Perspectivas teóricas sobre la noción de “desastres” en las intervenciones de salud mental en Colombia (2014–2024)

Sara Arbeláez Pineda

Facultad de psicología, Universidad CES

Seminario de investigación

Tutora

Maria Paula Ruiz Osorio

2025

Planteamiento del problema

Los desastres naturales son eventos que, a lo largo de la historia, pero en especial durante los últimos años, han generado alto impacto en el mundo (Álvarez-Icaza & Medina-Mora, 2018; Estrada-Flores, et al., 2021; Gaviria & Zambrano, 2021, Zapata, 2020). Son catalogados como eventos inesperados con la capacidad de alterar no solo infraestructuras sino también el bienestar social, emocional y relacional de las personas, lo cual quiere decir que influyen tanto a nivel material, como en las relaciones interpersonales y los vínculos con los espacios que se habitan, impactando con mayor intensidad en las regiones caracterizadas por pobreza y fragilidad estructural, debido a su reducida capacidad para anticiparse, afrontar y superar estas circunstancias (Mundial, 2012; BID & CEPAL, 2005; Bárcena et al., 2014; Pineda Marín & López-López, 2010; Ferrari et al., 2017; Sugimoto et al., 2015).

Según datos de EM-DAT, una base de datos internacional sobre desastres, entre los años 2000 y 2019 se reportaron 13.329 ocurrencias de las cuales se estima un promedio anual de más de 201 millones de personas afectadas, algunas en múltiples ocasiones, dejando a más de 4000 millones de personas afectadas y causando la muerte de más de 1,5 millones de personas (Girardet, 2020). El continente más afectado es Asia, donde se reportan más de 1500 millones de personas perjudicadas por inundaciones y 1120 millones por sequías. En segundo lugar África, la cual reporta sequías que afectaron a 244,8 millones de personas, e inundaciones que impactaron a 54,7 millones de personas, y continuando en tercer lugar con América, siendo América del Sur el continente donde se reportó que las crecidas fueron el fenómeno más recurrente, representando el 59% de los desastres, el 77% de las muertes y el 58% de las pérdidas económicas. En América del Norte, Centroamérica y el Caribe experimentaron el 18% de los desastres meteorológicos, climáticos e hidrológicos a nivel mundial, consolidando el 4 % de las muertes globales. Europa

reportó 14.5 millones de personas afectadas por desastres y, finalmente Oceanía, 6,6 millones de personas afectadas (Girardet, 2020).

Estos datos demuestran la enorme magnitud de lo que viene sucediendo en las últimas décadas, lo cual lleva, inevitablemente, a la pregunta por los efectos del cambio climático a nivel global. Se podría afirmar que estos impactos, aunque ya son conocidos y reflejados en cifras como las anteriores, continúan generando nuevas amenazas que requieren de los intereses de distintos campos disciplinares (Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático [IPCC], 2002; Winckler y Hernández, 2017).

Inicialmente, los desastres naturales asociados al cambio climático, fueron concebidos desde una perspectiva centrada en los efectos directos de los "fenómenos", destacando sus consecuencias en términos de pérdidas humanas, daños materiales e interrupción del funcionamiento normal de las comunidades. Esta visión ha estado soportada en la noción de "desastres naturales", que los define como eventos inesperados y de gran magnitud que superan la capacidad de respuesta de los afectados, generando crisis humanitarias que requieren intervención urgente (Assar, 1971 citado en Abeldaño & Fernández, 2016; BID y CEPAL, 2005). Esta concepción de desastre natural se basa en un enfoque *reactivo*, es decir, centrado en la respuesta a las emergencias y en la reconstrucción posterior, asumiendo que los desastres son producto exclusivo de la acción de la naturaleza y que su impacto depende de la intensidad del evento (Alarcón y Cohen, 2017).

Durante años esta primera comprensión de los desastres se centró en su origen natural, lo cual implicaba comprensiones de estos fenómenos como inevitables y externos, en los cuales la sociedad ocupaba un rol pasivo. Sin embargo, a medida que fue pasando el tiempo, esta perspectiva

se fue ampliando en articulación con las ideas que se fueron planteando por parte de organismos internacionales como la OMS, que asocian los desastres además de a factores naturales inevitables, a la falta de abordaje de otras condiciones de riesgo inherentes al entorno sociopolítico de los lugares (Abeldaño y Fernández, 2016).

La principal crítica a esta perspectiva, es que desliga los eventos de los procesos sociales y las decisiones humanas que influyen significativamente en la exposición al riesgo y la vulnerabilidad de las comunidades (Gaviria Gutiérrez & Zambrano Hernández, 2021; Romero y Maskrey, 1993; Zambrano y Gaviria, 2019). Es por esto que, en las últimas décadas, esta visión se ha cuestionado para proponer un enfoque más integral, que reconoce que los desastres no son simplemente eventos naturales inevitables, sino el resultado de una combinación de factores físicos, sociales, culturales, económicos y políticos que determinan la vulnerabilidad de las poblaciones expuestas incluyendo aspectos como pobreza, urbanización desordenada y debilidades en la planificación territorial (Zambrano & Gómez, 2015; Sepúlveda & Fuentes, 2023).

Uno de los aportes de la introducción de desastres socio naturales, es que en ellos no se excluye el hecho de considerarlos eventos naturales, los cuales contemplan pérdidas físicas y materiales de cara a posibles intervenciones, sino que añaden la perspectiva de fenómenos sociales y humanos, como desplazamientos, crisis de viviendas, de empleo, muertes y, por supuesto, una visión ampliada de los múltiples problemas de salud que se derivan de allí. En el centro, involucra preguntas por las desigualdades e inequidades sociales que implican la falta de infraestructura adecuada, la ausencia de políticas de mitigación efectivas, la degradación ambiental, la experiencia de perder un hogar, un entorno familiar o incluso un vecino, lo cual altera los vínculos sociales y la recuperación de estos (Calderón, 2011; Zambrano y Gómez, 2015).

Uno de los mayores aportes de esta perspectiva teórica es la posibilidad de considerar la carga significativa que conllevan estos fenómenos para la salud mental de las personas desde una mirada compleja, especialmente en países en desarrollo con desigualdades de base (Calderón, 2011; OMS, 2001; Abeldaño y Fernández, 2016). Lo que se cree es que estos eventos afectan profundamente el bienestar psicológico de los individuos y comunidades, ya que generan pérdidas humanas, materiales, y transformaciones abruptas en las redes de apoyo social, lo cual compromete la salud pública de forma integral (Assar, 1971; Álvarez-Icaza y Medina-Mora, 2018; Narváez, Lavell & Pérez, 2009; Gaviria y Zambrano, 2019; Palacios Hernández et al., 2017; Douris y Kim, 2021; Neria et al., 2018).

La ocurrencia de desastres produce un profundo impacto en la salud mental de las poblaciones afectadas. Según la OMS, estas situaciones provocan una perturbación psicosocial que frecuentemente supera la capacidad de afrontamiento de la población afectada (OMS, s.f.). Los desastres no solo generan un impacto en la salud física, sino también en la mental y psicológica, pudiendo prolongar sus efectos en el tiempo, lo que podría provocar perturbaciones psicosociales en la comunidad que pueden manifestarse en diferentes dimensiones (OMS, 2015).

Al inicio de la ocurrencia de los desastres, a nivel cognitivo, las personas pueden experimentar alteraciones como confusión, dificultad para concentrarse, problemas de memoria, incapacidad de procesar información y constante sensación de amenaza, lo que puede generar en un futuro patrones de pensamiento catastróficos donde se imagina el peor desenlace posible en cada situación. Además, incapacidad para planificar el futuro, acompañado de sentimientos como la desesperanza y la desmotivación (Martínez et al., 2014).

A nivel afectivo, las personas pueden experimentar emociones intensas como tristeza, ira, ansiedad y miedo en respuesta a la pérdida de seres queridos, bienes materiales y la seguridad que les brindaba su entorno (Martínez et al., 2014). La OMS (2015) indica que los desastres pueden empeorar problemas de salud mental preexistentes, pudiendo dar lugar a trastornos como la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Estudios como el de Meewisse, Olff, Kitchiner y Gersons (2011) han mostrado que las personas pueden no solo experimentar síntomas de TEPT, como flashbacks y pesadillas, sino también síntomas depresivos, incluyendo desesperanza, pérdida de interés en actividades cotidianas y cambios en el apetito y el sueño. Lo que ocasiona que en algunos momentos las personas busquen maneras de escapar de la situación a través del uso de sustancias, agravando aún más su situación (Alarcón & Eidelman, 2020; Buckley et al., 1998; León & Huarcaya, 2019; Martínez et al., 2014).

Los desastres también impactan profundamente las relaciones interpersonales y el tejido social. La pérdida de seres queridos y la separación forzada de las familias pueden resultar en un deterioro significativo de los lazos sociales, haciendo que las personas se sientan incapaces de sobrellevar su sufrimiento, lo cual puede llevar a un estado de aislamiento, y sentimientos de depresión y ansiedad. Esto puede llevar a afectar no solo al individuo, sino también a la comunidad en su conjunto (Céspedes et al., 2014; Alarcón y Eidelman, 2020; León y Huarcaya, 2019; Buckley et al., 1998). Al afectar la comunidad, especialmente en el desenlace de rupturas en el tejido social, se puede resultar en un aumento de la criminalidad, deterioro de la cohesión social y conflictos comunitarios (León y Huarcaya, 2019).

