

La literatura se analizó a partir de la concepción teórica del desastre y del trabajo con personas que hayan vivenciado un desastre.

También se accedió a la base de datos EM-DAT, se trata de una iniciativa del Centro para la Investigación sobre la Epidemiología de los Desastres (CRED), con sede en Bélgica, que ha mantenido una base de datos de eventos de emergencia. EM-DAT contiene datos básicos esenciales sobre la ocurrencia y los efectos de más de 18000 desastres masivos en el mundo desde 1900 hasta el presente. La base de datos está compilada de diversas fuentes, incluidos los organismos de las Naciones Unidas, organizaciones no gubernamentales, compañías de seguros, institutos de investigación y agencias de prensa<sup>3</sup>. De esta base de datos se indagaron los eventos de origen hidrometeorológicos y geofísicos ocurridos en América Latina y el Caribe entre los años 1900-2011, con al menos 10 personas reportadas fallecidas, con al menos 100 personas reportadas damnificadas, con solicitud de asistencia internacional y con declaración del estado de Emergencia (Tabla 1).

## Historial de desastres en América Latina

Las condiciones sociales, políticas, culturales y económicas del continente americano conjugado a su compleja composición geográfica dan lugar al desarrollo de distintos tipos de desastres de acuerdo a la región geográfica. Así, los huracanes y tormentas tropicales se desarrollan con mayor frecuencia en la región de América Central y el

**Tabla 1.** Distribución de los artículos revisados según fuentes e idioma de publicación.

Fuentes	
Pubmed	6
Scielo	9
Google Scholar	6
Medline	2
Organizaciones Internacionales y Gubernamentales	29
Total	52
Idiomas	
Español	30
Inglés	21
Francés	1
Total	52

Fuente: elaboración propia.

Caribe. Los terremotos tienen lugar en los países andinos, al igual que las erupciones volcánicas. Por su parte, la ocurrencia de inundaciones, aludes y deslizamientos afectan las áreas aledañas a ríos que fluyen a partir de desniveles pronunciados. En los últimos años han reportado mayor frecuencia las alertas de tsunami los países de la costa del Océano Pacífico<sup>4</sup>.

Los siguientes desastres fueron algunos de los que más víctimas fatales han cobrado en algunos de los países de América Latina y el Caribe entre los años 1900 y 2011, clasificados según tipo de evento, recogidos a través de la base de datos internacional EM-DAT<sup>3</sup> (Tabla 2).

### Desastre y vulnerabilidad

En primer lugar, resulta necesario brindar una primera noción conceptual de los términos desastre y vulnerabilidad. Romero y Maskrey<sup>5</sup> identifican eventos naturales de cierta regularidad, como las tormentas de verano y los huracanes de las regiones tropicales, y por otro lado desastres de aparición extraordinaria como los terremotos, tsunamis, aludes e inundaciones. Sin embargo esto no indica que algunos de ellos no pudieran ser previsible, ya que se acepta que todos los desastres pueden tener cierto grado de previsibilidad, esto dependerá fundamentalmente de procesos sociales e históricamente construidos en las comunidades afectadas por los desastres.

Siguiendo a Wilches-Chaux<sup>6</sup>, la ocurrencia de un evento natural sea de aparición extraordinaria o no, no necesariamente provocará un desastre en la comunidad, se acepta que para que un

desastre impacte en una comunidad tienen que converger dos situaciones, por un lado la amenaza natural y por otro lado la vulnerabilidad de esa comunidad a los efectos del desastre. Esas interacciones confluyen en una red de relaciones activas y dinámicas entre sus elementos: sociedad-amenaza-vulnerabilidad.

Por su parte, Naciones Unidas ha señalado que los desastres, en una comunidad ocasionan *una seria interrupción en el funcionamiento de una comunidad, causan también una gran cantidad de muertes al igual que pérdidas e impactos materiales, económicos y ambientales que exceden la capacidad de la comunidad o la sociedad afectada para hacer frente a la situación mediante el uso de sus propios recursos*<sup>7</sup>. Los efectos de los desastres también tienen como consecuencia una marcada reducción en la capacidad de desarrollo de las zonas afectadas a mediano y largo plazo<sup>8-10</sup> y su impacto sobre las poblaciones puede verse agravado durante los años siguientes debido al efecto concomitante del cambio climático<sup>11</sup> y de las emergencias complejas sobre el impacto original<sup>12,13</sup>.

### Efecto de los desastres sobre la salud mental de la comunidad

Los desastres y otras situaciones traumáticas en donde las personas perciben su vida en peligro o experimentan la pérdida de bienes materiales, de familiares y seres queridos, son eventos en los que la respuesta puede incluir ciertos trastornos mentales, que de acuerdo a lo descrito por Buckley et al.<sup>14</sup> pueden incluir la re-experimentación del trauma, evitación conductual y cognitiva de los estímulos asociados con el trauma.

La literatura describe que los efectos psicosociales son algunos de los resultados más debilitantes a largo plazo de los desastres sobre los individuos<sup>15-17</sup>; sin embargo mientras que un número considerable de personas experimentan situaciones de peligro y angustia, la mayoría de ellas retornan a sus actividades cotidianas con un funcionamiento normal. De allí que algunas personas podrán experimentar la persistencia de síntomas de estrés que afectarán el comportamiento y la capacidad funcional pudiendo progresar a Trastornos de Estrés Post Traumático, depresión u otros trastornos mentales<sup>18,19</sup>. La Organización Mundial de la Salud reconoció que los desastres constituyen *una pesada carga sobre la salud mental de las personas involucradas, la mayoría de las cuales viven en países en desarrollo, donde la capacidad para afrontar esos problemas puede verse muy limitada*<sup>20</sup>.

**Tabla 2.** Desastres con mayor frecuencia de defunciones por países y según tipo de evento en América Latina y el Caribe. Años 1900 a 2011. Base de datos EM-DAT.

	Tipo de evento	Fecha de ocurrencia	Nº de defunciones
Argentina	Terremoto	27/04/1905	10000
	Inundación	01/07/1958	360
	Tormentas	01/02/1974	100
Bolivia	Epidemia	01/01/1991	329
	Inundación	17/03/1983	250
	Terremoto	22/05/1998	95
Brasil	Epidemia	01/01/1974	1500
	Inundación	11/01/2011	900
	Inundación	23/01/1967	785
	Alud o deslizamiento	19/03/1967	436
Chile	Terremoto	24/01/1939	30000
	Terremoto	16/08/1906	20000
	Terremoto	21/05/1960	6000
	Terremoto	27/02/2010	562
Colombia	Volcán	13/11/1985	21800
	Terremoto	25/01/1999	1186
	Volcán	02/05/1905	1000
	Alud o deslizamiento	27/09/1987	640
	Terremoto	12/12/1979	579
Costa rica	Terremoto	13/04/1910	1750
	Volcán	29/07/1968	87
	Terremoto	08/01/2009	31
Cuba	Tormentas	09/11/1932	2500
	Tormentas	04/10/1963	1750
	Tormentas	20/10/1926	600
Republica Dominicana	Tormentas	03/09/1930	2000
	Tormentas	01/08/1979	1400
	Inundación	23/05/2004	688
Ecuador	Terremoto	05/08/1949	6000
	Terremoto	05/03/1987	5000
	Epidemia	13/06/1991	343
El salvador	Tormentas	08/06/1934	2000
	Terremoto	10/10/1986	1100
	Terremoto	06/05/1951	1000
Guatemala	Tormentas	01/10/1949	40000
	Terremoto	04/02/1976	23000
	Volcán	24/10/1902	6000
	Volcán	12/04/1905	5000
Haiti	Terremoto	29/12/1917	2650
	Terremoto	12/01/2010	222570
	Epidemia	22/10/2010	6908
	Tormentas	17/09/2004	2754
Honduras	Inundación	23/05/2004	2665
	Tormentas	25/10/1998	14600
	Tormentas	18/09/1974	8000
	Alud o deslizamiento	20/09/1973	2800
Mexico	Terremoto	19/09/1985	9500
	Inundación	12/05/1905	2000
	Volcán	02/05/1905	1000
Nicaragua	Inundación	12/09/1999	636
	Terremoto	23/12/1972	10000
	Tormentas	25/10/1998	3332
	Terremoto	31/03/1931	1000

continua

Tabla 2. continuación

	Tipo de evento	Fecha de ocurrencia	Nº de defunciones
Perú	Terremoto	31/05/1970	66794
	Epidemia	18/08/1991	8000
	Alud o deslizamiento	10/01/1962	2000
	Terremoto	10/11/1946	1400
Puerto rico	Inundación	07/10/1985	500
	Tormentas	01/09/1928	300
Venezuela	Inundación	15/12/1999	30000
	Terremoto	29/07/1967	240
	Terremoto	03/08/1950	100

Fuente: EM-DAT: The OFDA/CRED International Disaster Database. Data version: v12.07. www.em-dat.net. Université Catholique de Louvain, Bruxelles, Belgique.

A partir de ello algunos autores indagaron las características de las intervenciones psicosociales, concluyendo que los tipos de intervención más comunes ante un desastre son las atenciones grupales y los talleres. En el mismo sentido, otros autores destacan la *precariedad de las organizaciones para hacer frente a la catástrofe*<sup>21</sup>.

Se han descrito las consecuencias más frecuentes sobre la salud mental de las comunidades afectadas, incluyendo trastornos de estrés postraumático (TEPT) y trastornos depresivos<sup>22</sup>, en ese sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>23</sup>, señala que las emergencias y desastres implican una perturbación psicosocial que sobrepasa la capacidad de manejo o afrontamiento de la población afectada.

El impacto de los desastres depende también de dimensiones sociales y económicas, ya que las personas que sufren daños graves en sus viviendas, particularmente en los estratos de menores recursos y las personas que ven interrumpidas sus fuentes laborales y sus ingresos son quienes pueden tener un impacto psicológico más significativo.