Además, las comunidades que ya enfrentaban desafíos socioeconómicos previos al desastre como la pobreza y la falta de acceso a recursos se encuentran en una posición aún más vulnerable para recuperarse. La OPS (2002) destaca que las comunidades afectadas por situaciones de

emergencia necesitan un acceso sostenido a atención en salud mental, dado que la adversidad es un potente factor de riesgo para una serie de problemas psicológicos.

Estas consecuencias en la salud mental pueden ser graves, duraderas y debilitantes, pero la perspectiva de desastre socio natural sostiene que van más allá de las implicaciones por las pérdidas físicas o que el desarrollo de trastornos mentales (Abeldaño y Fernández, 2016). La OPS (2002) resalta tres factores principales:

1. Naturaleza del evento: cuando los desastres son inesperados, prolongados o causados por el ser humano, suelen generar mayor impacto emocional porque no permiten preparación ni adaptación. Esto provoca sentimientos de impotencia y dificulta la toma de decisiones (Abeldaño y Fernández, 2016).
2. Vulnerabilidad y características diferenciales: uno de los grandes intereses de esta noción de desastre, son las variaciones en las experiencias en función de los enfoques diferenciales en salud pública. Algunos grupos como niños, niñas, mujeres y adultos mayores presentan mayor riesgo de desarrollar problemas como ansiedad, depresión o trastornos traumáticos, debido a factores biológicos, emocionales y sociales específicos (Abeldaño y Fernández, 2016; Breslau et al., 2017).
3. Entorno y condiciones sociales: las comunidades empobrecidas enfrentan mayores barreras para acceder a servicios de salud y apoyo, lo que agrava el impacto emocional. Además, la exposición prolongada a la cobertura mediática puede intensificar el estrés y prolongar el sufrimiento psicológico (Abeldaño y Fernández, 2016; Álvarez y Guillén, 2010; Cohen y Alarcón, 2020; Neria et al., 2009).

Por premisas como estas, es que la perspectiva de desastre socio natural sostiene que la reconstrucción post desastre no solo debe enfocarse en la recuperación de la infraestructura, sino también en la revitalización de los lazos comunitarios permitiendo una recuperación integral de las comunidades afectadas (Torres et al., 2020; Palacios Hernández et al., 2017; Altman & Low, 1992; Smith, 2011). Esto es de especial relevancia en países como Colombia, donde las condiciones geográficas son particulares y tienden a representar vulnerabilidad para la salud mental (Ayala-García y Ospino-Ramos, 2023).

El país enfrenta un alto riesgo de pérdidas humanas y materiales ocasionadas por desastres, situación que se agrava por la pobreza, el desplazamiento forzado de millones de personas del campo a las ciudades que lleva a comunidades a asentarse en zonas altamente vulnerables, donde la falta de acceso a viviendas seguras aumenta su exposición a los efectos de estos eventos (Ayala-García y Ospino-Ramos, 2023; Mundial, 2012). Quienes suelen vivir con mayor agudeza estos fenómenos, son personas víctimas del conflicto armado, grupos étnicos y aquellos en condiciones de pobreza o discapacidad, quienes además son especialmente susceptibles a sufrir problemas mentales como resultado de estos eventos(Abeldaño & Fernández, 2016). La Guía de Atención en Salud Mental en Emergencias y Desastres señala que estos grupos tienen una mayor probabilidad de experimentar afectaciones en su salud mental durante y después de los desastres, lo que subraya la necesidad de un enfoque integral en la respuesta a estos eventos que incluya preguntas acerca de cómo se están entendiendo tanto los fenómenos como la salud mental en sí misma (León Prieto, 2016).

Tomando como punto de partida lo anterior, se hace necesario analizar cómo se han venido planteando las intervenciones en salud mental ante la ocurrencia de desastres en Colombia, y si en sus desarrollos y conceptualizaciones se orientan hacia comprensiones de los desastres como

fenómenos que consideran tanto los factores naturales como las vulnerabilidades sociales (Palacios Hernández et al., 2017; Zambrano y Gómez, 2015). Teniendo en cuenta el aumento y la magnitud de los desastres, es fundamental revisar si en las intervenciones colombianas son tenidas en cuenta las condiciones sociales, los lazos de apoyo, las vulnerabilidades estructurales y las rupturas de los vínculos socioespaciales. Asimismo, resulta esencial analizar el desarrollo de las estrategias y políticas de intervención en salud mental frente a estos eventos con el fin de alcanzar una comprensión más amplia de su abordaje y explorar sus fortalezas y desafíos para, por lo tanto, implementar intervenciones más integrales y eficaces (De Cassia, 2020; León Prieto, 2016).

Justificación

En Colombia, el incremento de la frecuencia de desastres socio naturales desde 1998 ha generado una gran cantidad de afectados, causando la necesidad de preguntarse cómo se acompaña la salud mental en estos casos (UNGRD, 2021; WHO, 2016). Esta situación tiende a empeorar por la vulnerabilidad ante fenómenos como el cambio climático, así como por la insuficiencia de infraestructura y políticas de mitigación, exigiendo una respuesta que vaya más allá de la gestión de riesgos físicos.

El impacto de los desastres en la salud mental se expresa de forma diversa dependiendo de la subjetividad de las personas, así como también desde las diferentes dinámicas sociales de las comunidades. Las víctimas no solo enfrentan pérdidas físicas y materiales, sino que también pueden llegar a desarrollar problemas y enfermedades mentales duraderos que requieren intervenciones complejas (Calderón, 2011 citado en Gaviria & Zambrano, 2019). El acompañamiento adecuado del sufrimiento es crucial para la recuperación de las personas

afectadas, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad como las víctimas de desplazamiento forzado, comunidades étnicas apartadas y personas en situación de pobreza (Abeldaño y Fernández, 2016).

Según la Ley 1616 de 2013 de Colombia, que tiene como objetivo garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental para toda la población promoviendo y previniendo los trastornos mentales, asegurando una atención integral en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud. En este sentido, es un deber tanto estatal como disciplinar profundizar en preguntas que mejores estas dos dimensiones de la salud. Asimismo, en coherencia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de la ONU, especialmente con el ODS 3, una vida sana debe ser garantizada, y para ello, se debe promover el bienestar para todos en todas las edades. Esta investigación hace eco de lo anterior dando paso a preguntas frente a cómo se lleva a la práctica una disyuntiva teórica, específicamente frente a las formas en que suceden las intervenciones en salud mental ante la ocurrencia de desastres, y qué tanto contribuyen a la salud mental y colectiva de la sociedad (Congreso de la República de Colombia, 2013).

La gestión del riesgo y la intervención en emergencias y desastres en Colombia han avanzado significativamente estableciendo un marco legal a través de la Ley 1523 de 2012 (Congreso de la República de Colombia, 2012). Allí se define la gestión del riesgo como un proceso social integral; esto no es un asunto menor, de hecho, establecerlo como proceso social busca, precisamente, promover la igualdad en la atención y la protección de la integridad física y mental de colombianos y colombianas. Intentar garantizar que todos reciban el mismo trato y ayuda en situaciones de desastre, expresa la intención de intentar abordar la complejidad de los desastres, es decir, su multidimensionalidad (Congreso de la República de Colombia, 2012; Sambrana, 2021).

Objetivos

Objetivo general

Analizar la perspectiva de “desastre” que orienta las intervenciones en salud mental en Colombia ante la ocurrencia de estos fenómenos durante el período comprendido entre 2014 y 2024.

Objetivos específicos

- Describir las técnicas de intervención utilizadas para acompañar los impactos a la salud mental de quienes experimentan la ocurrencia de desastres entre 2014 y 2024.
- Reconocer las perspectivas teóricas de la noción de “desastre” que subyacen a estas técnicas de intervención.
- Analizar si las perspectivas teóricas sobre “desastre” son llevadas a la práctica mediante intervenciones en salud mental que corresponden a la perspectiva de desastre identificada.

Marco teórico

Desastres naturales y socio naturales

Por desastre se han tenido dos tendencias de conceptualización que varían según la última de las nociones que lo acompañen: natural o socio natural. Antes de profundizar en estas diferencias, podría decirse que la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC, 2018) menciona entiende como desastres las interrupciones significativas en el funcionamiento de una comunidad, que superan su capacidad para responder utilizando sus propios recursos. Estos pueden ser provocados por amenazas naturales, actividades humanas o fallos tecnológicos, así como por diversos factores que aumentan la exposición y la vulnerabilidad de la comunidad afectada (Estrada-Flores et al., 2021).

El acontecer de una catástrofe en el seno de una comunidad atraviesa de modo disruptivo distintos aspectos fundamentales del sujeto, de sus grupos de pertenencia y referencia, afectando múltiples dimensiones: económicas, sociales y vinculares; colapsando generalmente la capacidad de respuestas de las instituciones de las comunidades y generando daños de distinto tipo. Asimismo, entendemos que cada sociedad, de acuerdo con el momento histórico-social en el que se encuentra, elaborará distintas formas de respuesta (Estrada-Flores et al., 2021).