La literatura señala también que el hecho de presentar factores de vulnerabilidad previos se asocia a peores consecuencias para la salud mental de las personas afectadas, así las condiciones de pobreza y las diferencias de género, sumadas a los niveles de exposición al desastre pueden ser determinantes para la presencia de síntomas de depresión, ansiedad y trastornos de estrés postraumático<sup>24</sup>. También existe evidencia que relaciona trastornos mentales postraumáticos con alteraciones físicas como fatiga, cefaleas, gastralgias y cardiopatías<sup>25</sup>.

## Resiliencia

Entendiendo a la resiliencia como la capacidad que tiene una persona o un grupo de recuperarse frente a la adversidad para seguir proyectando el futuro<sup>26</sup>, se acepta que esta será variable de acuerdo a las características personales y a diversas particularidades del entorno que se describen en párrafos posteriores. Existe evidencia de que describe que luego de determinadas experiencias traumáticas, las personas sobrevivientes pueden manifestar conductas resilientes tanto en su salud física como en su salud mental, al no desarrollar signos patológicos crónicos<sup>26</sup>.

### Factores que influyen en el impacto psicosocial

De acuerdo a la OPS<sup>27</sup>, el impacto psicosocial del desastre sobre las personas puede depender de múltiples factores, algunos de ellos pueden clasificarse dentro de las siguientes categorías:

- La naturaleza del evento.
- Las características de la personalidad y la vulnerabilidad de las personas afectadas.
- El entorno y las circunstancias.

### La naturaleza del evento

Los eventos que pueden producir un mayor impacto son los inesperados, los ocasionados por el hombre, los que implican una situación de estrés prolongada y de afectación colectiva; ya que algunos como los terremotos o los aludes no dan tiempo al despliegue de estrategias de prevención individuales o colectivas y, en consecuencia, pueden generar sentimientos de impotencia y reac-

ciones emocionales en *busca de algún culpable*, inhibiendo de alguna manera la capacidad de reflexionar y tomar decisiones acertadas.

### **La personalidad y la vulnerabilidad de las personas afectadas**

Los desastres de gran magnitud, al implicar una emergencia de carácter colectivo, generan *un impacto mayor, pues no sólo se vive el drama personal sino el de los allegados y, además, se afecta la red familiar y social de apoyo*<sup>27</sup>.

Se pueden encontrar grupos etarios más vulnerables que otros, como los niños o las personas de edad más avanzada. Sobre la edad y el género deben considerarse las características de la población afectada, en virtud de que el impacto de una catástrofe va a tener diferentes consecuencias para niños, adolescentes o adultos mayores<sup>28</sup>, como también serán diferentes los recursos de afrontamiento y las necesidades psicosociales. Las necesidades de mujeres y hombres también van a diferenciarse de acuerdo a los roles que desarrollen dentro de los entornos sociales y étnicos en donde vivan<sup>29</sup>.

### **El entorno y las circunstancias**

Si bien los desastres no escogen a las víctimas, es evidente que en muchos casos afecta más duramente a las familias de las comunidades más pobres, quienes sobrellevan situaciones de vulnerabilidad social; esto puede derivar en serias limitaciones de acceso a los servicios sociales y a los servicios de salud<sup>30-33</sup>.

La provisión de ayuda debe realizarse en las máximas condiciones posibles de organización, ya que la ayuda tardía puede constituirse en una circunstancia agravante de la problemática y podría generar conflictos sociales. Otro aspecto a tener en cuenta es el trato mediático que tiene una situación de desastre, ya que esto puede ser un factor que potencie los procesos sociales que se despliegan en una situación de emergencia humanitaria.

Ante la necesidad de instaurar desplazamiento poblacional<sup>34</sup> debe evaluarse la posibilidad de que algunas familias pueden ser evacuadas en casas de familiares que habitan en zonas lejanas y que fueran menos afectadas por el evento, ya que se ha demostrado que el afrontamiento es más eficaz cuando se realiza con el apoyo de la familia<sup>35</sup>. El manejo de grupos debe ser una capacidad muy valorable para quienes coordinan los centros de evacuados, teniendo en cuenta las

dificultades en la convivencia que pueden instalarse en estos ámbitos cuando coexisten diversos grupos sociales con pautas y prácticas culturales heterogéneas.

Según lo descrito por la OPS, las respuestas individuales frente a los desastres se pueden diferenciar en tres fases o momentos: antes del desastre, durante el desastre o fase de impacto y después del evento.

Dependiendo del tipo de amenaza, aquellas que se desarrollan de manera súbita, en un período muy corto de tiempo, prácticamente no otorgan espacios suficientes de tiempo para que cada sujeto o cada familia construya algún tipo de preparación para enfrentar el desastre.

Durante la ocurrencia de un desastre, en la fase de impacto *los individuos deben enfrentarse de manera abrupta a hechos que pueden ser aterradores. Las reacciones emocionales son intensas, el individuo siente interrumpida su vida y presenta reacciones muy variadas que van desde el miedo paralizante a la agitación desordenada y desde la anestesia sensorial al dolor extremo*<sup>36</sup>. Esto implica que las personas podrían experimentar algún grado de dificultad para la toma de decisiones.

Una vez pasado el evento, puede quedar latente el miedo en la comunidad a la recurrencia del mismo. A partir de este temor podrían aparecer alteraciones para conciliar el sueño, falta de apetito, además de dificultarse el desarrollo normal de las tareas habituales.

Pasados unos días, el sueño puede persistir como problema, y esto se evidencia más en personas evacuadas en centros que alberguen a gran cantidad de familias; la alimentación y el aseo también pueden persistir como problema en caso de que la ayuda humanitaria sea demorada o haya falencias en la organización de su distribución.

Si el impacto es grave y colectivo, OPS<sup>27</sup> señala que *en esta fase ya se nota el daño en la cohesión familiar y social, lo cual dificulta obviamente la superación individual del trauma. Si a ello le sumamos la persistencia de la amenaza o la necesidad del desplazamiento, resulta fácil entender que los procesos de readaptación se postergan y las manifestaciones psíquicas corren el riesgo de agravarse y volverse secuelas permanentes*. Aquí se producirían procesos internos en cada sujeto que estarían mediados por la necesidad de manejar simultáneamente las emociones personales (el duelo, la pérdida) y las relaciones interpersonales (el compromiso con el otro); en esta fase el cumplir con las tareas de la vida cotidiana puede resultar una carga pesada para algunos damnifi-

cados, mientras que para otros ese cumplimiento podría representar un primer puntapié para reparar el quiebre que se estableció en sus vivencias de continuidad.

### **Modelos de intervención psicosocial en desastres en América Latina**

Existen diversas perspectivas y modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre descritas en la literatura, en base a las experiencias internacionales. Algunos se basan en enfoques de desarrollo humano, biológico-epidemiológico o comunitario, a partir de lo que se concibe como salud mental y de la concepción del término “desastre”. En los últimos años, a partir de un cambio de paradigma, se realiza énfasis en una concepción de salud mental integral, pasando de lo individual a lo colectivo y de considerar el déficit a las potencialidades de la comunidad<sup>37</sup>.

En general, pueden clasificarse los modelos de intervención entre los que están basados en el tiempo, intervenciones centradas en tipos de eventos específicos, las intervenciones que se realizan por niveles de acción y las intervenciones centradas en las personas. A continuación se presenta una breve descripción de las notas distintivas de estos enfoques.

#### **Intervenciones basadas en el tiempo**

En este modelo, las intervenciones ponen énfasis en la cuestión temporal: antes, durante y después del desastre. Los intereses son prioritariamente puestos en las respuestas desde dos puntos de vista: las consecuencias de la población frente al desastre y las acciones que pueden realizar los profesionales con esa comunidad. De esa manera, se establecerán acciones y estrategias según fases o etapas, las cuales representan la evolución del desastre en distintos momentos<sup>38</sup>.

Es importante destacar que aunque en la experiencia internacional la mayoría de las intervenciones que se rescatan son realizadas desde una mirada emergentista (centrada en el evento); desde hace algunos años el modelo ha empezado a tener un enfoque transversal en el tiempo, donde los conceptos de integralidad, promoción, prevención y recuperación han tomado gran fuerza<sup>39</sup>.

#### **Intervenciones centradas en un tipo de desastre específico**

Desde este modelo, las intervenciones están enfocadas en un tipo de desastre específico y de-

sarrollan estrategias de acción según los factores precipitantes de ese evento. Algunas experiencias internacionales dan cuenta de este tipo de estrategias bajo una mirada emergentista, se mencionan algunos casos a continuación:

- Ecuador, a través de la OPS<sup>40</sup> en un documento en donde el foco está puesto en las erupciones volcánicas.
- El Salvador<sup>41,42</sup>, intervenciones específicas sobre terremotos.
- Perú<sup>43,44</sup> a partir de los terremotos de Pisco y de Ica.
- Chile, a partir del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010<sup>45,46</sup>. Terremoto y rescate minero de 2010<sup>47</sup>.
- República Dominicana, que tuvo que prestar ayuda humanitaria y apoyo psicosocial a la población desplazada a partir del terremoto de Haití en el año 2010<sup>48</sup>.
- Las inundaciones del año 1999 en Venezuela, conocida como la tragedia de Vargas<sup>49</sup>.

#### **Intervenciones por niveles de acción o esferas**

En este caso las intervenciones pasan de estar centradas en la supervivencia y la recuperación material a estar basadas en niveles integrados dependiendo de las necesidades de la población afectada y contemplando los distintos sectores de acción. Aquí cobra gran relevancia la capacidad de articular a la comunidad afectada y demás actores sociales a los procesos que llevan a cabo distintas instituciones, con el objetivo de resolver necesidades de distintos niveles en una situación de desastre. El Proyecto Esfera<sup>50</sup>, aunque su sede se encuentra en Ginebra, Suiza, representa una iniciativa internacional que dio los primeros pasos en implementar estrategias integrales en situaciones de desastre.