Los desastres pueden tener diferentes orígenes. Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2014), estos pueden ser causados por hechos naturales como terremotos, tsunamis, erupciones volcánicas y huracanes, o provocados por acciones humanas, como incendios o guerras y, además, pueden darse por condiciones biológicas, como las pandemias. Estos eventos afectan negativamente a las sociedades, ya que sus consecuencias persisten en el tiempo, generando cambios sociales, económicos y medioambientales irreversibles.

Particularmente, los territorios que presentan pobreza y vulnerabilidad estructural sufren más, dado que tienen menor capacidad para anticipar, resistir y recuperarse de los desastres (Mundial, 2012; CEPAL, 2005).

La primera tendencia para comprender los desastres es aquella que los ve como fenómenos naturales. En esta perspectiva, se entienden como sucesos imprevistos que generan un gran daño material y humano, y que, cuando ocurren, se pueden distinguir dos fases: la primera, de impacto, en la que la población experimenta pánico y temor, y la segunda, la fase de emergencia, que abarca las acciones destinadas a aminorar el impacto (OMS, 1990).

Por su parte, el concepto de desastre socio natural que es el segundo eje de comprensión. Se usa para describir situaciones en las que una sociedad enfrenta un peligro causando muertes, daños materiales, así como también la alteración en la organización y funcionamiento de la comunidad. A diferencia de la primera noción de desastre natural, esta se ve más centrada en las condiciones sociales previas y en cómo estas agravan el impacto del evento, más allá de su impacto material y físico (Cutter et al., 2008; Sepúlveda Saravia y Fuentes Aguilar, 2023)

De acuerdo con lo anterior, estos eventos no solo tienen un componente ambiental, sino también social, ya que lo que sucede en la naturaleza impacta directamente en la vida de las personas. De hecho, los desastres socio naturales suelen contemplar otro tipo de riesgos como la pobreza, la desigualdad y la degradación ambiental, factores que incrementan la vulnerabilidad de las comunidades (Bárcena et al., 2014; Wijkman & Timberlake, 1984).

Salud mental

A lo largo del tiempo se han conocido diferentes perspectivas de lo que es la salud mental desde el campo de la salud pública, dentro de ellas está el enfoque biomédico, comportamental y socioeconómico (Restrepo & Jaramillo, 2012).

El enfoque biomédico se basa en la tradición biologicista de la medicina occidental. Desde esta perspectiva, la salud mental se entiende como la ausencia de trastornos o enfermedades mentales, y su origen se atribuye a alteraciones anatómicas o fisiológicas del cerebro o a la presencia de agentes externos que afectan el organismo. Aquí, la salud se relaciona estrechamente con el funcionamiento biológico del cuerpo, y cualquier desajuste a nivel químico o estructural se interpreta como una enfermedad mental (Restrepo & Jaramillo, 2012).

Según Gómez (citado en Restrepo & Jaramillo, 2012), este enfoque define la salud como un estado donde no hay enfermedad, entendiendo la enfermedad como fenómenos negativos mensurables y comprensibles mediante estudios clínicos y empíricos. Esta concepción tiene un amplio respaldo en la investigación científica, pero la critican por su enfoque limitado, ya que no considera factores sociales, emocionales o afectivos que influyen en la salud mental.

En cuanto a la concepción comportamental, que comprende las dimensiones cognitivas y conductuales, se plantea que los problemas de salud mental se derivan de comportamientos "inadecuados" o de hábitos de vida no saludables, mientras que una salud mental positiva se relaciona con la adopción de comportamientos saludables (Restrepo & Jaramillo, 2012). Este enfoque resalta cómo los estilos de vida y los hábitos influyen en la salud mental, sin embargo, se le ha criticado porque puede hacer que la responsabilidad recaiga demasiado en la persona, dejando

de lado los factores sociales y estructurales que también influyen en la conducta y la salud mental (Restrepo & Jaramillo, 2012).

Así mismo, la dimensión cognitiva del modelo comportamental se centra en los procesos mentales, como el pensamiento y la interpretación de la realidad. Aquí, la salud mental implica tener un pensamiento sano, racional y equilibrado y se considera afectada por patrones de pensamiento negativos o distorsionados, lo que puede generar problemas como la ansiedad o la depresión. Este enfoque ha sido importante en el desarrollo de terapias como la cognitivo-conductual (TCC), que busca cambiar patrones de pensamiento negativos para mejorar el bienestar emocional. Sin embargo, ha sido criticada por solo centrarse en los procesos internos dejando a un lado el contexto social y las relaciones (Restrepo & Jaramillo, 2012).

Por último, el enfoque socioeconómico de la salud mental se enfoca en cómo las condiciones sociales, económicas y ambientales determinan la salud mental, mostrando que la salud mental no es solo el resultado de procesos internos o biológicos. En cambio, que es un proceso determinado por el entorno en el que una persona vive, su acceso a recursos y las condiciones sociales y económicas, yendo más allá de los factores individuales y biológicos (Restrepo & Jaramillo, 2012). Las principales críticas que se sostienen desde esta perspectiva a los modelos anteriores, son la medicalización y el individualismo, así como la noción de normalización, proponiendo que los problemas de salud mental deben ser entendidos dentro de un contexto más amplio, en lugar de reducirse a problemas individuales o a estilos de vida (Rogers, 2010; Restrepo & Jaramillo, 2012).

Es por esto que desde este enfoque, se propone la necesidad de incidir sobre las condiciones sociales y estructurales que generan la desigualdad y limitan el bienestar de las personas (Rogers, 2010; Restrepo & Jaramillo, 2012).

Por su parte, la Ley 1616 de 2013 que propone las normatividades del campo en Colombia, en el artículo 3, define la salud mental como un estado dinámico que se manifiesta a través de la conducta y las interacciones diarias de las personas, permitiendo al individuo expandir sus recursos cognitivos, mentales y emocionales para responder a la vida propia y establecer relaciones para la contribución a la comunidad (Congreso de la República de Colombia, 2013). Esta definición sugiere que la salud mental no solo depende del bienestar emocional, sino también de la capacidad de las personas para establecer relaciones significativas y contribuir a su comunidad. De esta manera, la salud mental se concibe como algo integral, donde lo social y lo afectivo juegan un papel clave (Congreso de la República de Colombia, 2013).

Intervenciones en salud mental ante la ocurrencia de desastres socio naturales

Las intervenciones en salud mental ante desastres son procesos diseñados para abordar y mitigar el impacto psicológico y social que sufren las comunidades afectadas. Estas estrategias buscan preservar la vida, restablecer la seguridad y facilitar la reorganización de las personas afectadas, permitiéndoles retornar a sus actividades cotidianas lo más pronto posible (Ascaini Luna, y Tejo, 2016; Minoletti et al., 2018).

Hay diferentes tipos de intervenciones, entre ellas tendencias que parten de características diversas: algunas se basan en el tipo de desastre específico; otras se enfocan en niveles de acción o esferas; también hay estrategias basadas en las personas; y finalmente, hay perspectivas que toman como punto de partida la temporalidad de la ocurrencia (antes, durante y después de la

ocurrencia). La primera prioriza los efectos materiales y se corresponden teóricamente con la noción de “desastres naturales” en la mayoría de los casos. Mientras que la segunda y tercera permiten orientar las acciones y atender las necesidades derivadas de la ocurrencia de los fenómenos desde las personas y comunidades para su participación, reconociendo que las personas y comunidades afectadas por desastres tienen necesidades que van más allá de lo inmediato. Por ejemplo, lo que tiene que ver con la atención psicológica, la infraestructura social o la coordinación con diversos actores (comunitarios, sociales, institucionales). Por otro lado, la tendencia que analiza la temporalidad de la ocurrencia es transversal a las intervenciones, aunque suele tener preponderancia lo que sucede después del evento (León Amenero & Huarcaya, 2019; Abeldaño & Fernández, 2016).

Para ejemplificar lo anterior, las intervenciones centradas en un tipo de desastre específico desarrollan estrategias según los factores que precipitaron el evento y la implicación de los efectos materiales que se acompañan desde la asistencia humanitaria. Por ello, se caracterizan por centrarse únicamente en la supervivencia y la recuperación material, y se reorientan hacia una estrategia que considera las diversas necesidades materiales de la población afectada (Abeldaño y Fernández, 2016).

En cambio, las intervenciones centradas en las personas y las esferas buscan el empoderamiento y la participación de la comunidad afectada, enfatizando la potencialidad sobre el déficit incluyendo ámbitos de promoción, prevención, atención y recuperación de las personas afectadas, lo cual va más de la mano con la perspectiva teórica de desastres socio naturales (Abeldaño y Fernández, 2016; León Amenero y Huarcaya-Victoria, 2019).

Dentro de este tipo de intervenciones se encuentran la intervención propuesta por Jacinto Inbar (citado en Marrero, 2022) la cual se centra en estrategias para el afrontamiento ante una crisis después de una catástrofe. Esta propuesta enfatiza en el desarrollo de la resiliencia psicológica, en la cual se proporciona una ayuda durante el evento y permite que las comunidades desarrollen la capacidad de afrontar y recuperarse de las consecuencias de los desastres. Otra de estas modalidades usadas en la atención psicológica durante catástrofes incluye los primeros auxilios psicológicos, la intervención en crisis, la consejería, la medicación, el asesoramiento, la educación y el trabajo grupal. Esta se enfoca en la intervención temprana con el fin de reducir la desorganización cognitiva, emocional y afectiva, y mejorar la capacidad de las personas de enfrentar las secuelas del desastre (Cohen y Alarcón, 2020).