#### **Intervenciones centradas en las personas**

Los modelos basados en este tipo de intervención buscan fuertemente el empoderamiento y la participación de la comunidad afectada, para que se integre a las actividades de ayuda. Aquí el foco está puesto en la potencialidad y no en el déficit. La concepción de salud mental tiene un componente comunitario en donde se busca integralidad en las acciones de promoción, prevención, atención y recuperación, a nivel familiar y comunitario en las poblaciones afectadas. Se puede mencionar al manual de apoyo y guía de procedimientos en salud mental desarrollado en

Colombia<sup>51</sup> como uno de los casos que se plantea bajo este modelo.

### La orientación de las intervenciones psicosociales ante un desastre

A partir de un cambio de paradigma en los últimos años, en los gobiernos, organizaciones internacionales, sociedades científicas y equipos de intervención, ha cobrado una creciente preocupación la capacidad y la calidad de respuesta frente al impacto de las emergencias y desastres sobre la salud mental de las comunidades afectadas. Esto ha favorecido una apertura hacia la articulación de diferentes áreas del conocimiento, orientando las intervenciones hacia un abordaje integral.

La Cruz Roja Americana<sup>52</sup> ha desarrollado el concepto que *no se necesitan profesionales o especialistas en las comunidades para tratar las urgencias psicosociales causadas por un desastre, si se cuenta con un grupo de trabajo de personas sensibilizadas con las necesidades emocionales de las víctimas que puedan escuchar e interactuar con otros a su alrededor, así como crear un ambiente de seguridad y esperanza*. En este sentido, esa institución señala que podría resultar sumamente beneficioso el criterio de que la primera intervención en situaciones de crisis en los desastres, sea ofrecido por personas de la misma comunidad, quienes entran en contacto de manera inmediata con las víctimas.

Las intervenciones en personas afectadas por eventos traumáticos pueden ser desarrolladas de acuerdo a dos modalidades, según la OPS<sup>27</sup>:

Una de ellas son los *Primeros auxilios emocionales*, orientados para ayudar de manera inmediata a las personas a restaurar su equilibrio psicosocial. Por ello, la OPS recomienda que sea ofrecido por personal no especializado que entra en contacto con las personas afectadas por el desastre en los primeros momentos después del evento. La otra modalidad se trata de una *Intervención especializada o profesional para emergencias psiquiátricas*.

También señala algunas estrategias a tener en cuenta para las intervenciones en situaciones de crisis:

- La intervención debe ser temprana y eficiente: debe ser llevada a cabo con inmediatez en la atención y proximidad física.
- Debe tener objetivos bien definidos a corto plazo, con expectativas realistas. La intervención será dirigida a reducir síntomas y estabilizar la situación psicosocial de la persona y de la familia.

- Debe efectuarse con procedimientos simples y bien orientados, con pragmatismo y flexibilidad, ofreciendo apoyo humano y empatía. Debe fortalecerse la solidaridad grupal, familiar y social.

- El enfoque de intervención debe ser integral, además de la acción curativa o asistencial debe enfocarse con perfil preventivo y perspectiva social.

Entre las recomendaciones se mencionan algunos recursos técnicos específicos para la atención en salud mental<sup>27</sup>:

- Selección o triage: se refiere a los procedimientos para selección y atención de casos inmediatamente después del desastre, apunta a una disminución de la desorganización cognoscitiva y emocional.

- Orientar hacia una reestructuración y reorientación de la vida de las personas ante la situación de crisis experimentada. Ayudar a ver o repensar acerca del incidente crítico, de una forma menos perjudicial para contrarrestar la emoción excesiva.

- Permitir una expresión abierta de emociones y verbalización del trauma, lo cual ayuda a la reducción de síntomas. Muchas de las técnicas de tratamientos de las reacciones postraumáticas se basan en la habilidad de las personas para reconstruir e integrar las memorias traumáticas usando la expresión verbal.

- Comprensión de la pérdida de control como una posible reacción normal ante la situación de crisis.

- Usar recursos espirituales o de fe y religión. Las intervenciones en crisis basadas en la ayuda espiritual ofrecen perspectivas muy favorables cuando son bien conducidas.