Los grupos psicoeducativos y de apoyo emocional también son un tipo de intervención que ayuda para manejar la angustia, el miedo y otras emociones tras un desastre. Estos grupos, formados hasta tres meses después del desastre, se deben encontrar en varias sesiones acompañados de un facilitador o líder comunitario el cual educará acerca de los efectos psicosociales de los desastres, generando un proceso de aprendizaje durante la fase de recuperación (OPS, 2006).

Por otro lado, algunas guías se centran en la respuesta ante desastres y ponen el foco en las personas, considerando las acciones a tomar en cada fase. En la fase precrítica, que abarca las horas o días previos al desastre, se prioriza brindar información actualizada a la población, evaluar el nivel de preparación, identificar amenazas y grupos de riesgo, y tomar medidas preventivas como localizar personal capacitado y ofrecer entrenamientos de emergencia (OPS, 2002).

Durante la fase de crisis, que incluye el evento y las 72 horas posteriores, las acciones se orientan al rescate, la satisfacción de necesidades básicas, la provisión de información clara y el control de la desorganización social, además de ofrecer primeros auxilios psicológicos y evaluar las necesidades emocionales de la población. En la fase que abarca los primeros 30 días, se consolida la atención psicológica, se refuerza la coordinación interinstitucional, se fomenta la organización comunitaria y se presta especial atención a los grupos vulnerables y personas con trastornos psíquicos. Finalmente, a partir del primer mes posterior al evento, se implementan medidas económicas y sociales para lograr una recuperación integral, fortaleciendo la coordinación entre instituciones, desarrollando proyectos comunitarios y asegurando la continuidad de la atención psicosocial y la capacitación (OPS, 2002).

Metodología

Se realizó una revisión documental con el interés de rastrear y lograr una mejor comprensión de las nociones de desastre en las intervenciones en salud mental ante la ocurrencia de desastres en Colombia. La búsqueda se hizo en las bases de datos Google Académico, SciELO, Redalyc, ScienceDirect y PubMed por medio de los descriptores “desastres naturales”, “fenómenos naturales” “catástrofes climáticas”, “catástrofe ambiental”, “experiencias”, “vivencias”, “significados”, “salud mental”, “salud mental colectiva”, “emociones”,” intervención psicosocial”, “intervención psicológica” “tratamientos” “atención”, “Colombia”. Fueron en español, portugués e inglés, con una delimitación temporal entre 2014 y 2024.

Fueron incluidos artículos científicos empíricos, revisiones sistemáticas y políticas públicas que abordaran intervenciones en salud mental en el contexto de los desastres naturales y en poblaciones afectadas directamente como sobrevivientes, rescatistas o comunidades vulnerables. Asimismo, estudios que examinaran el impacto de los diferentes tipos de desastres naturales como huracanes, terremotos, erupciones o incendios en la salud mental, además de los aspectos específicos como trastornos de ansiedad, estrés postraumático o bienestar psicológico general a causa de estos. Por último, intervenciones, programas de apoyo, enfoques terapéuticos o programas de prevención aplicados en escenarios de desastre, así como conceptos como la percepción del riesgo, gestión de riesgo y la vulnerabilidad.

Por su parte, se excluyeron artículos sobre COVID-19, desplazamiento, migración forzada y sostenibilidad ambiental que no tuvieran objetivos intencionados a comprender o abordar las consecuencias sobre la salud mental después de la ocurrencia de desastres. En este sentido, fueron excluidos varios estudios provenientes de disciplinas como arquitectura, ingeniería o medicina que

no trataron específicamente la salud mental en el contexto de un desastre. También, se excluyeron artículos que relataran intervenciones en salud mental pero que no fueran colombianos.

Se identificaron 169.893 textos utilizando los descriptores. Luego de una primera selección, se seleccionaron 450, descartando muchos con base en los criterios antes descritos tras la lectura de los títulos. De estos, 30 fueron considerados para un análisis más detallado mediante la revisión de resultados, introducción y resumen. Sin embargo, 11 no cumplían con los criterios establecidos, quedando 19. Posteriormente, se realizó una lectura completa y se excluyeron 6 por no centrarse en intervenciones de Colombia, dejando 13 para el análisis de resultados. Además, se utilizó la búsqueda dentro de artículos para obtener información más detallada sobre las intervenciones. A continuación, se presenta la Figura 1 que explica cómo se realizó el mismo.

Para el análisis de la información se elaboró una matriz de análisis de cada uno de los textos diferenciando título, contexto espacial, participantes, fecha de publicación, tipo de material, entidad, resumen, introducción, resultados, limitaciones, metodologías, menciones teóricas de desastre, salud mental y tipos de intervención, lo que fue triangulado con la tutora. Tras discutirlo, se decidió realizar tanto el análisis de resultados como la discusión de forma conjunta para, de esta forma, evidenciar los conceptos que se convergen mutuamente, sus diferencias, su aplicabilidad y utilidad.

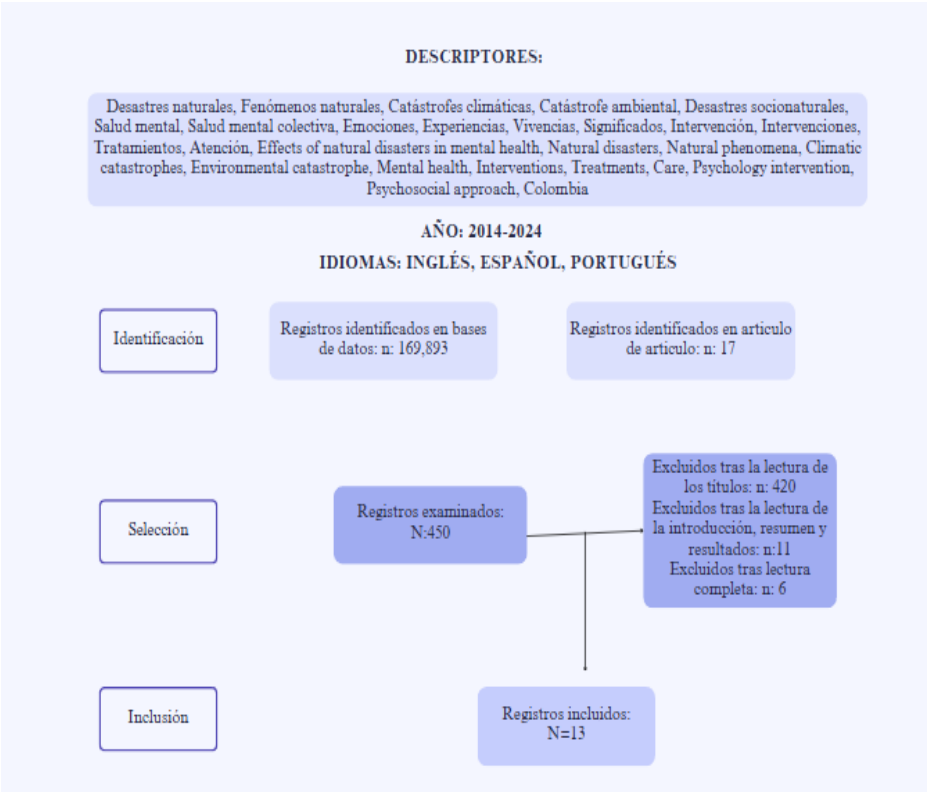

Figura 1. *Gráfico metodología [Elaboración propia]*

Consideraciones éticas

Según la resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia que se encarga de establecer las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, abarcando aspectos éticos, metodológicos y de bioseguridad que deben ser observados en las investigaciones que involucren seres humanos y animales. Se considera que esta investigación al ser una revisión documental, donde se analiza información existente sin interactuar directamente con los sujetos de estudio ni alterar su entorno o condiciones, no hay una intervención que pueda causar daño físico, psicológico o social a los participantes, lo que justifica su clasificación como investigación sin riesgo según la resolución mencionada.

Resultados y discusión

Los antecedentes sugieren que, en Colombia, es posible encontrar dos grandes tendencias en las intervenciones que se corresponden con la noción de desastre que les subyace. La primera es la que se orienta por la comprensión de desastre natural, en la que se destacan estudios que entienden los desastres como eventos imprevistos, de gran impacto y originados primordialmente por fuerzas de la naturaleza. Estos estudios suelen orientar sus intervenciones hacia respuestas psicológicas individuales basadas en modelos cognitivo-conductuales que buscan atender la crisis derivada de la ocurrencia (Ortiz et al., 2022; Pineda y López, 2010; Congreso de la República de Colombia, 2010; Calderón, 2002; Restrepo & Jaramillo, 2012).

La segunda perspectiva adopta una concepción de desastre que contempla tanto los impactos individuales como sociales. Dentro de sus planes de intervención, se centran en la ocurrencia completa del desastre, es decir, desde la prevención, hasta la mitigación de los efectos en salud mental después de sucedidos. Suelen orientarse a la psicoeducación, el fortalecimiento de los lazos comunitarios y el empoderamiento de las comunidades (Cardona, 2001; Calderón, 2002; CEPAL, 2019; Ortiz Flórez, et al., 2022; Wijkman & Timberlake, 1984; Zapa, 2017) A continuación se profundiza cada uno de estos ejes describiendo las técnicas utilizadas en las intervenciones.

El *primer eje* analítico se orienta por intervenciones centradas en los impactos individuales que se desenlazan a partir de la ocurrencia de los fenómenos. Dentro de esta corriente, parece haber una correspondencia entre la noción de desastre natural e intervenciones en salud mental desde los modelos biomédico y comportamental. Una de las prioridades de esta perspectiva teórica, es evitar el desarrollo de trastornos psicológicos. Para ello, se centran en reducir el malestar

individual y fortalecer las redes de apoyo, con el objetivo de restablecer lo que se nombra el equilibrio emocional lo antes posible (Álvarez Rocha & Bayón Pradilla, 2010; Cohen y Alarcón, 2020; Leiva-Bianchi et al., 2018; Ortiz et al., 2022; Penagos et al, 2021; Pineda y López, 2010).

Esta convergencia de enfoque de desastre y modelos de salud mental se refleja en los tipos de estrategias empleadas para mitigar el impacto de los desastres naturales, abarcando principalmente la respuesta (durante) y la mitigación (después) de los desastres. A través de esta lógica, las intervenciones se concentran en esos dos momentos porque así se procura minimizar las consecuencias psicológicas del evento tras la ocurrencia del evento (Álvarez Rocha & Bayón Pradilla, 2010; Penagos et al, 2021; Cohen y Alarcón, 2020; Ortiz et al., 2022, Pineda y López, 2010).

En este sentido, las intervenciones tienen un carácter individual, centrándose en las consecuencias intrapsíquicas de la ocurrencia del desastre para el sujeto afectado y en su asistencia a lo largo del proceso de recuperación. Un ejemplo de esto entre los antecedentes revisados en el país es el uso frecuente de la terapia cognitivo-conductual en crisis, la cual se basa en la identificación y modificación de pensamientos disfuncionales relacionados con el evento traumático. Esta terapia ha demostrado ser efectiva para reducir síntomas de ansiedad y estrés en el corto plazo (Álvarez Rocha & Bayón Pradilla, 2010; Leiva-Bianchi et al., 2018).

Asimismo, se destacan las intervenciones inmediatas centradas en la persona como la intervención en crisis, la cual busca ayudar a los afectados a recuperar la sensación de orden y control ante sus emociones intensas y dolorosas. Esta intervención permite la reconstrucción de la vida cotidiana, por medio del restablecimiento de las funciones adaptativas y la reducción de la sensación de incertidumbre y desesperanza. En este sentido, permite que las personas se sientan

más seguras en sí mismas mientras procesan la experiencia vivida, promoviendo una recuperación más rápida y efectiva (Cohen y Alarcón, 2020; Ortiz et al., 2022, Pineda y López, 2010).

Otra intervención importante centrada en la inmediatez del evento y en la persona se encuentra los primeros auxilios psicológicos, la cual es una estrategia que se implementa inmediatamente después del evento para estabilizar emocionalmente a las personas en crisis y reducir el impacto inicial del trauma y evitar que las personas se sientan desbordadas por la situación. Esta incluye contacto inicial, contención emocional y conexión con redes de apoyo, y se basan en la idea de que proporcionar un apoyo inmediato puede ayudar a una mejor adaptación al evento y prevenir el desarrollo de secuelas psicológicas a largo plazo (Barrera Ballén y Herrera; Fonseca Penagos et al., 2021; OPS, 2010; Pineda y López, 2010; Rueda, 2018**).** Esta intervención ha evidenciado que ayuda a recuperar el equilibrio emocional, la calma y encontrarle un significado a la experiencia, promoviendo una mejor capacidad de afrontamiento, permitiendo identificar los recursos personales y externos para enfrentar la crisis. (Barrera Ballén y Herrera Rueda, 2018; Fonseca Penagos et al., 2021).

Entre otras de las intervenciones identificadas, se evidenciaron técnicas para abordar el desequilibrio emocional y el trauma inmediato desde una perspectiva clínica. Entre ellas, la desensibilización sistemática, que expone progresivamente a la persona a los estímulos relacionados con el trauma para reducir el impacto emocional; la exposición gradual, que permite procesar la experiencia sin generar una sobrecarga emocional; el entrenamiento en relajación, que busca disminuir la activación fisiológica del estrés; y los ejercicios de respiración, que facilitan la regulación emocional y el control del malestar. Todas estas técnicas se centran en la atención médica y la modificación de patrones de pensamiento, abordando de esta forma el trauma desde la estabilidad psicológica y la funcionalidad del individuo (Pineda y López, 2010).

A modo de síntesis, se puede decir que el primer eje, donde se ven los desastres naturales como eventos imprevistos que causan daños individuales, se relaciona con un enfoque más biomédico y comportamental de la salud mental. Esta relación se debe a que ambos modelos priorizan la reducción del desequilibrio psicológico y la estabilización emocional, centrándose en el tratamiento de síntomas inmediatos más que en factores sociales (Restrepo y Jaramillo, 2012). A su vez, el modelo biomédico, al entender la salud mental desde una la ausencia de trastornos clínicos así como síntomas de enfermedades, favorece intervenciones orientadas a la atención individual para la prevención del desarrollo de trastornos, mientras que el modelo cognitivo-conductual enfatiza la modificación de patrones de pensamiento disfuncionales como clave para el bienestar emocional. En este sentido, las estrategias de intervención, como la terapia cognitivo-conductual (TCC), los Primeros Auxilios Psicológicos (PAP) y la atención en crisis, se alinean con esta visión al enfocarse en mitigar el impacto psicológico inmediato del desastre (Restrepo y Jaramillo, 2012; Pineda y López, 2010).

El *segundo eje analítico* de intervenciones ante desastres enfatiza la importancia de colectivizar el sufrimiento y acompañar la salud mental en todas las fases del evento (antes, durante y después). Esta perspectiva, aunque de cierta forma se corresponde con el modelo socioeconómico en salud mental en tanto promueve intervenciones ampliadas, no desconoce los aportes de las perspectivas comportamentales para la recuperación emocional subjetiva inmediata (Caicedo et al., 2018; Gómez et al., 2022; Salgado Roa y Leria, 2018). En este sentido, se emplean técnicas tanto cognitivo conductuales, como centradas en la resiliencia comunitaria que juega un papel central, ya que permite fortalecer la capacidad de afrontamiento y reducir el impacto psicológico del desastre (Cardona A, 2001; Calderón, 2002; CEPAL, 2019; Gómez et al., 2022; Zapa Pérez et al., 2017).

Dentro de este eje, las intervenciones suelen estructurarse en tres momentos: antes, durante y después del desastre, considerando la intervención en las diferentes esferas del desastre y centrado en las personas y sus necesidades. Esto conversa con la noción de desastre socio natural porque este no solo contempla lo que ocurre durante el desastre, sino también lo que ocurre antes de este. Al reconocer las vulnerabilidades previas y al tratar de mitigar mediante la prevención, cobra mucha importancia. Por ello, resulta relevante incluir la fase previa al desastre y no centrarse únicamente en lo que sucede durante y después del mismo (Cardona, 2001; Caicedo et al., 2018; Congreso de la República de Colombia, 2010; Sandoval Obando, 2019; Zapa Pérez et al., 2017)

Antes del desastre, la prevención es fundamental, ya que permite reducir la vulnerabilidad desde una perspectiva multidimensional que integra factores físicos, sociales e individuales. La psicoeducación es una estrategia clave en este proceso, ya que fortalece la autogestión, disminuye la exposición a amenazas y minimiza la carga emocional en caso de un desastre (Cardona, 2001; Caicedo et al., 2018; Congreso de la República de Colombia, 2010**;** Sandoval Obando, 2019; Yepes y Lince, 2012; Zapa Pérez et al., 2017**).** Ejemplos de estas estrategias incluyen simulacros, educación en gestión del riesgo y grupos focales, herramientas que han demostrado ser eficaces para la construcción de estrategias comunitarias adaptadas a cada contexto (Cardona, 2001; Ortiz Flórez et al., 2022; Gutiérrez Robayo y Marín, 2020; Gaviria Gutiérrez & Zambrano Hernández, 2021; Caicedo et al., 2018; Pineda Marín y López López, 2010).

Durante el desastre, las intervenciones deben centrarse en la respuesta inmediata a las necesidades emocionales y psicológicas de los individuos, en la comunicación efectiva y la coordinación entre los distintos actores para garantizar una respuesta pertinente. Esto incluye el uso de primeros auxilios psicológicos, la provisión de espacios seguros para la expresión emocional y el fortalecimiento de redes de apoyo inmediatas. Es por esto que estas intervenciones,

al igual que en el primer eje, hacen uso de técnicas orientadas al individuo ya que también se consideran fundamentales (Barrera Ballén & Herrera Rueda, 2018, IFRC, 2014; Caicedo et al., 2018; Ortiz Flórez et al., 2022; Congreso de la República de Colombia, 2010).