- El trabajo en grupos. Los desastres producen una ruptura de la cotidianeidad de las personas, familias y comunidades; intensificando las vivencias de incomunicación e impotencia y esto puede hacer emerger con mayor fuerza la necesidad de encontrarse con otros, aquí la integración y pertenencia a un grupo permite fortalecerse a sí mismo, a la vez que facilita la continencia a través del diálogo e intercambio. La OPS<sup>27</sup> refiere que los grupos pueden facilitar y participar en trabajos de gestión comunitaria, coordinación y formación de redes. La conformación de grupos contribuye a generar confianza y crear espacios de intercambio de experiencias, expresión de sentimientos y búsqueda de alternativas de afrontamiento, *posibilitan exteriorizar las emociones y verbalizarlas, así como el reconocimiento de sentimientos, fomenta el espíritu de solidaridad y apoyo mutuo, contribuye a desarrollar sentido*



*de pertenencia e identificación con el grupo, entre otras cosas.*

## Discusión

En esta revisión de literatura emergieron temáticas como la vulnerabilidad social entre algunos de los factores que influyen en el impacto psicosocial de los desastres, además de los efectos de los desastres sobre la salud mental de las personas. Se identificaron distintas perspectivas en la conceptualización de desastre, lo cual implica que los enfoques psicosociales van a estar determinados por esas concepciones.

Así también, el presente trabajo revisó una serie de modelos de abordaje de la salud mental en situaciones de desastre. Se incluyeron varias perspectivas para el abordaje de la salud mental comunitaria en esas situaciones: las intervenciones basadas en el tiempo, las que están centradas en un tipo de desastres específico, las intervenciones por niveles de acción o esferas y las centradas en las personas.

Los modelos de abordaje analizados contaron con diferencias sustanciales, ya que fueron concebidos a partir de distintas perspectivas como ser el tiempo, el desastre, las personas o las acciones. También se reconocieron algunas similitudes entre las estrategias que estuvieron basadas en niveles de acción y las que estuvieron centradas en las personas, ya que ambas propician una visión integral del fenómeno. También se observó que a partir de esas diferencias y similitudes, algunos modelos de abordaje de la salud mental en la población pueden resultar más cuestionados que otros en virtud de la concepción teórica del desastre, fundamentalmente en lo que se conciba como el origen de los desastres: la construcción social del desastre y la mirada emergentista como contrapunto. La mayoría de los documentos analizados están orientados a los profesionales intervinientes y son escasos los documentos rescatados que sugieran intervenciones con participación comunitaria como herramienta fundamental (más allá de las recomendaciones de los organismos internacionales), esto sugiere la necesidad de generar y apoyar programas donde el empoderamiento y la participación comunitaria sean el eje de las intervenciones psicosociales.

Esto permite visualizar que tanto la ambigüedad en la concepción del desastre, como la concepción preventiva pueden derivar a distintos resultados. También se observó que si bien los propósitos de las intervenciones están definidos

de manera general, los objetivos y las metas no están claramente definidas, esto puede conducir a grandes dificultades en las evaluaciones de los resultados de las intervenciones<sup>37,38</sup>.

En cuanto a la cantidad de intervenciones encontradas desde una u otra perspectiva, se observó mayor cantidad de publicaciones entre aquellas que tuvieron como estrategia principal el abordaje a través de un desastre específico, como el caso del terremoto y tsunami de Chile en 2010 y el rescate minero de ese mismo país en el mismo año, y también en otros terremotos en otros países de Latinoamérica.

La sistematización de las experiencias y de los modelos de abordaje de la problemática psicosocial en comunidades afectadas por situaciones de desastres aún resulta incipiente y debe resaltarse su importancia, para tener documentos que sirvan de guía a los profesionales, las comunidades y las organizaciones<sup>37</sup>.

Como expresa Osorio Yepes y Díaz Facio Lince<sup>37</sup>, si bien en la mayoría de las experiencias los responsables de las intervenciones fueron instituciones y organismos independientes, es importante destacar que la máxima responsabilidad de estas estrategias recae en los gobiernos y en su institucionalidad, ya que el éxito de su aplicación depende fundamentalmente de la sostenibilidad en el tiempo, del apoyo político y económico para poder llevarlas a cabo bajo una perspectiva sostenible e integral, además de la descentralización de la toma de decisiones para la gestión de los programas de intervención. También debe destacarse la generación de redes comunitarias<sup>53</sup> a partir de la intersectorialidad, que a pesar de tener las características de recientes e incipientes por las características del evento, tienen la potencialidad de facilitar el trabajo multisectorial para la intervención en la emergencia; sin embargo aquí también surge la necesidad de otros elementos como la participación comunitaria, la sostenibilidad en el tiempo y el apoyo gubernamental<sup>45</sup>.

Por último, es importante tener en cuenta que las circunstancias sociales y económicas que devienen en expresiones de vulnerabilidad asumen un rol determinante y afectan la salud mental de las personas en situaciones de desastre, en otras palabras los gradientes sociales se traducen también en aparición y persistencia de trastornos mentales, en consecuencia los programas y las intervenciones que busquen la protección de la salud mental deberían apuntar en primer lugar hacia la reducción de las desigualdades sociales, surgiendo la necesidad de generar y apoyar intervenciones participativas y preventivas<sup>54</sup>.

## Colaboradores

RA Abeldano participó en la redacción, corrección y revisión final del artículo. R Fernández participó en la revisión final del artículo.