Después del desastre, se aborda la recuperación psicosocial y la reconstrucción de la comunidad. En Colombia, las estrategias de intervención suelen incluir desde la evaluación previa de necesidades hasta la creación de redes de apoyo post desastre (Barrera Ballén y Herrera Rueda, 2018; Caicedo et al., 2018; Ortiz Flórez et al., 2022; Sandoval Obando, 2019). Estas incluyen atención profesional especializada (consejería individual y grupal, psicoterapia y atención psiquiátrica urgente), así como tambien programas de prevención enfocados en la resiliencia comunitaria, educación y capacitación de los equipos de respuesta y de las comunidades para el manejo del estrés y la promoción del bienestar psicosocial (Congreso de la república de Colombia, 2010; Gutiérrez Robayo y Marín, 2020; Mideros Caicedo et al., 2018; Ortiz Flórez et al., 2022; Yepes y Lince, 2012).

Un aspecto importante de este tipo de estrategias es la flexibilidad y la adaptación a las particularidades de cada comunidad. Dentro de estas se encuentran modelos participativos liderados por líderes comunitarios, organizaciones no gubernamentales y profesionales de la salud mental, para generar una respuesta ajustada a las necesidades locales. Este da cuenta de que el enfoque no se limita a protocolos rígidos, sino que orienta el uso de recursos disponibles y combina intervenciones individuales y comunitarias para optimizar la atención en salud mental (Caicedo et al., 2018; Delgado et al., 2022).

Dentro de esta perspectiva de desastres, la intervención se estructura en dos dimensiones: a nivel interno, por medio de la coordinación de instituciones y profesionales, y a nivel externo,

con la participación de la comunidad en la gestión de riesgo y la recuperación. Considerando no solo las vulnerabilidades preexistentes sino tambien el fortalecimiento y empoderamiento de las comunidades para que asuman un rol activo en la reconstrucción del entorno (Yepes y Lince, 2012).

En este sentido, la intervención vas más allá de la atención individual, teniendo en cuenta la importancia de la organización y cooperación social, prevención, atención y recuperación de las personas afectadas (Abeldaño y Fernández, 2016; León Amenero y Huarcaya, 2019). Entendiendo la salud mental no solo desde el restablecimiento del equilibrio emocional, sino más bien como un proceso colectivo en el que la comunidad es un agente clave en la recuperación.

El enfoque colaborativo y cooperativo se plantea como elemento importante en este tipo de intervenciones, mediante un trabajo en conjunto con líderes comunitarios, organizaciones no gubernamentales y profesionales de la salud mental, para garantizar la adaptación e integración de las intervenciones a la comunidad y mejorando los recursos del sistema de apoyo disponibles y fortaleciendo la capacidad de respuesta ante futuras emergencias (Congreso de la República de Colombia, 2010; Caicedo et al., 2018; Ortiz Flórez et al., 2022; Yepes y Lince, 2012).

En conclusión, los enfoques sobre las intervenciones psicológicas en desastres en Colombia se corresponden con las dos diferentes concepciones de desastre y se ven determinadas por los modelos de salud mental adaptados en cada técnica. Desde el enfoque centrado en los desastres naturales, entendido como eventos imprevistos que impactan gravemente la vida de las personas, se suele priorizar la atención individual con el objetivo de estabilizar emocionalmente inmediatamente después del evento y la prevención de desarrollo de trastornos psicológicos. Esto se hace evidente en las estrategias usadas como la terapia cognitivo-conductual, los primeros

auxilios psicológicos y la intervención en crisis, las cuales se orientan a mitigar el malestar emocional y recuperar el equilibrio psicológico del individuo mostrando no solo un enfoque individual en la intervención sino también una orientación de salud mental más biomédica comportamental (Caicedo et al., 2018; Congreso de la República de Colombia, 2010; Caicedo et al., 2018; Ortiz Flórez et al., 2022; Yepes y Lince, 2012).

Por otro lado, desde el segundo enfoque centrado en los desastres socio naturales, que se orienta por reconocer no solo los impactos individuales, sino también los sociales y estructurales, promueve una visión integral de la salud mental, abarcando la prevención, la intervención y la recuperación en todos los momentos del desastre. Esto se hace evidente, ya que sus intervenciones suelen enfocarse en fortalecer las redes comunitarias, empoderar a las personas y fomentar la resiliencia social, enfatizando en la psicoeducación, el aprendizaje, la participación de la comunidad y la comprensión de las vulnerabilidades y percepción de riesgo (Caicedo et al., 2018; Congreso de la República de Colombia, 2010; Caicedo et al., 2018; Ortiz Flórez et al., 2022; Yepes y Lince, 2012)

Se evidencia entonces que ambos enfoques se relacionan con su concepción de desastre y sus intervenciones se corresponden con la perspectiva de salud mental adoptada, desarrollando técnicas orientadas desde la estabilización inmediata hasta la reconstrucción comunitaria y la resiliencia a largo plazo.

Conclusiones

De acuerdo con lo revisado entre los antecedentes sobre intervenciones en salud mental en Colombia utilizadas ante la ocurrencia de desastres, los resultados conversan con las dos tendencias teóricas actuales que conceptualizan estos fenómenos: los desastres naturales y los socio naturales. En Colombia, como en el mundo, hay acompañamientos que entienden los desastres como acontecimientos naturales que, por verlos como inesperados y que superan la voluntad de los seres humanos, implican intervenciones centradas en las crisis individuales. También hay quienes reconocen que hay vulnerabilidades preexistentes que conllevan intervenciones que deben ampliarse en tiempo y participación, en especial considerando la prevención del riesgo como un componente fundamental de las intervenciones, e incluir técnicas que consideren la naturaleza social de los desastres (Gaviria Gutiérrez & Zambrano Hernández, 2021).

En el caso de las intervenciones que se corresponden con la perspectiva de los desastres naturales, la cual se enfoca principalmente en un abordaje individual y profesional, los objetivos se interpretan como restablecer la normalidad en situaciones de grave alteración emocional, promover el retorno a la funcionalidad y movilizar la capacidad de afrontamiento, con el fin de prevenir el desarrollo de posibles enfermedades mentales. En este enfoque, se evidencia una articulación con modelos de salud mental más biomédicos y comportamentales, que se centran en los individuos y ofrecen una respuesta ante el desastre, enfocada en el durante y después del evento (Barrera Ballén y Herrera; Fonseca Penagos et al., 2021; OPS, 2010; Pineda y López, 2010; Rueda, 2018**).**

Este tipo de intervenciones cuenta con técnicas muy rigurosas y descritas de manera sencilla lo cual posibilita su uso a personas que deben aprender a intervenir y lo que a su vez permite que las estrategias se adapten a cualquier tipo de individuo (Álvarez Rocha & Bayón Pradilla, 2010; Leiva-Bianchi et al., 2018).

Por otro lado, las intervenciones entendidas desde la perspectiva de desastres socio naturales, se destaca la importancia de un enfoque ampliado en la atención a la salud mental. La intervención debe abordar toda la ocurrencia del evento, incluyendo la preparación, la respuesta inmediata y la recuperación a largo plazo (Congreso de la república de Colombia, 2010; Gutiérrez Robayo y Marín, 2020; Mideros Caicedo et al., 2018; Ortiz Flórez et al., 2022; Yepes y Lince, 2012). Además, se deben reconocer las necesidades específicas de los grupos vulnerables, para asegurar que las estrategias implementadas sean pertinentes y diferenciadas según las características de cada población afectada. Desde esta perspectiva se encuentra la importancia de enfoques integrales que incluyan componentes psicoeducativos, intervención grupal y fortalecimiento de redes comunitarias en articulación de las intervenciones individuales como los primeros auxilios psicológicos para mitigar el impacto emocional inicial, pero teniendo en cuenta que esta se debe complementar con un seguimiento profesional y comunitario para abordar de manera más completa la intervención psicológica del desastre (Congreso de la república de Colombia, 2010; Fonseca Penagos et al., 2021; Gutiérrez Robayo y Marín, 2020; Mideros Caicedo et al., 2018; Ortiz Flórez et al., 2022; Yepes y Lince, 2012;).

Aunque el segundo enfoque, de los desastres socio naturales, tiende a intervenir desde una perspectiva más colectiva, se observa que hay desafíos entre las intervenciones que se orientan por esta perspectiva. El principal reto es lograr acompañamientos ampliados que incidan en las condiciones sociopolíticas, las vulnerabilidades previas, la pobreza y las desigualdades, factores

que influyen y que deben ser considerados para que estas intervenciones sean efectivas (Congreso de la república de Colombia, 2010; Gutiérrez Robayo y Marín, 2020; Mideros Caicedo et al., 2018; Ortiz Flórez et al., 2022; Yepes y Lince, 2012).

¿Cómo podría buscarse que las intervenciones en salud mental garanticen lo anterior? Con trabajos interdisciplinares que, aunque fueron nombrados en algunos de los antecedentes, continúan siendo un reto. Lo que se encontró en este sentido, es que en las intervenciones en Colombia generalmente se propende por tener colaboración entre distintos actores, como líderes comunitarios, sistemas locales, profesionales de la salud mental y organizaciones no gubernamentales, ya que la diversidad disciplinar facilita la calidad de intervenciones y la efectividad de las mismas. A su vez, una continua capacitación del personal de intervención, empoderamiento de las comunidades y evaluación constante de estas intervenciones es importante para mejorar la efectividad y eliminar barreras como la escasez de los recursos y el estigma asociado en la salud mental y garantizar una atención adecuada y adaptada a las particularidades de cada contexto (OMS, 2019; USAID, 2021; Gutiérrez Robayo y Marín, 2020).