## Referencias

1. Turcios C. *Concepción centroamericana sobre seguridad y sus efectos en la atención de los desastres de origen natural*. Buenos Aires, Washington: Universidad del Salvador, Colegio Interamericano de Defensa; 2005.
2. Rother ET. Revisión sistemática X Revisión narrativa. *Acta Paul Enferm* 2007; 20(2):ix.
3. EM-DAT. The International Disaster Database. Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). Université de Louvain. [acceso 2014 oct 20]. Disponible en: <http://www.emdat.be/>
4. Lima BR, Gaviria M, editores. *Las consecuencias psicosociales de los desastres: La experiencia latinoamericana*. Chicago: Hispanic American Family Center; 1989.
5. Romero G, Maskrey A. Como entender los desastres naturales. In: Maskrey A, editor. *Los desastres no son naturales*. Lima: Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina; 1993. p. 6-10.
6. Wilches-Chaux G. Vulnerabilidad global. In: Maskrey A, editor. *Los desastres no son naturales*. Lima: Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina; 1993. p. 11-41.
7. United Nations International Strategy for Disaster Reduction (UNISDR). *2009 UNISDR terminology on Disaster Risk Reduction. Nations International Strategy for Disaster Reduction*. Geneva: UNISDR; 2009.
8. Cuny F. *Disasters and development*. Oxford: Oxford University Press; 1983.
9. Kreimer A, Munasinghe M, editors. *Managing Natural Disasters and the Environment*. Washington: The World Bank; 1991.
10. Lavell A. *The impact of disasters on development gains: clarity or controversy*. Geneva: IDNDR Programme Forum; 1999.
11. European Commission. *Communication on Climate Change in the Context of Development Co-operation*. Brussels: European Commission; 2003.
12. Allard Soto R, Arcos González P, Pereira Candel J, Castro Delgado R. Salud pública y conflictos bélicos: las emergencias humanitarias complejas. *Rev Adm Sanit* 2003; 1(1):29-45.
13. Salama P, Spiegel P, Talley L, Waldman R. Lessons learned from complex emergencies over past decade. *Lancet* 2004; 364(9447):1801-1813.
14. Buckley T, Blanchard E, Hickling E. A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behav Res Ther* 1988; 36(11):1091-1099.
15. World Health Organization (WHO). *Psychosocial consequences of disasters: prevention and management*. Geneva: WHO; 1992.
16. Norris F. *Psychosocial consequences of natural disasters in developing countries: what does past research tell us about the potential effects of the 2004 tsunami?* White River Junction: National Center for PTSD, US Department of Veterans Affairs; 2005.
17. Ursano R, Fullerton C, McCaughey B. Trauma and disaster. In: Ursano R, McCaughey B, Fullerton C, editors. *Individual and community responses to trauma and disaster: the structure of human chaos*. Cambridge: Cambridge University Press; 1994. p. 3-27.