Aunque se reconoce la importancia de la intervención interdisciplinar, varios estudios han evidenciado dificultades en la coordinación interinstitucional y en la asignación de recursos para garantizar una respuesta eficaz (Fernández & Ramírez, 2023). Unido con la falta de personal capacitado, la escasez de financiamiento y la ausencia de mecanismos de monitoreo los cuales son barreras recurrentes en la implementación de programas de salud mental post desastre (Hernández et al., 2020).

También, se encontró que en Colombia hay una falta de recursos y actualización en sus guías a la hora de aplicar las intervenciones, lo que repercute en la salud mental de las personas ya

que impiden una intervención adecuada para mitigar el impacto psicológico en los afectados. Esto se evidencia con al hecho de que se su guía principal en salud mental ante desastres cuenta con más de 10 años, evidenciando una falta de actualización y relevancia para los acontecimientos actuales, y mostrando una respuesta insuficiente ante el incremento de los desastres (León Prieto, 2016; Congreso de la república de Colombia, 2010; Gutiérrez Robayo y Marín, 2020; Mideros Caicedo et al., 2018; Ortiz Flórez et al., 2022; Yepes y Lince, 2012).

Asimismo, se observa un desafío en términos del monitoreo y la evaluación de este tipo de intervenciones para ver el impacto a largo plazo de estas intervenciones. La mayoría de las investigaciones revisadas se centran en la respuesta inmediata y en la fase de recuperación temprana, dejando un vacío en el análisis de la sostenibilidad de los programas implementados. Limitando la capacidad de tomar decisiones para el diseño de estrategias que no solo atiendan las crisis sino tambien prevengan el deterioro de la salud mental en el futuro, haciendo hincapié no solo en la prevención sino tambien en una intervención post desastre continua y en comunidad (Pineda Marín y López López, 2010; Congreso de la república de Colombia, 2010; Gutiérrez Robayo y Marín, 2020).

En conclusión, es fundamental fortalecer la articulación entre políticas públicas que garanticen la continuidad de los programas de intervención, con las acciones del personal de atención en emergencias, la superación de barreras como la escasez de recursos, el estigma en salud mental, las dificultades de acceso en zonas alejadas, la fomentación de la educación en gestión en riesgo, así como tambien promover nuevas investigaciones que analicen el impacto a largo plazo de estas intervenciones. Ya que una integración entre las estrategias en las comunidades y la salud pública puede generar una respuesta más efectiva ante los desastres socio naturales (Buckley et al., 1998; Céspedes et al., 2014; Gaviria Gutiérrez & Zambrano Hernández, 2021).

Referencias

Abeldaño, R. A., & Fernández, R. (2016). Salud mental en la comunidad en situaciones de desastre. Una revisión de los modelos de abordaje en la comunidad. *Ciência & Saúde Coletiva*, *21*, 431-442. https://doi.org/10.1590/1413-81232015212.17502014

Alarcón, R. D., & Cohen, R. E. (2017). Desastres naturales y salud mental. *Diagnóstico*, *56*(3), 139-150. https://doi.org/10.33734/diagnostico.v56i3.108

Altman, I., & Low, S. M. (1992). Place Attachment Plenum Press. *New York-London*, *262*.

Salas, C. A. (2017). El que se casa ¿quiere casa? Experiencia de relocalización en un proyecto de vivienda de interés social. *Revista de Ciencias Sociales*, (158). *https://doi.org/10.15517/rcs.v0i158.32783*

Álvarez-Icaza, D., & Medina-Mora, M. E. (2018). Impacto de los sismos de septiembre de 2017 en la salud mental de la población y acciones recomendadas. *Salud publica de Mexico, 60* (Supl.1*), 52*. https://doi.org/10.21149/9399

Ascaini, I., Luna, M. E., & Tejo, M. (2016). Intervenciones psico-sociales en catástrofes socio-naturales. *Anuario Temas en Psicología*, *1*, 51-73. https://revistas.unlp.edu.ar/AnuarioPsicologia/article/view/8417/7242

Assar, M. (1971). Guía de saneamiento en desastres naturales. In *Guía de saneamiento en desastres naturales* (pp. 141-141). http://www.crid.or.cr/digitalizacion/pdf/spa/doc733/doc733.htm

Ayala-García, J., & Ospino-Ramos, K. (2023). Desastres naturales en Colombia: un análisis regional. *Documento sobre economía regional y urbana; No. 317*.

https://repositorio.banrep.gov.co/server/api/core/bitstreams/71962afb-5edf-4877-a5e4-797f541aeabb/content

Bárcena, A., Prado, A., Samaniego, J., & Pérez, R. (2014). Manual para la evaluación de desastres. Naciones Unidas, CEPAL. https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/df2fa48c-418c-4b2a-957c-0bdd97181d27/content

Barrera Ballén, D. A., & Herrera Rueda, M. C. (2018). Intervención en primeros auxilios psicológicos en emergencias por desastres naturales para no psicólogos en Villavicencio. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología, Villavicencio. https://hdl.handle.net/20.500.12494/6796

BID y CEPAL (2005). Información para la gestión de riesgo de desastres. Caso: Colombia. Bogotá, Colombia.

Breslau, N., Davis, GC, Andreski, P., Peterson, EL, y Schultz, LR (1997). Diferencias de sexo en el trastorno de estrés postraumático. *Archivos de Psiquiatría General* , *54* (11), 1044-1048. https://10.1001/archpsyc.1997.01830230082012

Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. Behaviour Research and Therapy, 36, 1091-1099.

Caicedo, J. E. M., Herrera, A. K. C., López, M. E. G., Díaz, D. A. E., & Obando, D. M. P. (2018). Reconocimiento de la salud mental en la gestión integral de riesgo a través del aprendizaje significativo. *Revista investigium IRE Ciencias Sociales y Humanas*, *9*(2), 54-65. https://investigiumire.unicesmag.edu.co/index.php/ire/article/view/218/pdf_31

Calderón Ocampo, J. H. (2002). La salud mental en los desastres. In La salud mental en los desastres (pp. 90-90). https://bvsalud.org/centros/?q=CR3.1

Cardona, O. D. (2002). La necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo "Una Crítica y una Revisión Necesaria para la Gestión". Centro de Estudios sobre Desastres y Riesgos CEDERI Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia. http://hdl.handle.net/20.500.11762/19852

Cohen, R. E., & Alarcón, R. D. . (2020). Asistencia integral de salud mental en desastres naturales. *Diagnostico, 56*(2), 85–88. https://doi.org/10.33734/diagnostico.v56i2.104

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2019). Panorama social de América Latina 2019. Naciones Unidas. 264. https://www.cepal.org/es/publicaciones/44969-panorama-social-america-latina-2019

Congreso de la República de Colombia. (2012). *Ley 1523 de 2012, de gestión del riesgo de desastres y se dictan otras disposiciones*. Diario Oficial No. 48.411, 24 de abril de 2012. https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestorlegis/legislacion/ley1523.pdf

Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá. (2018). *Guía de intervención psicológica en emergencias* (1ª ed.). Cruz Roja Colombiana Seccional Cundinamarca y Bogotá.

Cutter, S., Barnes, L., Berry, M., Burton, C., Evans, E., Tate, E. & Webb, J. (2008).A placebased model for understanding community resilience to natural disasters. Global Environmental Change, 18, 598-606. https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2008.07.013

De Cassia Nakano, T. (2020). Crises, desastres naturais e pandemias: contribuições da Psicologia Positiva. *Ciencias Psicológicas*, *14*(2).

Álvarez Rocha, L. B., & Bayón Pradilla, A. M. (2010) *Intervención en crisis en situaciones de emergencia* (Bachelor's thesis, Universidad de La Sabana). http://hdl.handle.net/10818/6741

Delgado, Y. A. G., Galvis, F. H. V., Rosero, D. E. O., & Campaña, Y. K. E. (2022). Percepción del riesgo de desastres socionaturales en habitantes del Municipio de La Florida, Nariño-Colombia. Tesis psicológica. *Revista de la Facultad de Psicología*, *17*(1), 9.

Douris, J., y Kim, G. (2021). *Atlas de mortalidad y pérdidas económicas provocadas por fenómenos meteorológicos, climáticos e hídricos extremos* (1970-2019).

Estrada-Flores, D. I., Chumpitaz-Peralta, M. I., Cossio-Castillo, B. M., Machacuay De la Cruz, M. Y., & Ore-Flores, S. I. (2021). Sentido de comunidad y bienestar psicológico en poblaciones en situación de vulnerabilidad social por desastres naturales. *Revista Internacional de Investigación en Ciencias Sociales*, *17*(1), 216–240. https://doi.org/10.18004/riics.2021.junio.216

Ferrari, R. A., Cosentino, A. C., & Depaula, P. D. (2017). Intervenciones psicológicas para víctimas de catástrofes. Colegio Militar de la Nación; *Revista Digital Universitaria del Colegio Militar de la Nación*; *15*; 42; 1-10 http://hdl.handle.net/11336/75401

Fonseca Penagos, K., García Méndez, L. M., Gómez Herrera, M. D., & Insignares González, D. C. (2021). Protocolo de primeros auxilios psicológicos frente amenazas naturales en el barrio la Nohora de Villavicencio. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de

Ciencias Sociales, Psicología, Villavicencio. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12494/34995

Gaviria Gutiérrez, W. O. . . ., & Zambrano Hernández, L. A. . (2021). Hacia una psicología social en la gestión del riesgo de desastres. *Tempus Psicológico*, *2*(1), 109-130. https://doi.org/10.30554/tempuspsi.2.1.2569.2019

Giraldo, L. Y., Quintero Carmona, L. D. (2014). Resilencia familiar: estrategias para procesos de intervención social en situación de catastrofe (Doctoral dissertation, Corporación Universitaria Minuto de Dios).

Girardet, LH (2020). Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres (UNDRR).

Gutiérrez Robayo, M., Marín, N. J., & Oficina de los Estados Unidos de Asistencia para Desastres en el Extranjero, de USAID (USAID BHA). (2020). Guía para la preparación de las acciones en salud mental y apoyo psicosocial en emergencias, desastres y crisis humanitarias. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/05/1178125/usaid-guia-preparacion-de-las-acciones-smaps-en-emergencias-de_tuxmA4D.pdf

Greene, G., Paranjothy, S., & Palmer, S. (2015). Resilience and vulnerability to the psychological harm from flooding: The role of social cohesion. *American Journal of Public Health*, 105(9), e1-e4.

IFRC (S/f-a). Salud mental y apoyo psicosocial. https://www.ifrc.org/es/nuestro-trabajo/salud-y-cuidado/salud-comunitaria/salud-mental-y-apoyo-psicosocial

Leiva-Bianchi, M., Cornejo, F., Fresno, A., Rojas, C., & Serrano, C. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy for post-disaster distress in post-traumatic stress symptoms after Chilean earthquake and tsunami. Gaceta Sanitaria, 32, 291-296.

León Prieto, A. (2016). Recomendaciones para la atención psicosocial y en salud mental en emergencias y desastres en el Sistema Nacional de Gestión del Riesgo colombiano. Uniandes. Disponible en: http://hdl.handle.net/1992/13684

León-Amenero, Deborah, & Huarcaya-Victoria, Jeff. (2019). Salud mental en situaciones de desastres. *Horizonte Médico (Lima)*, *19*(1), 73-80. https://doi.org/10.24265/horizmed.2019.v19n1.12.

Low, SM y Altman, I. (1992). Apego al lugar: una investigación conceptual. En Apego al lugar (pp. 1-12). Boston, MA: Springer US.

Marrero, P. L. Z. (2022). Guía Para El Manejo De La Salud Mental En Desastres Naturales En Puerto Rico (Doctoral dissertation, Universidad Ana G Méndez-Gurabo).

Maskrey, A. (Comp.). (1993). *Los desastres no son naturales* . Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina. Recuperado de https://www.desenredando.org/public/libros/1993/ldnsn/LosDesastresNoSonNaturales-1.0.0.pdf

Martínez, F. G., Jaramillo, C., Martínez, A., Valenzuela, I., & Solar, F. (2014). RESPUESTAS PSICOLÓGICAS ANTE UN DESASTRE NATURAL: ESTRÉS Y CRECIMIENTO POSTRAUMÁTICO. *Liberabit Revista Peruana de Psicología*, 20(1), 121–130.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S17248272014000100011&script=sci_arttext&tlng=en

Meewisse, ML, Olff, M., Kleber, R., Kitchiner, NJ, y Gersons, BP (2011). El curso de los trastornos de salud mental después de un desastre: predictores y comorbilidad. *Journal of Traumatic Stress* , 24 (4), 405-413.

Minoletti, A., Alvarado, R., Vitriol, V., Sierralta, P., Bass, C., & Calvo, J. (2018). Efecto de acciones de equipos de Atención Primaria de Salud para proteger la salud mental después de desastres naturales. *Cadernos saude coletiva,* 26(3), 336–342. https://doi.org/10.1590/1414-462x201800030005

Mundial, B. (2012). Análisis de la gestión del riesgo de desastres en Colombia: un aporte para la construcción de políticas públicas. In *Análisis de la gestión del riesgo de desastres en Colombia: un aporte para la construcción de políticas públicas* (pp. 436-436).

Neria, Y., Galea, S., y Norris, F. H. (Eds.). (2009). *Salud mental y desastres* . Cambridge University Press.

Organización Mundial de la Salud. (1990). *Salud mental y desastres: Guía para la intervención*. Organización Mundial de la Salud.

Ortiz Florez, J. S., Monsalve Jaimes, S. L., & Quintero Uribe, A. T. (2022). Estrategias de intervención en crisis según enfoques de la psicología: revisión documental desde 2015 al 2021. Universidad Cooperativa de Colombia, Facultad de Ciencias Sociales, Psicología, Barrancabermeja. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12494/43536

Osorio-Parraguez, P., & Espinoza, A. (2016). Salud mental en desastres naturales: estrategias interventivas con adultos mayores en sectores rurales de Chile. *Global Health Promotion,* 23(2), 84–91. https://doi.org/10.1177/1757975914566890

Palacios Hernández, B., Téllez Alanis, B., & de la Cruz, M. (2017). La importancia de la atención a la salud mental en una situación de desastre: Experiencia de brigadas de apoyo psicológico de emergencia universitarias después del sismo del 19 de septiembre de 2017 en México. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*. *Salud*, 49(4), 513–516. https://www.redalyc.org/journal/3438/343854585001/343854585001.pdf

Pineda Marín, C., & López-López, W. (2010). Atención Psicológica Postdesastres: Más que un" Guarde la Calma". Una Revisión de los Modelos de las Estrategias de Intervención. *Terapia psicológica*, *28*(2), 155-160.

Posada Villa, J. A. (2011). *Guía de atención en salud mental en emergencias y desastres*. Ministerio de la Protección Social. http://www.minproteccionsocial.gov.co/comunicadosPrensa/Documents/Gu%C3%ACa%20de%20atenci%C3%B2n%20en%20salud%20mental%20Dic%2027%20pm.pdf

Restrepo, D. A., & Jaramillo, J. C. (2012). Concepciones de salud mental en el campo de la salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 30(2), 202-211 http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-386X2012000200009&script=sci_arttext

Salgado Roa, J. A., & Leria Dulčić, F. J. (2018). Estrategias de afrontamiento al estrés y síntomas patológicos en universitarios ante un desastre socionatural de aluvión de barro. *Acta colombiana de Psicología*, 21(1), 170-195.

Sandoval-Obando, E. (2019). ¿ Por qué Hablar de Psicología de la Emergencia en América Latina? Una discusión necesaria. *Revista de Estudios Latinoamericanos sobre Reducción del Riesgo de Desastres REDER*, 3(1), 102-107. https://www.revistareder.com/ojs/index.php/reder/article/viewFile/26/26

Sepúlveda Saravia, R., & Fuentes Aguilar, A. (2023). Percepciones sobre tipos de desastres y capacidad de enfrentamiento de desastres socionaturales y sociosanitarios en residentes de la comuna de Talcahuano, Chile. *Revista de Estudios Latinoamericanos sobre Reducción del Riesgo de Desastres REDER*, 7(1), 148. https://doi.org/10.55467/reder.v7i1.113

SMITH, K. (2011): The relationship between residential satisfaction, sense of community, sense of belonging and sense of place in a western Australian urban planned community (Tesis doctoral), Edith Cowan University, Perth, Australia.

Stedman, RC (2003). ¿Es realmente sólo una construcción social?: La contribución del entorno físico al sentido de pertenencia. *Sociedad y Recursos Naturales ,* 16 (8), 671-685, https://doi.org/10.1080/08941920309189

Sugimoto, T., Umeda, M., Shinozaki, T., Naruse, T., & Miyamoto, Y. (2015). Sources of perceived social support associated with reduced psychological distress at 1 year after the Great East Japan Earthquake: Nationwide cross-sectional survey in 2012. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 69(9), 580–586. https://doi.org/10.1111/pcn.12235

Torres, H. B., Sánchez, M. C. R., Ramoneda, Á., & Salas, C. A. (2020). Vínculos desplazados por desastres en chile. In *Cómo afrontar una catástrofe: Percepción de riesgo y factores*

psicosociales de la adaptación (pp. 137-156). Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha. https://hdl.handle.net/10578/23759

Winckler, J. S., & Hernández, M. L. (2017). La gestión del riesgo de desastres y el cambio climático: las perspectivas de Sendai y el Acuerdo de París. *Cuaderno de trabajo*, (7), 1-12.

Wijkman, A. & Timberlake, LL. (1984). Natural Disasters--Acts of God or Acts of Man?. Earthscan, Londres.

World Health Organization. (2016). European Regional Office. Emergency preparedness & response program. EURO/EPR/90 Copenhage: WHO, European Regional Office.

Yepes, C. D. O., & Lince, V. E. D. F. (2012). Modelos de intervención psicosocial en situaciones de desastre por fenómeno natural. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 4(2), 65-84. https://doi.org/10.17533/udea.rp.15481

Zapa-Pérez, K., Navarro, O., & Rendón-Rivera, A. (2017). Modelo de análisis de la vulnerabilidad psicosocial en la gestión del riesgo de desastres. *Revista de Gestão Social e Ambiental,* 11(2), 91-110. https://doi.org/10.24857/rgsa.v11i2.1309

Zapata, G. (2020). *Salud mental y apoyo psicosocial en el contexto de la emergencia: El quehacer del psicólogo* [Tesis doctoral, Universidad de Belgrano]. Repositorio Institucional de la Universidad de Belgrano. http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/9517