18. Institute of Medicine, National Academy of Sciences. *Preparing for the psychological consequences of terrorism: a public health strategy*. Washington: National Academy Press; 2003.
19. Ursano R. Terrorism and mental health: public health and primary care. In: Status report: meeting the mental health needs of the country in the wake of September 11, 2001. *The Eighteenth Annual Rosalynn Carter Symposium on Mental Health Policy*; 2002 Nov 6-7; Atlanta, Georgia. Atlanta: The Carter Center; 2002. p. 64-68.
20. World Health Organization (WHO). *The world health report 2001—mental health: new understanding, new hope*. Geneva: WHO; 2001.
21. Mendez M. Mapa Exploratorio de Intervenciones Psicosociales frente al Terremoto del 27 de Febrero de 2010 en la Zona Centro-Sur de Chile. *Ter Psicol* 2010; 28(2):193-202.
22. Cova F, Rincón P. El Terremoto y Tsunami del 27-F y sus Efectos en la Salud Mental. *Ter Psicol* 2010; 28(2):179-185.
23. Zaccarelli Davoli M. Los problemas psicosociales en situaciones de desastres y emergencias: marco general de referencia. In: Rodríguez J, Davali MZ, Pérez R, organizadores. *Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de desastres*. Washington: OPS; 2006. p. 1-7.
24. Díaz C, Quintana G, Vogel E. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés post-traumático en adolescentes siete meses después del terremoto del 27 de febrero de 2010 en Chile. *Ter Psicol* 2012; 30(1):37-43.
25. Logue J. Some indications of the long term health effects of a natural disaster. *Public Health Rep* 1981; 96(1):67-69.
26. Sapolsky R. *Why Zebras Don't Get Ulcers*. 3<sup>rd</sup> Ed. New York: Owl Books; 2004.
27. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias. Serie de manuales y guías sobre desastres*. Washington: OPS, OMS; 2002.
28. Breslau N, Davis G, Adreski P, Peterson E, Schultz L. Sex differences in post-traumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(11):1044-1048.
29. Silverman W, La Greca A. Children experiencing disasters: Definitions, reactions, and predictor of outcomes. In: La Greca A, Silverman W, Silverman E, Roberts M, editors. *Helping Children Cope with Disaster and terrorism*. Washington: American Psychological Ass; 2002. p. 11-33.
30. Cohen R. *Human problems in mayor disasters: a training curriculum for emergency medical personnel*. Washington: U.S Government printing Office; 1987.
31. Álvarez M, Guillén R, Robles Y, Aliaga K, Vargas E, Vilchez L. *Restableciendo el equilibrio personal en emergencias y desastres: Asistencia psicológica. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi"*. Lima: Ministerio de Salud; 2010.
32. Neria Y, Galea S, Norris F. *Mental Health and Disasters*. New York: Cambridge Univ. Press; 2009.
33. Raphael B. Mental health responses in a Decade of Disasters. Australia 1974-1983. *Hosp and Comm. Psychiatry* 1987; 38(12):1331-1337.
34. Haghebaert G, Zaccarelli Davoli M. *Salud Mental y desplazamiento forzado. Capítulo III, en Guía Práctica de Salud Mental en situaciones de desastres*. Washington: OPS; 2006.
35. Moneta M. Apego, resiliencia y vulnerabilidad a enfermar: Interacciones genotipo-ambiente. *Gaceta de Psiquiatría Universitaria* 2007; 3(3):321-326.
36. García Ranedo M. *Psicología y desastres: Aspectos Psicosociales*. Barcelona: Castelló de la Plana; 2007. Publicaciones de la Universitat Jaume I.
37. Osorio Yepes C, Díaz Facio Lince V. Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural. *Rev Psicología de la Universidad de Antioquia* 2012; 4(2):65-84.
38. Ehrenreich J. *Enfrentando el desastre. Una Guía para la intervención psicosocial*. Washington: Trabajadores en Salud Mental sin Fronteras; 1999.
39. Comité Permanente entre Organismos (IASC). *Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes*. Ginebra: IASC. 2007.
40. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Preparativos de salud para situaciones de desastres. Guía de preparativos de salud frente a erupciones volcánicas*. Quito: OPS; 2005.
41. Estrategia Internacional de Reducción de Desastres (EIRD), Organización Panamericana de la Salud (OPS), República de El Salvador. *Lecciones aprendidas de los terremotos del 2001 en El Salvador*. San Salvador: EIRD, OPS; 2001.
42. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Terremotos en El Salvador 2001*. Washington: OPS; 2002. Crónicas de desastres N° 11.
43. Instituto de Defensa Civil del Perú (INDECI). *Lecciones aprendidas del sur: Sismo de Pisco, 15 agosto 2007*. Lima: INDECI; 2009.
44. UNESCO, Ministerio de Educación de Perú. *Guía de recursos pedagógicos para el apoyo socioemocional frente a situaciones de desastre: La experiencia de Ica: "Fuerte como el Huarango Iqueño"*. Lima: UNESCO; 2009.
45. Loubat M, Fernández A, Morales M. La Experiencia de Peralillo: Una Intervención Psicológica para el Estado de Emergencia. *Revista Sociedad chilena de psicología clínica. Terapia psicológica* 2010; 28(2):203-207.
46. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Chile. *Protección de la salud mental luego del terremoto y tsunami del 27 de febrero de 2010 en Chile: crónica de una experiencia*. Santiago de Chile: OPS, CRID; 2010.
47. Marín H. *Modelo de apoyo psicosocial en emergencias, desastres y catástrofes intervenciones psicosociales en el terremoto y rescate minero, Chile 2010. Memoria de conferencia dictada en congreso internacional de salud ambiental ocupacional*. Barranquilla: Uninorte; 2011.
48. República Dominicana. Ministerio de Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. *Apoyo psicosocial a población haitiana desplazada posterior al terremoto del 12 de enero del 2010*. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública de República Dominicana, OPS; 2010.

49. Sánchez L. La tragedia de Vargas: Dos experiencias universitarias en la comunidad. *Rev Acta Científica Venezolana* 2003; 54(1):98-105.
50. Steering Committee for Humanitarian Response (SCHR), Voluntary Organizations in Cooperation in Emergencies (VOICE), International Council of Voluntary Agencies (ICVA). *Proyecto Esfera: Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre*. Ginebra: SCHR, VOICE, ICVA; 2004.
51. De Santacruz C, Medina E, Santacruz H. *Capacitación en salud mental. Manual de apoyo y guía de procedimientos*. Bogotá: Ministerio de Protección social de Colombia; 2003.
52. Prewitt J. *Primeros auxilios psicológicos*. Ciudad de Guatemala: Cruz Roja Americana, Delegación Regional de Centroamérica; 2001.
53. Salles M, Barros S. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. *Cien Saude Colet* 2013; 18(7):2129-2138.
54. Guimarães M, Santesso A, Dos Santos O, Silva S, Baxter S. Sintomas de estresse pós-traumático em profissionais durante ajuda humanitária no Haiti, após o terremoto de 2010. *Cien Saude Colet* 2013; 18(11):3175-3181.

---

Artigo apresentado em 24/07/2014

Aprovado em 29/01/2015

Versão final apresentada em 31/01/2015